

WINNICOTT: LA CLÍNICA DEL MIEDO AL DERRUMBE.

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.

RESUMEN

Se estudia la Clínica del miedo al derrumbe propuesta por Winnicott desde dos tipos de ambientes; el que falla y el que ataca, ya sea por intrusión o por terror o por ser no predecible. En ambos tipos de ambientes las personas pueden ser exitosas en su self profesional y tener angustia con dolor en el self privado o social. Ambos tipos de ambiente en la Clínica del miedo al derrumbe se localizan en la fase depresiva, con alteración en el establecimiento del mundo interior, lo “distinto de mí” de lo que “es parte de mí” y el acceso al tiempo, con una falta de flexibilidad de los fenómenos transicionales. En el ambiente que falla la persona existe en una buena medida sosteniendo el mundo interior; mientras que en el ambiente atacante depende de la fisiología de la excitación, el mundo interior es frágil, o deforme. En el ambiente atacante, no han conocido un ambiente de seguridad. El paciente de Clínica del miedo al derrumbe no ha logrado una existencia, lucha por existir.

PALABRAS CLAVE: mundo interior, deprivación controles, deprivación objeto, despersonalización, fragmentación, desorientación, angustia con dolor, agonía primitiva, primitivo.

SUMMARY

The Clinic of the fear of breakdown proposed by Winnicott is studied from two types of environments; the one who fails and the one who attacks, either by intrusion or terror or for not being predictable. In both types of environments people can be successful in their professional self and have distress with pain in the private or social self. Both types of environment in the Clinic of the fear of breakdown are located in the depressive phase, with alteration in the establishment of the inner world, the "different from me" from what "is part of me" and access to time, with a lack of flexibility of transitional phenomena. In the environment that fails, the person exists to a good extent sustaining the inner world; while in the attacking environment it depends on the physiology of arousal, the inner world is fragile, deformed. In the attacking environment, they have not known a security environment. The patient of the Clinic of the fear of breakdown has not achieved an existence.

KEY WORDS: inner world, controls deprivation, object deprivation, depersonalization, fragmentation, disorientation, anguish with pain, primitive agony, primitive.

RÉSUMÉ

La Clinique de la peur de l'effondrement proposée par Winnicott est étudiée à partir de deux types d'environnements; celui qui échoue et celui qui attaque, soit par intrusion, soit par terreur soit en étant imprévisible. Dans les deux types d'environnements, les gens peuvent réussir dans leur vie professionnelle et éprouver de la détresse avec la douleur dans le moi privé ou social. Les deux types d'environnement dans la Clinique de la peur de l'effondrement se situent dans la phase dépressive, avec altération dans l'établissement du monde intérieur, le «différent de moi» de ce «fait partie de moi» et l'accès au temps, avec un manque de flexibilité des phénomènes de transition. Dans l'environnement qui échoue, la personne existe dans une bonne mesure en soutenant le monde intérieur; alors que dans l'environnement agressif, cela dépend de la physio-

logie de l'excitation, le monde intérieur est fragile, déformé. Dans l'environnement attaquant, ils n'ont pas connu d'environnement de sécurité. Le patient de la clinique de la peur de l'effondrement n'a pas atteint une existence.

MOTS CLÉS: monde intérieur, contrôle la privation, la privation d'objet, la dépersonnalisation, la fragmentation, la désorientation, l'angoisse avec la douleur, l'agonie primitive, primitive.

En el estado de cosas impensable, en que el yo no ha alcanzado percepción, cuando el denominador común es la pérdida de cualquier forma de anclaje en la vida, no hay anclaje ni en el cuerpo, ni en la psique, ni en el otro, ni en la realidad. Cuando el centro de gravedad se desplaza del núcleo (verdadero self) a la cáscara que lo envuelve(falso self). El paciente necesita que se le diga que el derrumbe, el miedo, el vacío, que está destruyendo su vida, “ya tuvo lugar”.

INTRODUCCIÓN

¿Cuál era el planteamiento de Winnicott cuando en el año de 1945 escribió su trabajo El desarrollo emocional primitivo? El como pediatra que se iniciaba en el psicoanálisis empezó a observar cómo los bebés enfermaban, entonces si la teoría no se adaptaba a ello había que elaborarla. La creación de su teoría con el tiempo le fue ayudando a comprender sus aportaciones a la clínica, como lo es la psicósomática, la tendencia antisocial, el miedo al derrumbe, y en fin, a los pacientes borderline que en un inicio llamó no psicóticos.

En su trabajo de 1963 El miedo al derrumbe explica, de lo que se trata en esta Clínica es de que el bebé aún no ha separado “ lo distinto de mí” de lo que “es parte de mí” y que es imposible que suceda de manera independiente al establecimiento del “mí”.

En la Clínica del miedo al derrumbe algo le aconteció al paciente pero cuando éste no era lo bastante maduro para experienciarlo. La muerte tiene el sentido de una aniquilación; es algo así como el desarrollo de una pauta tal que la continuidad del ser se vio

interrumpida ante la intrusión de factores ambientales(118)[1]; dicho de otra manera, no se trata de un trauma propiamente sino de que no pasara nada cuando algo provechoso podría haber sucedido. El miedo clínico al derrumbe es el miedo a un derrumbe ya vivenciado, es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como síndrome mórbido; entonces lo que trae el paciente son las defensas contra aquella agonía vivenciada que aún no ha sido experimentada.

El paciente puede traer como planteamiento la agonía o puede traer las defensas. Será el momento de la dependencia absoluta durante la psicoterapia que ante cualquier falla del terapeuta se trabaje desde la transferencia la posibilidad de experimentar el trauma primitivo.

En la salud, la existencia parte de una no existencia; de la vivencia de un vacío que se ha ido llenando de experiencias; puesto que para Winnicott el yo es uno de experiencias. Un vacío existencial diferente al vacío aniquilante de la Clínica del miedo al derrumbe. El infante se encuentra en dependencia total, es la psique de la madre la que se encarga del caos y la mente del bebé se encarga de las fallas del ambiente. La identificación primaria de la madre con su bebé no se considera fútil sino parte de un objeto subjetivo, de experiencias sagradas en las que el bebé es quien crea el objeto estando presente. Naturalmente se parte desde el gesto espontáneo; el bebé es y no es de la madre, desde lo informe, como la tela antes de cortarse; es desde el gesto espontáneo del bebé que se irá trazando la personalidad, así entendida.

De lo que se trata en la Clínica del miedo al derrumbe, es de cómo se puede lograr acceder a una existencia, de existir; sea porque ésta se experimentó y falló, o sea porque en un ambiente intrusivo o atacante nunca se ha podido plantear una existencia propia, poder sentirse real.

Ahí donde se impone el gesto de la madre-ambiente el bebé luchará por existir por sentirse real. Cuando el centro del self de un bebe no se localiza en la vida psicósomática sino en la organización depresiva o en la herida narcisista de la madre. Cuando no se juega el gesto espontáneo, cuando no se juega la soledad esencial y la dependencia

absoluta, cuando el objeto no es creado; un bebé no se siente real, no experimenta una continuidad en el ser, una existencia.

Ahí en la ilusión omnipotente de ser el bebé quien crea el pecho cuando falla la esperanza aparece el miedo al derrumbe, derrumbe que ha vivenciado y que no ha podido experimentar. El caos, el vacío, la no existencia, fueron vivenciados por el infante; pero no se ha podido transformar en una experiencia del pasado. Estos miedos descritos desde la fase de sostén es el miedo a la fragmentación; en la membrana del yo piel, donde se experimentan las transiciones entre lo “distinto de mí” de lo que “es parte de mí”, es el sentimiento de despersonalización; y en la frontera del yo, frontera que se establece con la posesión del primer objeto no-yo, es decir el objeto transicional, predominantemente el miedo a la desorientación.

DESARROLLO EMOCIONAL PRIMITIVO

Winnicott en el Desarrollo emocional primitivo considera por una parte un cerebro intacto, además un mundo interior y también la realidad psíquica. A lo anterior agrega el ambiente; la madre ambiente primero y después la madre objeto. Si la madre ambiente falla, funciona la mente que ayuda a dar continuidad a la existencia. Si la madre ambiente se derrumba, se habla de una privación de los controles. Mientras que en la conducta delictiva la privación es del objeto, en la frontera del yo. Si en la neurosis se trata de percatarse a sí mismos, de darse cuenta, en la clínica del derrumbe se trata de sentirse reales (93) [2], de existir.

Para Winnicott el Centro de gravedad no se localiza en los canales semicirculares ni en la fisiología, es decir en el cuerpo biológico. No se localiza en la experiencia instintiva o pulsional, como tampoco en la relación objetal como lo proponían algunas escuelas de psicoanálisis. Entonces ¿dónde localiza el Centro de gravedad en la teoría del Desarrollo emocional primitivo Winnicott?; lo ubica en la pareja de crianza. El Centro de gravedad se localiza en la pareja de crianza, si la madre imagina un ser humano[3].

El Desarrollo emocional primitivo ubica, no lo temprano como lo haría Melanie Klein con el Complejo de Edipo temprano, sino lo profundo, con lo inconsciente de la madre, con

lo que ocurre en el primer y segundo años de vida. La transición va ocurriendo de las fases de maduración emocional de integración, de personalización (facilitando la residencia de la psique en el soma, en la fase depresiva, con el yo piel como membrana trazando el límite entre lo interior y lo exterior, experimentando lo que es parte de mi y lo distinto de mi) y la fase de realización o comprensión de un mundo compartido (en la frontera del yo, con la primera posesión no-yo del objeto transicional estableciendo un adentro y un afuera).

Divide en 3 los tipos de ambientes: el facilitador, el que falla y el atacante. El facilitador, caracterizado por el sostén de la madre ambiente implicados los controles. La Clínica del miedo al derrumbe se ubica en el ambiente que falla o en el atacante, con la deprivación de los controles en la fase depresiva. Cuando el ambiente es atacante, por ser intrusivo, o de terror, o no predecible, se pueden dar casos en los que nunca se ha conocido lo que es un ambiente de seguridad, relajado [4].

En el ambiente que falla se observa una conducta de replegamiento, de sometimiento, o de idealización de lo negativo. Se es en la herida narcisista o en la depresión de la madre o se idealiza lo perdido o negativo, de forma que lo negativo es lo único que le da existencia. En el ambiente que ataca se encuentran los casos sometidos a la fisiología de la excitación y los casos que existen por no ser encontrados.

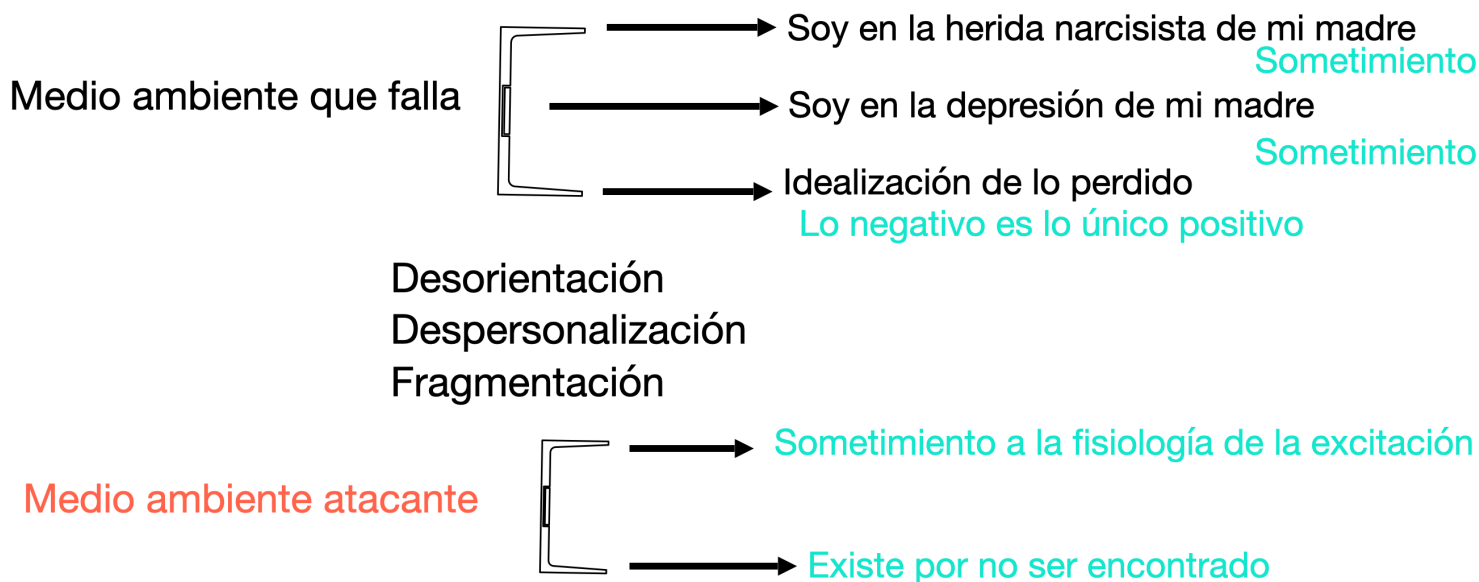
Ya sea un ambiente que falla o uno que ataca la Clínica de miedo al derrumbe se localiza en la fase depresiva, con angustia con dolor en el establecimiento del self privado; la piel falla en residir o cobijar la organización del yo como membrana marcando un interior-exterior; con dificultades en la creación y funcionamiento del mundo interior. Con trastornos en establecer lo que “es parte de mi “de lo “distinto de mi”. Siendo personas que en el self profesional pueden ser destacadas, exitosas, muestran angustia con dolor en cuanto al self social o al privado.

Depresión
No Fase depresiva

Clínica miedo al derrumbe

Mundo interior deforme

Dificultad: Lo parte de mi/distinto de mi/mi



I. MEDIO AMBIENTE FACILITADOR O PREDECIBLE.

El Desarrollo emocional primitivo va transitando por experiencias de maduración.

a) Fase de integración/transicionalidad o destrucción/no-integración

La fase de integración/no integración también la llama fase de sostén[5] o fase de pre-
verdad [4]. Parte del supuesto de que el infante, es “un ser inmaduro que está constan-
tamente *al borde de una angustia inconcebible*” (75) [6].

En un sostén seguro se experimentan fenómenos transicionales de integración/no inte-
gración entre la vigilia y dormir, entre tenso y relajado. El infante crea el pecho estando
presente; ES el pecho. El vacío existencial inicial se va llenado de experiencias; el yo

es uno de experiencias. Fenómenos que se experimentan antes de que se separe el self de la madre [6]; experiencias de objeto subjetivo.

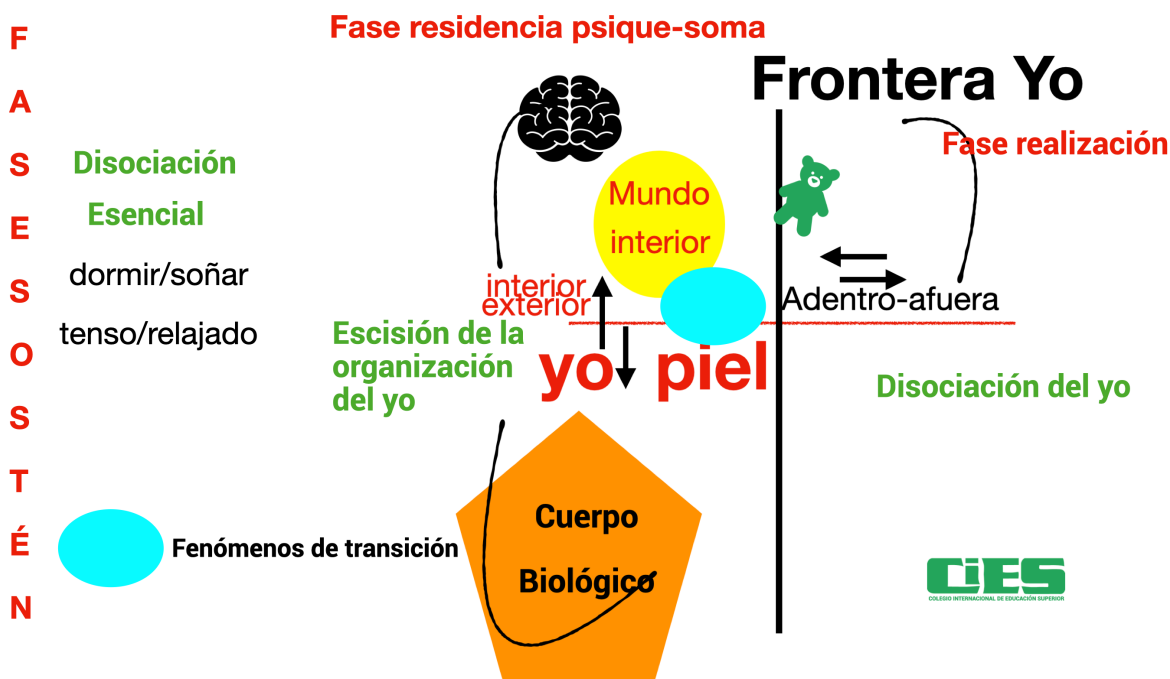
Si la madre se encuentra a la captura del gesto del bebé, si es la agresión (movilidad) del bebé la que encuentra oposición, la que se fusiona a las experiencias erógenas, si a la madre le impresiona ser un bebé humano, entonces el Centro de gravedad se localiza en la pareja de crianza, hay un sostén.

Esta no-integrado porque se negativiza por el fenómeno transicional la integración. Esta relajado estando no integrado porque esta el sostén en la pareja de crianza.

El infante crea el objeto en el acto mismo de rechazarlo. El bebé se encuentra paradójicamente en estado de dependencia absoluta, a la vez que de soledad esencial. Siendo el creador del pecho en la experiencia omnipotente de integración, en la misma operación coloca omnipotentemente en el exterior del yo piel la no-integración. Y viceversa, va a experimentar la no-integración en el mismo movimiento que el fenómeno transicional coloca en el exterior la integración. Esta zona de negatividad o de destructividad del funcionamiento del aparato psíquico es la zona transicional. La angustia sin dolor como el sentimiento de vivir en el cuerpo (139) [3].

Ahí donde surge el gesto espontáneo, el bebé es de la madre y no es de la madre; se sorprende.

Las experiencias de integración son uno de los referentes al padre, el otro lo es el padre en la mente de la madre y se podría agregar, puesto que es la madre ambiente, los progenitores, hacer referencia al padre en la mente del padre [7].



b) Fase de personalización (residencia de la psique en el soma) / transicionalidad o negatividad/ sin vida psicósomática.

Si el bebé es capaz, no solo de agarrar un objeto y metérselo a la boca, sino además dejarlo caer deliberadamente, comprende que tiene un interior como también da por sentado que la madre posee un interior; empieza a preocuparse por su madre. Al mirar al pasado, es decir con el establecimiento del tiempo, en la fase depresiva, que Winnicott prefiere llamar de inquietud, mira la crueldad primitiva, se siente responsable, surge el sentimiento de culpa y la preocupación por el objeto como totalidad (201)[2]. Siente culpa con posterioridad al amor cruel primitivo y desconsiderado natural, lo explica:

- El impulso primitivo era cruel, desde el punto de vista del observador. Para el bebé el impulso primitivo es anterior a la crueldad, y sólo llega a sentir que fue cruel cuando finalmente se integra y se convierte en una persona única y responsable que mira al pasado. A partir de la integración (y no antes), el niño controla los impulsos instintivos

teniendo en cuenta la amenaza de crueldad, que engendra en él una culpa intolerable- vale decir, el reconocimiento del elemento destructivo de la burda idea excitada primitiva.

La culpa por los impulsos de amor primitivos es un logro del desarrollo; ella es demasiado grande como para que el bebé humano la soporte, salvo mediante un proceso gradual posterior al establecimiento del círculo benigno[tensión-clímax-relajación] (117-118) [2].

De las manifestaciones de la creación y funcionamiento del mundo interior se destacan el lograr mirar al pasado, siente culpa y el yo piel como membrana limítrofe yo y no-yo, interior-exterior, con la capacidad de reparar. El trazado entre “lo distinto de mí” y lo “parte de mí” , que hacen “mi” [5]; se establece el primer objeto, yo mismo. La adaptación materna permite que el bebé se apodere del tiempo, Winnicott lo explica:

- En el desarrollo emocional del ser humano, la tendencia a la integración es innata. Las condiciones tienen que ser muy malas para que no se produzca la integración. A ésta puede describírsele en términos de las tres dimensiones espaciales, pero en este caso tenemos que añadir la cuarta dimensión, el tiempo (s/n) [8].

“En las primeras fases, cuando se están instaurando el “yo”(lo parte de mi) y el “no yo”(lo distinto de mi), es el componente agresivo el que con mayor seguridad conduce al individuo a una necesidad de sentir un “ no yo” o un objeto externo” (289) [4].

En la fase depresiva es capaz de organizar una regresión al servicio del yo piel; la piel cobija, habita al yo.

Respecto a la destrucción, en el proceso de transición entre la relación con el objeto, donde el objeto es subjetivo, hacia el uso del objeto ocurren las siguientes transiciones:

a) El sujeto se relaciona con el objeto, tiene la ilusión de que es él quien crea el objeto, el objeto es subjetivo. En el acto de crearlo lo destruye. b) El sujeto destruye al objeto en la fase depresiva, de personalización (residencia de la psique en el soma), al ubicarlo fuera de la zona de su control omnipotente. c) El objeto sobrevive a la destrucción por el sujeto, “pero puede haber supervivencia o no”, con la paradoja: “Tienes valor

para mí por haber sobrevivido a tu destrucción por mí”(120-121). d) Se ha desarrollado una capacidad que le permite usar los objetos, lo que forma parte “del paso al principio de realidad” (121) [9]. El bebé pondrá a prueba el ambiente, pondrá a prueba el mundo interior.

Winnicott distingue la fase maníaca, de la defensa maníaca. En la fase maníaca “la vivacidad del mundo interior asume el control y activa al niño, que clínicamente puede mostrarse violentamente agresivo, sin que externamente haya un motivo evidente de ira”(282). Por su parte en “la defensa maníaca hay una negación de la muerte interior por medio de la actividad artificial (llamada, según Melanie Klein, defensa maníaca contra la depresión). El resultado clínico de la defensa maníaca no es un estallido de agresividad, sino un estado de inquietud angustiosa corriente, la hipomanía, en el cual la agresión presenta una tónica moderada de dejadez, suciedad, irritabilidad, con falta de perseverancia constructiva” (282) [10].

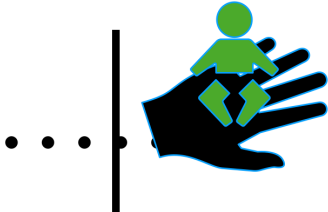

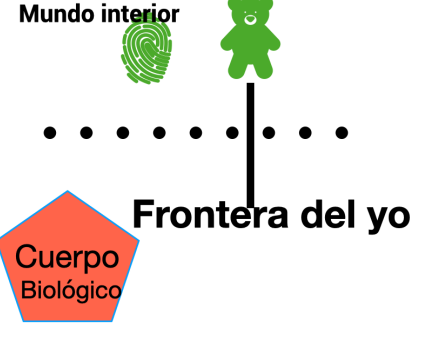
Cuando la experiencia no abarca toda la omnipotencia, dicho de otra manera, cuando no se experimenta la experiencia de colocar el objeto fuera del área del control omnipotente, ¿qué destino puede seguir la omnipotencia vivida pero no experimentada? Uno de los destinos es la fantasía congelada o rígida de todo o nada, amar-devorar; otra es la culpa como traición al self, que puede implicar la sensación de sentirse fea (feo) o aborrecible. Se puede observar cómo las fallas o los ataques del medio ambiente dificultan la flexibilidad en la transición entre el verdadero y falso self que naturalmente se va madurando en las emociones primitivas. La Clínica del miedo al derrumbe da cuenta de cómo se puede lastimar, culpar, engrandecer o rigidizar el self ante estas fallas o ataques del ambiente. Winnicott explica que “El self se halla naturalmente ubicado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias puede disociarse del cuerpo, o el cuerpo de él. Esencialmente, el self se reconoce a sí mismo en los ojos y la expresión del rostro de la madre, y en el espejo que puede llegar a representar al rostro de la madre. A la larga, el self llega a establecer una relación significativa entre el niño y la suma de identificaciones(luego de una suficiente incorporación e introyección de representaciones mentales) se organiza en la forma de una realidad psíquica interna viva”(322-323) [11].

c) Fase de relación de objeto o comprensión del mundo compartido o de realización.

De la cáscara, experimentando lo informe, el vacío existencial, la soledad esencial, irá habitando el núcleo mediante la zona de negatividad que hace interior-exterior. En la misma experiencia de la primera posesión noyo se experimenta, mediante la zona de la negatividad o destructividad o transición, lo yo con la primera posesión, la del objeto transicional.

Tiene el objeto transicional, refiere Winnicott, es la primera posesión no-yo, no es el valor simbólico sino la actualidad (primera posesión); espacio potencial donde ocurren procesos paradójicos: es y a la vez no es la madre. No se llora, no se olvida, se va al limbo. No es ni internalizado, ni perdido. Una vez ocurrida la transición entre: a) relación de objeto subjetivo, b) destrucción y sobrevivencia del objeto, c) uso del objeto percibido objetivamente de forma compartida, puede hacer uso de la capacidad de sostener una depresión y reparar los objetos, con capacidad para manejar angustia sin dolor. Se encuentra capacitado para preocuparse por el otro, para comprometerse en la reparación.

Primero existe el objeto subjetivo, a la manera de capacidad de relación unicorporal, narcisista, del orden de lo sagrado. Después en la fase depresiva es la capacidad de relación bicorporal (mira al pasado, siente culpa) con el establecimiento del mundo interior con la membrana yo piel con un interior y un exterior. En la fase del establecimiento de la frontera del yo, de comprensión de una realidad compartida, con la capacidad de posesión, usa el objeto. "Usa" el objeto una vez que ha sido colocado fuera del área del control omnipotente, fuera del self.

Fase integración	Fase personalización (vida psicósomática)	Fase de comprensión (relación de objeto)
Capacidad de sostener relación unicorporal (narcisista)	Relación bicorporal Fase depresiva	Relación tricorporal
Privación	Deprivación de los controles (Clínica de miedo al derrumbe)	Deprivación del objeto (tendencia antisocial)
SER el pecho ESTAR relajado estando no integrado	HACER, manipulación de objetos incluyendo los corporales	TENER la primera posesión no-yo (objeto transicional)
<p>Sostén</p> <p>Centro de gravedad madre ambiente-infante</p> 	<p>Residencia psique-soma</p> <p>Mundo interior</p> 	<p>Mundo interior</p> 
integración/ zona de negatividad /no-integración	Vida psicósomática/sin vida psicósomática Experiencia de colocar al objeto fuera del control omnipotente	Experiencia de un mundo compartido

II. MEDIO AMBIENTE QUE FALLA. CASOS.

2.1.Caso. Soy en la depresión de mi madre. Dr. Víctor Borg.

Isak Borg profesor de 78 años de edad hará dos viajes en la película *Fresas silvestres* (salvajes), del director sueco Ingmar Bergman para celebrar en la catedral de Lund su nombramiento como doctor honoris causa. El viaje que durará cerca de un día en coche acompañado de su nuera quien está embarazada después de varios años de matrimonio; embarazo que no es deseado por el padre del bebé, el único hijo del Dr. Borg. El viaje emocional transitará entre recuerdos hasta su nacimiento, en los tiempos de la muerte, la propia y la muerte emocional de su madre en el acto de no entregarle el reloj de oro que le correspondería por ser él el primogénito.

Durante el viaje realizan 3 paradas: en la gasolinera, en la casa de la infancia y en la casa donde vive en la actualidad la madre del Dr. Borg. En la gasolinera la mujer que les sirve la gasolina le dice que ella le puso a su hijo el nombre de Isak en agradecimiento a la atenciones médicas de Borg, destacando así, una vez más, el éxito profesional. Es una fresa silvestre del jardín de la casa de su infancia que le lleva a recordar escenas de su niñez hasta su nacimiento. Entre los 2 sueños, el de su propia muerte y el del examen, tiene fantasías dolorosas y repetitivas de imágenes sobre las infidelidades, traiciones, que sufrió por parte de su esposa quien ya lleva varios años de fallecida.

La escena en la casa en la que su madre saca un baúl de los recuerdos con dibujos y materiales elaborados por sus hijos siendo pequeños y al no darle el reloj de oro que por descendencia le correspondería, la madre queda fuera de su lugar de madre. De esta manera la madre al morir emocionalmente “por la traición” de su hijo Isak al este independizarse de la relación bicorporal establecida entre los dos, Isak queda como agente de esta depresión materna y su self, no organizado en torno a su propia agresión, a su propia fase depresiva, sino en torno a la depresión materna. Él es en la organización depresiva de su madre.

De esta manera el self profesional es exitoso mientras que en el self social o privado aparecen las fantasías de traición de su mujer. De echo así comienza la película diciendo que él es un pedante para él y para los demás.

2.2. Caso. Soy en la depresión de mi madre. Caso Mariana con TDA [12] [13]

Cuando la madre de Mariana ahora con 10 años de edad, diagnosticada con Trastorno de Déficit de Atención (TDA), interpreta un gesto de su bebé contando con 4 meses de nacida como desprecio, desprecio que llega en un momento de confianza a comunicar a la investigadora, esa intimidad en la que “Soy la menopausia de mi mamá, mi madre le dijo a mi padre que ya estaba cansada (de tantos hijos) y que ahora le tocaba a él hacerse cargo de mi”.

Ahí donde la madre dice que se lleva mal con su hija hay una propuesta de madre emocionalmente muerta. Mariana en busca de un gesto inconsciente que ubique a su madre no emocionalmente muerta, sino de alguna manera viva. En el olor que desprende: “ siempre huele mal, no sé qué hace pero últimamente deja los calzones manchados de orines, ¿no la has olido?, no se por qué, pero aunque se bañe huele a orines”. En la lentificación de Mariana, a veces hasta la una de la madrugada haciendo la tarea.

Cada gesto de la bebé que Silvia, la madre, siente como desprecio, la coloca ante el desprecio de su propia madre. La privación de los controles que vivió la madre la saca de su lugar de madre y el ambiente se derrumba para Mariana puesto que la madre la desprecia como fue despreciada por la abuela. No es el gesto de Mariana, es el gesto de la madre, Mariana organiza su yo piel, su mundo interior, en la depresión materna. La madre ha muerto emocionalmente para ambas. Mariana es en la organización depresiva de la madre; conviviendo tantas horas lastimosamente juntas.

2.3. Caso. Idealización de lo perdido (negativo). La culpa como traición al self.

Winnicott explica: “Se trata de una mujer a quien probablemente se le diagnosticaría una esquizofrenia potencial. En el curso del tratamiento se vuelve esquizoide en fases recurrentes, aunque durante gran parte del tiempo se parece más a una psiconeurótica. No le gustaría comprobar que yo digo esto, pues ella valora la parte esquizoide de su personalidad y desprecia la psiconeurótica. Como ustedes comprenden, la psiconeurosis está muy próxima a cosas tales como la ambivalencia y el compromiso, y todo eso que llamamos salud. La vida sólo es posible sobre la base del compromiso”(203)[14].

“En esta mujer el sentimiento de culpa puede ser absolutamente avasallador. No tiene nada que ver con la idea de lo que la sociedad considera bueno o malo, y ella abandonó su religión porque, tal como le fue presentada, la iglesia parecía suministrarle un sentido de los valores arbitrario. En lo que se siente abrumada por la culpa es en creer que se ha traicionado a sí misma” (204) [14].

“Sus sueños mostraron que, si quedase embarazada, sólo podía ser con alguien que fuera exactamente la persona adecuada, y que ella aún no ha encontrado. Ha sido una

lucha para ella llegar siquiera a concebir la posibilidad de que esa persona adecuada no aparezca jamás. Lo cierto es que la persona adecuada habría sido un hombre del pasado, en circunstancias ordinarias su padre, alguien que ingresaría en su vida a raíz del amor que su madre sentía por el hombre de mi paciente. El hombre adecuado ingresaría en su vida como una complicación dentro de una relación básica con la madre, relación que, en el caso de esta mujer, era defectuosa. Los padres mantenían un vínculo problemático, y en todo caso su padre había querido un varón y jamás mostró interés en ella como niña en absoluto. De todos modos, pues, el hombre adecuado no apareció, y ella se quedó esperando, no un compañero para casarse, sino lo que perdió, el primer asunto amoroso dentro de la familia. Tal vez no pueda encontrar un hombre que esté dispuesto, en primer lugar, a cumplir el papel que se le ha asignado, el de ser el hombre adecuado, manteniendo el sexo como tabú, y además quiera cambiar gradualmente hasta convertirse, con el correr del tiempo, en un marido. Doy esto como ejemplo del tipo de sentimiento de culpa feroz y absoluto que se vincula con la catastrófica autotraición” (204)[14].

2.4 Caso. Soy en la herida narcisista de mi madre. Caso Liro [15]

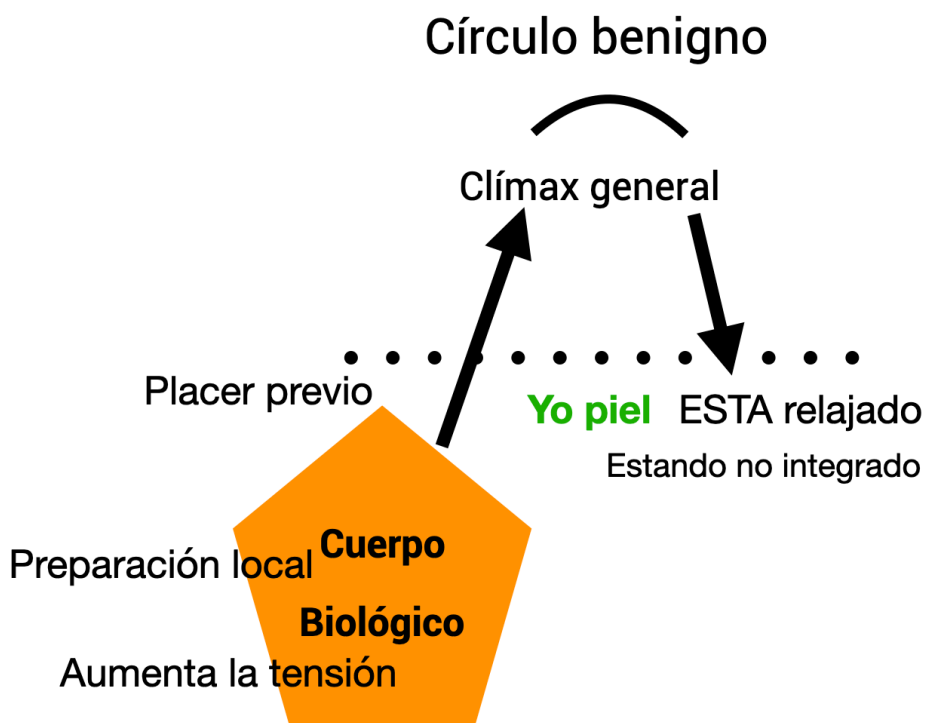
Cuando Liro al nacer con el mismo problema de sindactilia que la madre, al verlo lo odio. Tuvo que ser apartado de ella. Al venirle la idea de que si se le pudiera operar para remediar el problema es que entonces lo pudo querer incluso aún más que a sus otros hijos. En el hospital les llamó la atención la manera cómo Liro de 10 años de edad aceptaba someterse a las cirugías que le venían realizando.

Este nivel de sometimiento a las operaciones como un convenio inconsciente con la madre, como la única forma de ser amado, lo coloca en la clínica del miedo al derrumbe. El sometimiento sostiene el odio inicial; si no se sometiera a tantas cirugías se derrumbaría el amor de su madre por él y vivenciaría el odio inicial. Liro es en la organización narcisista herida de la madre.

III. MEDIO AMBIENTE ATACANTE: INTRUSIVO, DE TERROR O NO PREDECIBLE

3.1. Caso: Anatomía del odio [16]

Winnicott explica el círculo benigno dentro de la fisiología de la excitación. Hay una preparación local (placer previo), luego un clímax general y luego la relajación. El clímax lleva a una relajación, viene una demora donde se va recuperando sin clímax (dormir, paso del tiempo) que genera una relajación. La demora puede llevar a excitaciones desplazadas, congestiones o catástrofes (54) [17]. La catástrofe puede implicar angustias de miedo al derrumbe: desintegración (fragmentación), despersonalización, sentimiento de irrealidad (desorientación); o una mezcla de tensión generalizada con defensas caóticas. El círculo benigno sería:



Todos los órganos del cuerpo biológico hacen funciones psíquicas, lo explica, “Con- vendría no olvidar que, desde el punto de vista del psicólogo, el ojo no se limita a ser un órgano de la vista. Así como en los fenómenos corporales las cosas son absorbidas por la boca y expulsadas por medio de los órganos excretores, con la edificación de la personalidad esta absorción y excreción son realizadas por medio de todos los órganos del cuerpo: los ojos, la piel, las orejas, la nariz, etcétera (126)[18] . Desde el órgano en tensión la posibilidad de absorber y expulsar y con el paso al clímax general como la posibilidad de la piel cobijar, habitar al yo, en la ilusión de ser él quien crea el pecho.

Este caso nos permite localizar el centro del self privado de esta paciente en la dependencia no a la madre-ambiente sino a la fisiología de la excitación. La fisiología hacía las veces de psique. Ella asiste a terapia porque “hay cosas que en vez de dejar salir se me quedan atoradas, si no hago algo por mí, estoy atorada, necesito apoyo externo”. En otro momento lo describe como: “retengo la emoción para no quedarme vacía”. Tiene una rutina diaria de 3 horas que implican tomar té, pasear a sus perros y hacer yoga, siempre en el mismo orden. Se preguntó en un momento dado ¿Cómo se las fue ingeniando de adolescente en el mundo de las drogas, del yoga, de una relación transgresora con el mundo, para encontrarse con los efectos necesarios para un funcionamiento psíquico de menos violencia?

Los cinco tatuajes marcados en su cuerpo, ella lo comprende: “Mi cuerpo es como un diario. Pongo marcas de lo que me ha marcado o cambiado. Lo que me apoya o ha hecho cambiar también es parte de ese dolor”. Los 5 tatuajes corresponden, uno al de su Tótem de animal guía; junto este el de la diosa del amor, que implica la fuerza física que ella quiere transformar en fuerza espiritual. Otro de los tatuajes está ligado al abuelo materno y otro a la madre.

Destaca un ambiente de odio de la madre hacia su propia hermana (tía de la paciente quien fue la sirvienta de la casa) que trataba despectivamente y un padre que en colusión con la madre la colocaban en un ambiente de terror.

Llega a la primera sesión diciendo: “acaba de ocurrir un incidente, viene la patrulla porque no verifiqué mi coche, nunca me acuerdo, ¿puedo hacer una llamada?” Realiza la

llamada desde mi teléfono y luego nos sentamos. Yo la imagino entonces perseguida, fuera de circulación y habiendo usado mi teléfono.

Llega a la segunda sesión explicándome: te platicué como si fuera a mi mamá. Me caché mentiras para caerte mejor. En realidad debo tres materias de la carrera. Estaba angustiada de que me fueras a juzgar.

Ana en una fantasía, a la que recurre con frecuencia, denigra, en este caso como una defensa maníaca, el mundo que odia; en una apropiación del pensamiento que parece haber sobrevivido a la eliminación anal [19], asocia : Lo que traigo hoy es de lo que guardo y no dejo salir. Es un odio hacia el ser humano. Me pego en el pie, en el otro pie. Le pregunto- “¿Qué harías?”, ¿Qué haría para mejorar la raza humana? Si me deshago de la gente o me quede sola. Dejaría a mi hermana Sol, mi perro y los niños. Me siento, ¡soy mejor que todos! Pero me entra culpa.

Al finalizar esta sesión le da pena [¿vergüenza?] despedirse de mano puesto que la tiene sudada. Explica respecto a dar la mano sudada: “no me gusta embarrar, cómo aceptar mierda de la gente”.

Por momentos pierde el enfoque: Yo hago cambios radicales y rápidos. Al hacerlo lento es hacer un proceso. El proceso no se siente. Pierdo el enfoque. Después de un vómito, descanso. El cambio radical se siente de inmediato.

Ana explica: Ya no se quién soy, dónde o cómo me siento yo bien; me veo de afuera para adentro, ¿cómo me ves tú? Yo sola no me puedo aceptar. Como hasta inmobilizarme. Antes comía mucho y me aislaba.

La primera ocasión que le comienzan a salir unas lágrimas en su proceso de análisis muy asustada se pone de pie -desde el sillón donde se encontraba sentada-, como intentando detener las cuantas lágrimas me pregunta “¿dónde se van?” De ahí a recordar:

- Cuando mi mamá se acercaba a mí era por el hambre o para limpiarme, de otra manera no se acercaba a mí. Estaba echa caca. De otra manera no se acercaba a mí. Sientes feo. No se podía acercar. Nunca se pudo acercar diferente. ¿Es posible que un bebe sienta esto? ¿o es imagen de mí? Sólo se acercaba en esos momentos, para ella no era agradable. Era lo único que nos acercaba. Era mi incomodidad de ya hice algo. La razón de estar juntas era porque me tenía que limpiar.

“De chica mi mamá me peinaba, hasta los 7-8 años. No tenía tiempo, no tenía ganas, me criticaba. Yo sentía que si estaba más bonita estaba más tiempo. No le gustaba nada. De mi prima Erika sí decía que estaba bonita. A los demás niños yo los veía cuidados. Se veía la dedicación de las mamás [llora], el día del temblor yo en el camión. Recogieron a todos los niños. Yo me quedé ahí. No me enteré que habló. Me fui sola al camión. Se fueron mis amigos. En pánico ¿con quién me voy a quedar? Eso me hacía sentir fea. No era lo suficientemente bonita para que mi mamá estuviera conmigo. Una bola que se va haciendo grande y no se controla”.

El análisis lo iniciamos en el mes de abril, se acercaban las vacaciones de diciembre. Para despedirnos llega enojada conmigo, estábamos analizando una “identificación dolorosa” con la sirvienta (la tía Blanca una hermana de la madre), quien las cuidó a su hermana Sol y a ella siendo niñas, y dice: “Algo no me está gustando, no sé, y está bien intenso. No me gusta que me conozcan tan a fondo, tan de cerca”, en ese momento comienza a manifestar espasmos como para vomitar.

El padre la colocaba en situaciones de terror. No entendíamos ni ella ni yo, si acaso era tan insensible que no la captaba en su terror o si era un perverso sádico disfrutando de su hija en terror. Recuerda: “yo no tenía con quien hablar ni con quien enojarme, tengo recuerdos de por qué me enojaba; a los 4 años en los juegos mecánicos de la montaña rusa blanca, yo agarrada cagada del susto, mi papá riendo, mientras mi mamá decía: déjala en su geniecito. Yo tenía 4 años. Mi papá orgulloso, riéndose mientras yo muriendo en mi estado”. Algo semejante ocurría cuando la iban a inyectar: el padre la sujetaba sin avisar, la mamá gritaba “¡que no se mueva!”, el padre la amenazaba “¡si te mueves se tapa!”, ella se movía y corría. Al padre lo llegó a describir como la boa constrictora. Ana se pregunta desde los inicios del análisis: “¿cómo le he hecho para salir adelante?” Se explica, “pues vestirme de negro”. Durante 8 o 9 años se vistió de Punk. El estudio de Jung sobre “la sombra real”, relacionado con la yoga; entonces ella se hizo maestra de yoga. El viaje a Nueva Orleans donde trabajó como table dance. Y “el salir del bien y el mal, sólo existen diferencias”.

Ana reflexiona “Yo no quería a mi familia, ese afán de joder”. Su madre se refría mal de su padre lo que implicó que ella lo identificara como: “mi papá no tenía palabra fuerte”.

¿Cómo este ambiente de terror la limitaban -de formas diferentes- a sus funciones vitales y la dejaban tan a la mano del cuerpo de la fisiología, a cuerpo abierto, expuesto.

3.2. Caso. Como si no pudiera mantenerse en su piel.

Del análisis de este caso con Winnicott construyeron una infancia en un ambiente primitivo que cambió con demasiada brusquedad de muy satisfactorio a desilusionante. De ello resultó un ambiente entre hermanos que se cuidaban entre sí mismos. La paciente por ser la menor nunca fue aceptada como miembro del grupo de hermanos por lo que al tener que jugar el papel que estos le imponían, le resultaba insatisfactorio; encontrando, a la manera de la cura por la succión del pulgar, invertir como centro esencial de su vida, en el self privado, a fantasear. En un estado de disociación esencial en el que en la fantasía ocurría todo y no ocurría nada; en un destino de la omnipotencia que no fue abarcada por la experiencia omnipotente resultando en fantasear como una forma central de existencia. En la transferencia Winnicott al hablarle, ella de forma disociada se puso a jugar con el cierre de su bolsa: “una vez más me abandonaba mientras hablábamos”(54)[18], escribe Winnicott, como si no pudiera mantenerse en su piel, como una falta de culminación psicósomática (54) [20].

En una sesión en la que acudió a su cita con un vestido arreglado por ella misma para asistir al trabajo y a la sesión se quedó dormida durante 10 minutos. En la transferencia primitiva, que aparenta como un diálogo con el mundo interior de la paciente, Winnicott explica.

- Lo más importante que surgió de esos diez minutos en que estuvo dormida fue que le parecieron un fracaso porque no recordaba los sueños. Era como si se hubiese dormido con el fin de tener un sueño para el análisis. Resultó un alivio para ella cuando le señalé que se había dormido porque quería dormir. Le dije que los sueños no son más que algo que le ocurre a uno cuando duerme. Entonces le pareció que dormir le había hecho mucho bien. Tuvo deseos de dormir, y cuando despertó se sintió mucho más real, y en cierta forma ya no tenía importancia que no recordara sus sueños. Habló acerca de la mirada, cuando deja de enfocar las cosas que se sabe

que están ahí pero no se las ve bien, y que la mente de ella funcionaba de ese modo. Estaba fuera de foco. "Pero en los sueños que acompañan al dormir —le dije—, la mente está fuera de foco porque no se enfoca en nada, a no ser que llegue al tipo de sueños que se pueden llevar a la vida de vigilia y relatar". Pensaba en las palabras "lo informe", de la sesión anterior, y las aplicaba a la actividad generalizada de los sueños, como algo distinto del soñar" (56) [20].

Fueron comprendiendo cómo nadie había reconocido siendo ella niña su necesidad de que ella debía de haber comenzado en estado informe, como la tela de un vestido antes de cortarse. El análisis permitió surgir la ira, el odio, y fenómenos que fueron permitiendo sentirse modelada de una forma de poder identificarse sin perder la identidad, (57) [17]. Ahora con el análisis ha cambiado la existencia de una certidumbre en la vida del fantaseo siendo a la vez exitosa en su trabajo y contando con relaciones de amigos, a la incertidumbre que acompaña la libertad de elección (59) [20].

Con este caso Winnicott va distinguiendo la fantasía (fantaseo) y la imaginación. Mientras que en la fantasía ocurre todo y nada, se localiza en la frontera yo piel, es una defensa contra el mundo interior, no contribuye ni a soñar ni a vivir, puede haber una inaccesibilidad para utilizarlo como material en el análisis, implica una forma de disociación no total (en vez de represión), una forma de excitación que aparta de la acción. La imaginación se relaciona con el soñar, el vivir, con el juego creador. La poesía del sueño es la que falta en el fantaseo (57) [20] ; "el simbolismo del sueño, que no existe en el campo limitado del fantaseo"(57) [20].

Con este mismo caso distingue la omnipotencia de la experiencia omnipotente. Mientras que la omnipotencia se relaciona con la fantasía y una forma de desesperación en relación a la dependencia, la experiencia omnipotente corresponde a la dependencia, a las primeras experiencia del yo-noyo (lo parte de mi/distinto de mi) y a la capacidad de colocar el objeto fuera del área del control omnipotente o del self (51) [20].

CONCLUSIONES

La articulación de la Clínica de miedo al derrumbe en la obra de Winnicott permite destacar las aportaciones en la teoría y en la clínica de lo primario, de lo que sucede en las fallas del ambiente cuando el infante se encuentra recién nacido o en los primeros años de vida. Como explica Winnicott se trata de problemas de existencia. El vacío o la no-existencia no transitan en existencia, sino son aniquiladores. Las agonías vividas, no experimentadas aún. Algo pasó y el infante no se encontraba lo suficientemente maduro para experimentarlo. El paciente necesita que se le diga que el derrumbe, el miedo, el vacío, que está destruyendo su vida, “ya tuvo lugar”. Las agonías primitivas: fragmentación, despersonalización, desorientación, presentan alteraciones en la creación del mundo interior, con dificultad en hacer uso de una intimidad, con formas características de culpa primitiva, y de trastorno en la dimensión del tiempo, pasado, presente, futuro. Presentan una rigidez del self que no da paso a experiencias de transicionalidad o destructividad o negativización. Es importante no partir del supuesto erróneo de que el paciente de clínica del miedo al derrumbe existe realmente (287) [4].

BIBLIOGRAFÍA

- [1] WINNICOTT, D.W.(1963). “El miedo al derrumbe”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [2] WINNICOTT, D.W. (1954). *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [3] WINNICOTT, D.W.(1952). “La angustia asociada con la inseguridad”. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Espasa, 2012.
- [4] WINNICOTT, D.W. (1950-1955). “La agresión en relación con el desarrollo emocional”. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Espasa, 2012.
- [5] WINNICOTT, D.W. (1960). “La teoría de la relación entre progenitores-infante”. En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos aires: Paidós, 2009.

[6] 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.

[7] WINNICOTT, D.W. (1969). "Sobre "el uso de un objeto" VII. El uso de un objeto en *Moises y la religión monoteísta*". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[8] WINNICOTT, D.W. (1960). Notas sobre el factor tiempo en el tratamiento. Psikolibro.

[9] WINNICOTT, D.W.(1968). "El uso del objeto y la relación por medio de identificaciones". En: *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 2008.

[10] WINNICOTT, D.W.(1956). "Fragmentos concernientes a algunas variedades de confusión clínica". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[11] WINNICOTT, D.W. (1970). "Sobre las bases del self en el cuerpo". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[12] ESPARZA, E.M. (2015). Los síntomas del TDAH, solo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo. Tesis doctorado: CiES.

[13] RABADÁN, F.C. "Winnicott frente al desafío de hacer lazo social. Disección de un desprecio". *Letra en Psicoanálisis*, LeP. Vol. 4-2, julio-diciembre, 2018.

[14] WINNICOTT, D.W. (1966). "Ausencia y presencia del sentimiento de culpa". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[15] WINNICOTT, D.W. (1971). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé, 1993. En inglés: D. W. Winnicott, 1971.

[16] RABADÁN, F.C. "Anatomía del odio. A cuerpo abierto. Clínica Psicoanalítica de las adicciones". *Letra en Psicoanálisis*, LeP. Vol. 1-1, julio-diciembre, 2015.

[17] WINNICOTT, D.W. (1957). "La excitación en la etiología de la trombosis coronaria". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

[18] WINNICOTT, D.W. (1944). "Psiconeurosis oculares de la infancia". En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Espasa, 2012.

[19] GREEN, A. (1993). "La analidad primaria". En: El trabajo de lo negativo. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

[20] WINNICOTT, D.W. (¿1960?¿1962?). " Sueños, fantasía y vida. Historia de un caso que describe una disociación primaria". En: *Realidad y juego (1971)*. Barcelona: Gedisa, 2008.

Se encuentra el seminario sobre la Clínica del miedo al derrumbe en el canal de YouTube del CiES:

https://www.youtube.com/playlist?list=PLErYIkzPVJz9tWlh6h-UXcyPk4T9fjub_

