



Universidad
Nacional
de Rosario

**MAESTRÍA EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS
(Res. Coneau: 11739/14)**

Título: La Consulta Terapéutica y el Juego del Garabato de D. W. Winnicott:
sus alcances teóricos y clínicos.

Autor: Ps. Juan Manuel Baños

Director: Dr. Carlos Eduardo Tkach

Lugar y fecha: Rosario, Agosto de 2022.

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	3
2.1 Objetivos generales y específicos.....	8
2.2 Estrategia metodológica.....	9
3. La consulta terapéutica.....	10
3.1 Cuatro décadas de experiencia.....	10
3.2 En busca del valor social del analista a través de la consulta terapéutica.....	16
3.3 El analista en posición de objeto subjetivo.....	19
3.3.1 Transferencia y compulsión de repetición.....	19
3.3.2 La actitud profesional y la disposición del analista a ayudar.....	21
3.3.3 El objeto subjetivo y el Desarrollo Emocional Primitivo.....	24
3.3.4 El analista en posición de objeto subjetivo y la comunicación.....	34
4. El juego del garabato.....	50
4.1 El juego del garabato en la consulta terapéutica.....	50
4.2 Los fenómenos transicionales y los objetos transicionales.....	53
4.3 Juego, jugar, jugando.....	56
4.3.1 Superposición de zonas de juego, interpretación y resistencia.....	62
4.3.2 El juego del garabato y la creatividad.....	65
4.4 El juego del garabato: un modo de aproximación personal.....	67
4.4.1 Los casos.....	68
4.4.2 Iiro.....	70
4.4.3 Elisa.....	74
4.4.4 Bob.....	76
4.4.5 Hesta.....	79
4.4.6 Ruth.....	83
4.5 Contrastes.....	89
5. Conclusiones.....	91
6. Bibliografía.....	100

1. Resumen

En este trabajo se realiza una investigación teórica sobre dos desarrollos originales de D. W. Winnicott denominados Consulta Terapéutica, espacio del psicoanálisis aplicado que consiste en el aprovechamiento del primer o los primeros encuentros con el paciente, y Juego del Garabato, el singular método que el psicoanalista inglés implementa para ponerse en contacto con sus pacientes niños y adolescentes. Resulta necesario, para dar cuenta del complejo entramado de estos desarrollos, profundizar en conceptos centrales de la obra del autor, tales como el juego y psicoterapia, los objetos y fenómenos transicionales, la teoría del desarrollo emocional del individuo, la teoría de la comunicación y el objeto subjetivo, entre otros. Se concluye que la propuesta de Winnicott posee absoluta vigencia en sí misma, siendo a su vez extensible a otros abordajes psicoterapéuticos. Finalmente, se propone utilizar el juego del garabato como un modelo para pensar novedosas intervenciones en psicoterapia, en especial en el trabajo clínico con adolescentes.

Palabras clave: consulta terapéutica, juego del garabato, psicoterapia, objeto subjetivo.

2. Introducción

Este proyecto de tesis centra su indagación en la *consulta terapéutica* y el *juego del garabato* de D. W. Winnicott. Cerca de cuarenta años de experiencia clínica llevaron a este pediatra y psicoanalista a crear este campo específico de aplicación del psicoanálisis, que condensa en sí gran parte de sus aportes teóricos y clínicos y que sin embargo no ha sido objeto de un estudio exhaustivo. A su vez, consideramos que los trabajos centrados en esta temática, además de no profundizar lo suficiente en la misma, tampoco extraen las posibles intervenciones psicoterapéuticas que podrían utilizarse más allá del campo específico de la consulta terapéutica y juego del garabato.

La obra escrita de D. W. Winnicott representa un aporte ineludible para aquellos que se interesen por el campo disciplinar psicoanalítico. Entre sus contribuciones, de singular relevancia para los fines de nuestra investigación, se encuentran la descripción de los fenómenos transicionales, su enfoque sobre la psicoterapia como superposición de dos zonas de juego, y la Consulta Terapéutica, en cuyo marco se implementa el juego del garabato. Winnicott introduce esta adaptación del dispositivo analítico –la consulta terapéutica– para toda una serie de circunstancias que no parecen adecuarse a un análisis clásico. Como lo expresa el Dr. Tkach (2007), podría incluirse dentro de este marco desde pacientes que no podrán tratarse por más de dos o tres encuentros hasta estados no neuróticos (Green, 2005), cuadros fronterizos o estados límite, situaciones de crisis, o ciertas variaciones en la normalidad que no impliquen una patología instaurada, incluso si requirieran de una terapia prolongada. Este dispositivo se basa en el aprovechamiento de la primera o primeras entrevistas en las que el paciente espera ser ayudado. El analista se encuentra inicialmente en posición de objeto subjetivo –concepto que ameritará un desarrollo en nuestra investigación– y desde allí puede intervenir con un alcance inusitado. En algunas de las descripciones clínicas, Winnicott (2008) utiliza esta técnica en personas sanas, lo que favorece la expresión de algún conflicto subyacente, de modo que se trata de un abordaje que podría utilizarse en una notable diversidad de casos. El autor explicita que no se trata de psicoanálisis pero que la formación psicoanalítica y el haber conducido una buena cantidad de curas psicoanalíticas clásicas es la base ineludible de quienes quieran adoptar esta modalidad de trabajo clínico: “Ante todo quiero dejar bien en claro que lo que estoy describiendo no es psicoanálisis. Cuando inicio un análisis no adopto el procedimiento aquí descrito” (Winnicott, 2015a, p.44). Sin embargo, el hecho de que no sea psicoanálisis no desemboca, en su pensamiento, en una menor eficacia terapéutica: “No diría que un análisis cabal es siempre mejor para un paciente que una entrevista psicoterapéutica. El tratamiento psicoanalítico a menudo deja intacta la sintomatología por un período durante el cual las repercusiones sociales pueden complicar infinitamente la cuestión” (Ibidem, p.44). En esta misma perspectiva mencionamos que Freud (2003 [1919]) vislumbró la posibilidad futura de adecuar el psicoanálisis a nuevas condiciones viéndonos “(...) precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa” (p.163), para la aplicación de una psicoterapia que conserve valiosos ingredientes del análisis sin que se trate, necesariamente, de una cura clásica (Tkach, 2011). Como tendremos oportunidad

de desarrollar en el derrotero de la tesis, en la visión de Winnicott la distinción capital no es psicoanálisis o psicoterapia, sino si el terapeuta tiene formación analítica o no. Es desde este posicionamiento singular que el autor supo dar cabida a un abordaje centrado en aliviar el sufrimiento de sus pacientes más allá de los formalismos imperantes en la Sociedad Británica de Psicoanálisis, y aun en toda sociedad de psicoanálisis: “Analizo porque es lo que el paciente necesita y le conviene. Si el paciente no necesita análisis, hago otra cosa.” (Winnicott, 2011a, p.217)

En el espacio de este original dispositivo de la consulta terapéutica, Winnicott crea el juego del garabato. Se trata, según el autor, de un medio para ponerse en contacto con el niño, para lograr comunicarse. Es importante resaltar, por redundante que pueda parecer, que el juego del garabato es un juego, y no una técnica. Destacarlo como juego, y así lo expresa Winnicott, permite comprender las implicancias terapéuticas que posee en el contexto de la obra de este autor, en especial en torno a su concepción de la psicoterapia como la superposición de dos zonas de juego:

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo. (Winnicott, 2009, p.61)

Y también:

Todo lo que diga sobre el jugar de los niños también rige, en verdad, para los adultos, solo que el asunto se hace de más difícil descripción cuando el material del paciente aparece principalmente en términos de comunicación verbal. En mi opinión debemos esperar que el jugar resulte tan evidente en los análisis de los adultos como en el caso de nuestro trabajo con chicos. Se manifiesta, por ejemplo, en la elección de las palabras, en las inflexiones de la voz, y por cierto que en el sentido del humor. (Winnicott, 2009, p.63)

Masud Khan (1975) considera a los párrafos previos como aquellos que condensan la teoría y la práctica clínica de Winnicott en relación al común denominador del *jugar* (*Play*). Así, el jugar se presenta en sentido amplio, como modo de intercambio y de trabajo psíquico en la clínica con pacientes adultos, niños y adolescentes.

El juego del garabato, conviene reiterarlo una vez más, es un juego que Winnicott propone al paciente para establecer contacto con él. Lo utiliza con niños usualmente, aunque no exclusivamente. Luego de colocar hojas en blanco propone este juego sin reglas, en el que uno realiza un garabato y el otro lo completa, para luego invertir los lugares. Como lo explica Tkach (2007): “El producto de esos dibujos es de ambos. El analista deja de ser abstinento desde el momento en que completa el dibujo. Los dibujos pasan a ser la ocasión que permite disparar la asociación y un diálogo con el paciente” (p.3). Si bien se piden asociaciones, no es un trabajo que repose exclusivamente en estas y en las interpretaciones que se realicen. De hecho, “[...] la interpretación del inconsciente no es lo principal” (Winnicott, 2008, p.17). Este tipo de encuentro entre terapeuta y paciente, que Adam Phillips, biógrafo de Winnicott, llamó “asociación libre recíproca” (1997, p.29), permitiría, según nuestra posición, iniciar, sostener o relanzar el trabajo psíquico del paciente, dando lugar, a su vez, a la posibilidad de conformar el “objeto analítico” (Green, 2008, p.314). De lo antedicho se desprende lo relevante de nuestra propuesta de investigación sobre las ideas de un pensador original que ha sabido eludir las transmisiones dogmáticas e invitarnos a una revisión que nos permita apropiarnos de un valioso recorrido y sacar nuestras propias conclusiones. En este sentido se expresa Winnicott (2008) al referirse a los casos detallados en su libro sobre las consultas terapéuticas, prefiriendo un posicionamiento crítico de sus lectores a un intento de copia o imitación.

Como fue planteado en los apartados previos, la consulta terapéutica y el juego del garabato no han sido foco de muchas investigaciones. Las aproximaciones a la temática podrían ser agrupadas en el contexto de nuestra investigación en dos grandes grupos: en una síntesis de la propuesta winnicottiana –en especial acerca de la consulta terapéutica–, o en un franco desvío de la misma –principalmente en relación al juego del garabato.

Desde una lectura crítica comprendemos que el juego del garabato nos plantea un modo de abordaje terapéutico para una multiplicidad de casos, más allá del uso de las

hojas y los trazos garabateados. Esta idea nos resulta central en nuestra investigación dado que consideramos que uno de los destinos del juego del garabato ha sido quedar reducido a una técnica gráfica. Tomaremos, en una línea de pensamiento coincidente con nuestra posición, aquello que Winnicott destacara en una carta dirigida a J. Stone el 18 de junio de 1968 acerca de su Juego del Garabato:

Es esencial la libertad absoluta, de modo tal que cualquier modificación sea aceptada en caso de que resulte apropiada. Tal vez una característica distintiva no sea tanto el uso de dibujos como la libre participación del analista actuando en calidad de psicoterapeuta. (Winnicott, 1990a, p.276)

Este trabajo de investigación intentará dar cuenta de las implicancias teórico-clínicas de la consulta terapéutica y el juego del garabato, poniendo de relieve aquello que la bibliografía especializada en ocasiones ha omitido o en lo cual no ha profundizado. Consideramos, a partir de la revisión realizada, que el destino del juego del garabato, en particular, se asemeja a aquello que J. B. Pontalis denunciara en el célebre prólogo a *Realidad y Juego* (2009): así como la riqueza de los fenómenos transicionales fue relegada al objeto transicional (cuya principal virtud era poner en evidencia los fenómenos transicionales mismos), las consecuencias clínicas y teóricas del juego del garabato se han opacado en relación al uso de la técnica de intercambio de dibujos. No obstante lo antedicho, algunos autores sí explicitan el uso del garabato como modalidad de intercambio (por ej. Abadi, 1996), pero, consideramos, sin ahondar ni llegar a extraer las valiosas consecuencias del señalamiento hecho por Winnicott. Otros, en franca oposición a nuestro derrotero, ven en el juego del garabato un sustituto de la hora de juego (expresión que merece en sí misma una fuerte crítica) necesario para aquellos pacientes que no pueden jugar por motivos que van desde la edad hasta dificultades cognitivas (Fernandez-Manchón García, 2012). Una excepción, que merece ser revisada y profundizada, la representan los desarrollos del Dr. Tkach cristalizados esencialmente en tres escritos: “Donald W. Winnicott: la consulta terapéutica y el juego del garabato” (2007), “La consulta terapéutica y la práctica analítica” (2011) y “Winnicott: el otro en la clínica. El analista en posición de objeto” (2006). A su vez, será necesario ahondar en

algunos desarrollos de aquellos autores, ya clásicos, que realizaron una lectura de la obra de Winnicott aportando una mirada revitalizante sobre un pensador original que en algunas ocasiones no ha sido comprendido, y en otras ha sido excesivamente simplificado: J. B. Pontalis, A. Green, M. Khan, O. Mannoni, entre otros.

Nuestra posición sostiene, en síntesis, que la consulta terapéutica y el juego del garabato contienen la mayor parte de los aportes de Winnicott acerca de su concepción psicoterapéutica, verdadera intersección entre clínica y teoría: psicoterapia como superposición de dos zonas de juego, fenómenos transicionales, objeto transicional, objeto subjetivo y objeto objetivo, lo informe, la creatividad, sus ideas en torno a la interpretación, la resistencia, el encuadre, y los fines del análisis, entre otros conceptos producto de su vasta experiencia clínica. Consideramos que los desarrollos actuales en psicoanálisis no han reparado lo suficiente en la riqueza, a la vez explícita e implícita, de la consulta terapéutica y el juego del garabato. A su vez, como será desarrollado, a partir de esta variación del método clásico creemos posible ampliar el horizonte de intervenciones psicoterapéuticas. Por lo antedicho, nuestra investigación resulta necesaria para subsanar, tanto como sea posible, los vacíos y los desvíos de esta original propuesta de Winnicott, sin perder de vista los aportes de aquellos autores que lograron una aproximación a la temática y allanaron nuestro derrotero.

Será inevitable, a los fines de la tesis, que incurramos en cierto esquematismo para poder describir la multiplicidad de aportes que integran el dispositivo winnicottiano de la consulta terapéutica y la implementación, dentro del mismo, del juego del garabato.

2.1 Objetivos generales y específicos

Generales:

- Describir y analizar el recorrido que realiza D. W. Winnicott en su conceptualización de la consulta terapéutica y el juego del garabato.
- Contribuir al estudio y la comprensión de modalidades de abordaje psicoterapéutico ampliando el modelo clásico del análisis a partir de los

aportes que se desprenden del estudio de la consulta terapéutica y el juego del garabato.

Específicos:

- Describir y analizar la concepción de Winnicott acerca de la psicoterapia como superposición de dos zonas de juego.
- Profundizar su conceptualización original de la consulta terapéutica
- Analizar la casuística publicada de Winnicott acerca del uso del Juego del garabato como modalidad de comunicación en el marco de la consulta terapéutica con el fin de extraer sus consecuencias teórico-clínicas.

2.2 Estrategia metodológica

En el interés de abordar las implicancias teórico-clínicas del juego del garabato tal como fue propuesto líneas arriba, será necesario utilizar una metodología de investigación cualitativa a partir del análisis documental.

La palabra *documento* posee múltiples acepciones, y creemos que la definición de *documentarse* como una forma de instrucción sobre un tema en particular es un modo conveniente de iniciar y transitar una investigación teórica, como nos lo recuerda Miguel Valles: “Esta definición encaja mejor con el sentido que se da aquí a documentación, entendida como estrategia metodológica de obtención de información” (Valles, M. 1997, p.119). Así, comprendemos que las técnicas de documentación y lectura son un elemento metodológico clave, validado para las investigaciones teóricas.

En cuanto a la lectura del material, también nos demanda un abordaje específico. Será necesario, entonces, efectuar una lectura crítica, que ponga a trabajar los conceptos y no una mera cuantificación de los aspectos manifiesto de un texto, como se proponía en los análisis clásicos de la década del cincuenta:

En la actualidad se suele distinguir entre el análisis de contenido clásico, fiel a la cuantificación de los aspectos manifiestos del texto (aunque en versiones que incorporan algunos elementos contextuales), y el análisis de contenido cualitativo, desarrollado a

partir de los años ochenta, que se basa en un conjunto de técnicas destinadas a interpretar su sentido latente u oculto. (Marradi et. al., 2007: p.291)

Problematizar a Winnicott, a su pensamiento, detenernos en el análisis de sus conceptos a la luz de la totalidad de su obra nos permitirá descubrir el alcance de la consulta terapéutica y el juego del garabato.

3. La Consulta Terapéutica

Si nuestro fin sigue siendo verbalizar la conciencia naciente en términos de transferencia, estamos practicando análisis; en caso contrario, somos analistas que practican alguna otra cosa que consideramos apropiada para la ocasión. Y, ¿por qué no?

(Winnicott, 2011a, p.222)

3.1 Cuatro décadas de experiencia

Alrededor de cuatro décadas de experiencia clínica fraguaron la creación de este dispositivo, la consulta terapéutica, que, tal como lo explicitó Winnicott (2015a), no es psicoanálisis propiamente dicho, pero conforma un espacio del psicoanálisis aplicado.

Para el año 1920, Donald Woods Winnicott se había especializado en lo que eventualmente sería llamado pediatría. Tres años más tarde ingresó como médico asistente en el *Paddington Green Children's Hospital*, lugar en el que trabajaría por más de cuarenta años. En ese mismo año comenzó su análisis con James Strachey (Phillips, 1997) si bien su interés por el psicoanálisis databa de años anteriores, de su época de estudiante, tal como se ve reflejado en la carta que envió a una de sus hermanas, Violet, en el año 1919 (Winnicott, 1990). Según lo detalla Roudinesco (1998), por el consultorio del hospital de Winnicott transitarían más de sesenta mil casos, sin contar aquellos pacientes que vería en su práctica privada a partir de 1924. Nos encontramos en los albores de la creación de la consulta terapéutica junto a su concepción del terapeuta

como objeto subjetivo, tal como lo relata en uno de sus últimos libros publicados después de su muerte:

[...] surgió gradualmente en el transcurso de mi práctica clínica y privada. Sin embargo, hubo un hecho que puede calificarse como de particular significación. Cuando yo ejercía la pediatría a mediados de la década de 1920, época en la que veía a muchos pacientes en mi práctica hospitalaria y daba oportunidad a tantos niños como me era posible de que se comunicaran conmigo, hicieran dibujos y me relataran sus sueños, me sorprendió la frecuencia con que *los niños soñaban conmigo la noche anterior a la consulta*. [...] para mi sorpresa, me encontraba yo *coincidiendo con una idea preconcebida*. Los niños que habían tenido tales sueños pudieron referirme que era yo la persona con quien habían soñado. [...] me descubrí a mí mismo en el rol de objeto subjetivo. Lo que ahora percibo es que en ese rol de objeto subjetivo, que raramente perdura más allá de la primera o de unas pocas entrevistas iniciales, el terapeuta dispone de una gran oportunidad para establecer contacto con el niño (Winnicott, 2008, p.12).

En el año 1942, Winnicott presentó ante la Sociedad Británica de Psicoanálisis un informe sobre catorce casos que transitaron, en el transcurso de un año, por el Departamento Infantil del Instituto de Psicoanálisis de Londres (Winnicott, 1999a). Se trataba de la primera comunicación que realizó en base a su experiencia de la consulta terapéutica, si bien aún no estaba conceptualizada como lo haría en la década del sesenta (Tkach, 2011). Ya en aquellos años Winnicott creía necesario explicitar ante los analistas que el material que iba a transmitirles no era estrictamente analítico pero que, aun así, podría ser de interés para los analistas. Nos resulta relevante constatar que aclaraciones de este tipo se reiteran a lo largo de su obra, lo que entendemos como una manera de delinear una frontera más porosa o permeable al intercambio entre aquello que se define como psicoanalítico y aquello que no lo es, y que, sin embargo, podría ser valioso para realizar tanto un trabajo analítico como uno psicoterapéutico. Consideramos que esto último no resultaba una tarea menor frente a las suspicacias que podría despertar en sus colegas de la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Es esta perspectiva, sin lugar a dudas, la que forma parte de la mirada que le permitió el

desarrollo de la consulta terapéutica. Volviendo al informe, Winnicott asemeja las consultas que recibió en el instituto a las miles que recibía en el hospital infantil dando cuenta de una enorme demanda que, como veremos, excedía la capacidad de los analistas para responder con un tratamiento analítico. Efectivamente la creación del instituto apuntaba a brindar tratamiento analítico a los niños y adolescentes que lo demandaran, a la par que se tomarían algunos de estos casos con fines pedagógicos, de formación de analistas. Los objetivos no se cumplieron por motivos que podríamos sintetizar en que, por un lado, no había analistas que trabajaran con niños y adolescentes con plazas disponibles para tomar casos gratuitamente y, por otro, la realización de un tratamiento analítico requiere de una continuidad y frecuencia que difícilmente la mayor parte de la población que asistía a estas instituciones podían sostener por razones de costo, tiempo y distancia. En definitiva, acceder a un tratamiento analítico representaba un esfuerzo que solo una pequeña porción de la población estaba en condiciones de realizar. Winnicott se preguntaba qué hacer con esta demanda, y el informe que presentó evidencia tanto su inquietud como su respuesta desde un posicionamiento ético. Bajo la consigna de que es mejor prescindir de un análisis que no puede ser realizado, Winnicott intervino de la manera que creía más conveniente terapéuticamente, con su formación analítica como telón de fondo. Detengámonos en una fracción de los casos presentados. Será necesario citar extensamente algunos tramos dado que, según nuestro parecer, revelan con absoluta claridad la perspectiva terapéutica que Winnicott adoptaría cada vez con mayor contundencia, plasmada años después en su conceptualización de la consulta terapéutica.

El primero que relata, una niña de tres años que había comenzado a tartamudear, ni siquiera llegó a constituirse como caso. Winnicott realizó en esta ocasión una indicación telefónica al padre que resultó eficaz, y expuso sus razones:

Dado que la niña vivía demasiado lejos para traerla a analizar sin correr el riesgo de que se cansase físicamente, a la pregunta que me hizo su padre sobre la necesidad de un análisis contesté que, en mi opinión, resultaba normal que una niña de su edad mostrase síntomas violentos y que, en vista de que el desarrollo de su hija era satisfactorio en los demás aspectos, lo mejor sería hacer caso omiso del síntoma y no recurrir al

psicoanálisis de momento. Al cabo de una semana el médico volvió a telefonearme, esta vez para decirme que el síntoma de la niña había desaparecido.

Probablemente habrá acuerdo acerca de que es erróneo ensalzar el valor que tendría el análisis, de ser aplicado, en un caso en que no es aplicable (Winnicott, 1999a, p.102).

En otro, una niña de diez años, luego de unas entrevistas y en la comprensión de no poder iniciar un tratamiento, Winnicott decidió que la manera de ayudar a la niña era enviar una carta a la escuela con indicaciones hacia los docentes y directivos para el trato con ella. La misiva apuntaba, en líneas generales, a que la escuela no intentara curarla sino alojarla y contenerla.

El caso siguiente fue una adolescente de trece años. Ante la imposibilidad de que la joven acceda a un análisis la derivó al hospital donde trabajaba y la puso a cargo de una asistente social que, bajo su tutela, llevaría adelante aquello que hoy quizás conceptualizaríamos como un acompañamiento terapéutico. En relación al abordaje del caso y el papel que un analista podría jugar, reflexionó:

Para que en este caso se hubiese podido llevar a efecto un análisis, el analista sin duda hubiese tenido que visitar a la niña diariamente, realizando la primera parte del análisis en casa del sujeto y en el curso de paseos y visitas a los museos. Naturalmente, esto no entra en las actividades de la clínica, si bien muchos de nosotros podemos aprovechar experiencias de este tipo, si mentalmente repasamos las cosas inesperadas que nos han sucedido en nuestra práctica privada (1999a, p.104).

En un caso agudo de una niña de tres años, luego de tener algunos encuentros en el Departamento Infantil, y ante la imposibilidad de que alguien pudiera seguir llevando a la niña a la consulta, Winnicott continuó viéndola en el domicilio de ella. Así, llevó adelante algunas de sus consideraciones:

En cinco visitas realizadas en el transcurso de una quincena reuní una tremenda cantidad de material para las interpretaciones, las cuales, en el pleno sentido de la palabra, di haciendo uso de la transferencia desde el principio.

Es difícil calibrar los resultados. Naturalmente, no se buscaba ningún cambio en la personalidad permanente de la niña, pero tuve la satisfacción de ver que el caos que reinaba en el mundo de fantasías de la pequeña se organizaba, mientras que su comportamiento maníaco se transformaba en juegos, con una secuencia en todo ello, como sucede en un análisis satisfactorio (1999a, p.105).

Frente a otra niña, también de tres años, Winnicott decidió trabajar con ella tal y como lo haría en un análisis, a sabiendas de que las limitaciones del caso no lo permitirían: no era posible que trajeran a la niña a la consulta diariamente ni tampoco que sostuvieran el tratamiento por mucho tiempo, sin embargo:

A decir verdad, pude hacer una labor muy importante, ya que el material que me proporcionó la pequeña me permitió demostrar que en él había continuidad y orden y, al igual que en el verdadero análisis, obtuve resultados específicos de las interpretaciones (1999a, p.108)

Líneas después agrega:

Aunque no fuese análisis, lo que hice solamente podía haberlo hecho un analista, con experiencia en análisis prolongados, sin prisas, en los que se puede dejar que sea el material mismo lo que va apareciendo ante los ojos del analista, que lentamente va aprendiendo a comprenderlo (1999a, p.108).

Winnicott puede distinguir claramente lo que se define como análisis de aquello que no lo es, y eso no le impide realizar un trabajo terapéutico utilizando su formación analítica aun en casos en los que las condiciones del encuadre no son propias de un análisis

estándar. Su posición contempla una ética frente al sufrimiento humano, una ética que lo lleva a intervenir en busca del alivio del malestar de los pacientes, movilizándolo en el desarrollo emocional, erradicando los síntomas de ser posible. Una y otra vez a lo largo de sus escritos reconoce las virtudes de practicar un psicoanálisis “con todas las de la ley”, pero comprende que sostenerse monolíticamente frente a la dicotomía “psicoanálisis o nada” recortaría, cual diván de Procusto, innumerables oportunidades verdaderamente psicoterapéuticas.

En años posteriores al escrito de 1942, Winnicott delinearía de forma más difusa la frontera entre Psicoanálisis y Psicoterapia, poniendo principalmente el acento en la formación del terapeuta, es decir, si esta es analítica o no. Por ejemplo, el año 1958 fue invitado a hablar sobre el tratamiento psicoanalítico junto a un colega que debía hacerlo sobre la psicoterapia individual. En esa ocasión, Winnicott se preguntaba cómo distinguir estos abordajes ya que no le resultaba sencillo definir las diferencias. Finalmente, se expresó de esta manera: “Para mí la pregunta es si el terapeuta ha tenido o no formación analítica” (Winnicott, 2011b, p.149). Unos párrafos luego, dirá de manera cristalina: “Para ser claro, tengo que repetir que no tiene por qué haber ningún contraste entre el psicoanálisis y la psicoterapia individual. Ambas expresiones pueden significar lo mismo, y a menudo lo hacen” (Ibidem, p.150).

Consideramos significativo que ya en el informe sobre el mencionado Departamento Infantil, dieciséis años antes de nuestra última cita, exprese su parecer frente a sus colegas de la Sociedad Británica de Psicoanálisis en los siguientes términos:

En este punto estoy hablando conmigo mismo. Una vez, durante la consulta, me encontré con que siempre pensaba que el psicoanálisis era el tratamiento superior. Ello me llevaba a sentirme satisfecho de haber aportado mi granito de arena cada vez que procuraba la aplicación del psicoanálisis. Pero el valor de las consultas es negativo a no ser que se prescindiera completamente del análisis excepto en la medida en que sea factible aplicarlo. Si, además de lo que se aconseje y de otros beneficios obtenidos de la consulta, se puede aplicar el psicoanálisis, entonces tanto mejor (Winnicott, 1999a, p.109).

3.2 En busca del valor social del analista a través de la Consulta Terapéutica

Winnicott se interesa por el alcance de su original dispositivo frente a la gran demanda de tratamiento por parte de la población, lo menciona como “las presiones y necesidades sociales en los consultorios” (Winnicott, 2008, p.10). Como fue expresado en párrafos anteriores, el Departamento Infantil no se encontraba en condiciones de responder al número de consultas realizadas a través de un tratamiento analítico, y sin duda mucho menos preparado estaba el consultorio de pediatría del *Paddington Green Children's Hospital* si pretendía llevar adelante un análisis frente a cada niño que expresara algún tipo de padecimiento subjetivo. Un tratamiento analítico “con todas las de la ley” implicaría, en el contexto histórico londinense de mediados del siglo XX, sesiones semanales diarias, cuatro o cinco, posiblemente durante años (Green, 2005). De lo antedicho se desprende con claridad de que solo un número reducido de sujetos podía acceder a un tratamiento de estas características. Winnicott se encontró frente a la necesidad de adaptar el dispositivo analítico de forma tal que pudiera brindar una respuesta a las innumerables consultas que requirieran un abordaje psicoterapéutico, reteniendo en este las virtudes adquiridas en su formación analítica. En su texto *El valor de la Consulta Terapéutica*, se expresa en los siguientes términos:

[...] hay una enorme demanda clínica de psicoterapia que no guarda ninguna relación con lo que pueden ofrecer los psicoanalistas, y por lo tanto, si existe un tipo de casos a los que una o tres visitas a un psicoanalista pueden serles útiles, ello extendería ampliamente el valor social del analista y contribuiría a justificar su necesidad de practicar análisis cabales a fin de aprender su oficio (Winnicott, 2015a, p.45).

Destacamos del párrafo previo la posibilidad de intervenir en el lapso de tan solo uno, dos o tres encuentros, lo que haría posible abordar una mayor cantidad de casos y permitir a los analistas dar respuesta a muchas de las necesidades de una población que no estaba en condiciones de asumir un tratamiento prolongado. En efecto, esta original

propuesta terapéutica de Winnicott posee su piedra angular en el aprovechamiento de las primeras entrevistas, dadas las particularidades transferenciales de ese encuentro en las que será necesario profundizar. Tendremos oportunidad de detenernos también en aquello que Winnicott refiere como *un tipo de casos* en los que sería posible proceder a través de la modalidad propuesta en la consulta terapéutica.

Winnicott nos refiere que los analistas eran quienes estaban en mejores condiciones para llevar adelante este innovador trabajo. El valor social del analista, en el contexto de sus ideas, involucra no solo su incidencia en una población más amplia sino también al hecho de que formarse como psicoanalista, con todo su derrotero (el análisis personal, las supervisiones y, en especial, la experiencia clínica de dirigir análisis ortodoxos prolongados) estaría justificado: “El psicoanálisis sigue siendo la base de mi tarea, y si algún estudiante me lo preguntara respondería siempre que el entrenamiento para este trabajo (que no es psicoanálisis) es el entrenamiento en psicoanálisis” (Winnicott, 2008, p.9). Vemos, una vez más, que la preocupación principal se centra en el tipo de formación más que en las condiciones formales del análisis. Y esto es cierto tanto para el caso de la consulta terapéutica como para todo tipo de psicoterapia: “Soy psicoanalista y no se molestarán si les digo que la formación psicoanalítica es la base de la psicoterapia. Ella incluye el análisis personal del analista en formación” (Winnicott, 2015b, p.117). En su singular estilo como psicoanalista, Winnicott fue forjando, a través de los años, lo que menciona como una teoría del desarrollo emocional del individuo que se encuentra contenida en sus publicaciones, y que lo acompañaba en sus encuentros con los pacientes. Una suerte de teorización flotante (Aulagnier) a la cual no necesita recurrir deliberadamente. Será necesario ahondar, en los capítulos siguientes, en algunos de sus originales conceptos, dado que se encuentran en el fundamento de la consulta terapéutica.

Como mencionamos en la introducción, Freud mismo supo mostrar interés en el valor social del psicoanalista. En su escrito *Nuevos caminos de la terapia analítica*, Freud (2003 [1919]) propone que siempre seamos capaces de reconocer las imperfecciones del conocimiento adquirido e innovar en procedimientos si estos resultaran superadores. Con humildad, se refiere a la magra eficacia terapéutica recogida y a la dificultad de implementar el psicoanálisis siendo un pequeño número de analistas, que solo puede tratar una acotada cantidad de enfermos por año, frente a la enorme miseria neurótica del mundo. No deja de incluir, dentro de las limitaciones del abordaje

analítico, que se trata de un procedimiento reservado a los sectores pudientes de la sociedad, lo que deja por fuera a las masas populares que podrían beneficiarse con el mismo, y recorta así, aún más, su campo de acción. Pero Freud no descartó la posibilidad de que en el futuro pudiera multiplicarse el número de analistas, y que junto con esto la conciencia moral de la sociedad evolucionara de forma tal que promoviera la creación de instituciones estatales que harían posible la aplicación de tratamientos psicoanalíticos gratuitos. Freud nos advierte que posiblemente esto sucederá y será entonces necesario adecuar la técnica analítica a las nuevas condiciones. Tal y como lo expresa Tkach (2011), la única indicación acerca de qué implicaría esa adecuación es la siguiente:

Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa [...]. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo (Freud, 2003 [1919], p.163).

Como hemos podido precisar, más de cuarenta años al calor de los encuentros de Winnicott con sus pacientes permitieron forjar, poco a poco, ese sector del psicoanálisis aplicado llamado la consulta terapéutica. Durante la década del sesenta Winnicott iría ajustando la conceptualización de su dispositivo en base a los avances de su Teoría del Desarrollo Emocional del Individuo. Conceptos como *self* verdadero y falso, comunicación silenciosa, objeto subjetivo o percibido objetivamente, la psicoterapia como superposición de zonas de juego, entre otros, le permitirán afianzar conceptualmente esa experiencia. Resulta conveniente en este punto avanzar hacia las condiciones iniciales de estos primeros encuentros con el paciente. Allí, el analista se encuentra ubicado en el rol de objeto subjetivo pudiendo intervenir con un alcance inusitado, una toma de contacto “sagrada” que deberá ser aprovechada o todo se echará a perder.

3.3 El analista en posición de objeto subjetivo

Pensar las particularidades transferenciales de los primeros encuentros en la concepción de Winnicott nos obliga a considerar el concepto de transferencia en su entramado con aquellos tres objetos fruto de la creatividad del autor: el objeto subjetivo, el objeto transicional y el objeto objetivamente percibido, si bien será sobre el primero de ellos que realizaremos el recorrido más exhaustivo. Introducirnos en la problemática de la transferencia implica revisar nuevamente los aportes freudianos en aquellos desarrollos puntuales en los que nuestra investigación se apoya.

3.3.1 Transferencia y compulsión de repetición

Con el objetivo de esclarecer la posición del analista como objeto nos adentraremos brevemente en la problemática de la transferencia tal como Freud la conceptualizó a partir del descubrimiento de la compulsión de repetición. Al respecto se expresa Tkach:

Como se sabe, este último concepto conducirá al fundador del psicoanálisis a su segunda formulación sobre el aparato psíquico. La compulsión de repetición estará enmarcada inicialmente en el campo de los fenómenos regidos por el principio placer-displacer y posteriormente además y fundamentalmente, la misma estará bajo el imperio del más allá del principio del placer (Tkach, 2006, p.2).

En una aproximación panorámica, Green (2009) subraya que el primer modelo de aparato psíquico, la primera tópica, fue creado a partir del modelo del sueño, que implica representaciones, asociaciones e interpretación del material. Las pulsiones aquí se encuentran en el límite del aparato, no dentro del mismo donde sí estarán representadas. Con la llegada de la segunda tópica en 1923 las pulsiones son parte

integrante del aparato y desplazan a las representaciones como material básico del psiquismo primitivo. En la evolución del pensamiento freudiano se produce una suerte de pasaje de la representación a la pulsión, fuente del *agieren*, y del principio del placer a la compulsión de repetición más allá del principio del placer. El texto bisagra de este cambio en la concepción del aparato psíquico y las fuerzas que lo animan, junto a la necesaria modificación técnica que conlleva, es “Recordar, repetir y reelaborar” (2015[1914]). Allí, Freud comienza relatando la profunda alteración que ha sufrido la técnica analítica desde sus inicios en la catarsis breueriana y la hipnosis, hasta llegar a la libre asociación de ideas por parte del paciente. En esta última concepción el analista se vale de interpretaciones para lidiar con las resistencias que impedirían al paciente el recordar. A pesar de los cambios efectuados a través de los años frente a los múltiples avatares de la experiencia psicoanalítica, las metas del análisis permanecieron inalterables: levantar represiones a través del arte interpretativo y llenar así, mediante el trabajo del paciente, las lagunas del recuerdo. Pero las cosas, nos aclara Freud, no resultaron tan sencillas. Si bien algunos pacientes son inicialmente afines a esta dinámica terapéutica, muchos otros se comportan de manera diversa: “[...] el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace” (Freud, 2015[1914], p.188).

Destacamos que, como afirma Freud, el paciente comienza la cura presentando esta repetición y, a pesar de los esfuerzos por hacer valer la regla fundamental, esta compulsión de repetición insistirá a lo largo del tratamiento: “uno comprende, al fin, que esta es su manera de recordar” (Ibidem, p.189). En lugar de recordar el analizado nos trae, desde el inicio del tratamiento, su repetición en acción. Todo se despliega allí: inhibiciones, síntomas, rasgos de carácter y actitudes inadecuadas de todo tipo; en fin, aspectos patológicos o egodistónicos de su personalidad. El analista encuentra aquí un límite a su lugar de intérprete ya que la repetición en acto lo toma a este como un objeto en la transferencia. Es decir, el desciframiento del inconsciente a partir de la interpretación deja paso ahora al posicionamiento del analista como objeto real y fantaseado desde donde podrá operar frente a la compulsión de repetición. Como lo expresa Tkach (2006), el material psíquico producido por la compulsión de repetición es de una cualidad psíquica diferente a la producida por la libre asociación, de modo que

para poder trabajar con este nuevo material Freud propone aquello que llama manejo de la transferencia:

[...] el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la transferencia. Volvemos a esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado (2015[1914], p.193).

La sucinta revisión realizada en los párrafos previos expresa el trayecto que lleva, dentro del marco de la técnica analítica, del analista como intérprete al analista como objeto, lugar transferencial desde el cual será capaz de operar sobre la compulsión de repetición. En este punto del desarrollo de la teorización aún no fue introducida la concepción freudiana de la pulsión de muerte junto al más allá del principio del placer. Unos pocos años después, Freud dará cuenta del carácter mortificante de la compulsión de repetición y brindará un lugar privilegiado a la construcción como instrumento del proceso de análisis. Pero la cuestión del analista en posición de objeto, ubicado desde ahora en el tablero de la clínica analítica, no sería profundizado por el fundador del psicoanálisis (Tkach, 2006). Es en este punto que creemos conveniente introducir el lugar del analista como objeto en la concepción clínica de Winnicott. Ahora bien, esto implica necesariamente que tanto paciente como terapeuta posean una singular disposición. Veremos a continuación cuáles son estas coordenadas en el caso del segundo.

3.3.2 La actitud profesional y la disposición del analista a ayudar

Al referirse a la consulta terapéutica, Winnicott (2008) puntúa las condiciones que deben poseer quienes quieran realizar un trabajo de esta naturaleza: poder identificarse

con el paciente sin pérdida de la propia identidad; poder asimilar la conflictiva del paciente esperando que, a su debido tiempo, este pueda resolverla sin necesidad de que [el terapeuta] persiga ansiosamente su cura; la retaliación frente a la provocación no debe operar. Así, se van delimitando, a los ojos del autor, las coordenadas técnicas y éticas desde donde el terapeuta deberá posicionarse en el marco de la consulta. A su vez, en el mismo artículo hará hincapié en aquello que denomina “la confiabilidad profesional del terapeuta”, aquella que es “capaz de mantener un continente profesional en todo momento, aun cuando se estén soportando severas tensiones en la vida privada y en el proceso de maduración personal, el cual, idealmente, jamás debe detenerse” (Ibidem, p.10). En la misma línea de pensamiento, en otro de los textos dedicados con exclusividad a la consulta terapéutica, Winnicott (2015a) llama “encuadre profesional correcto” (p.48) a esta disposición del analista, necesaria y fundamental, que posibilita que “[...] el paciente, o sea el niño (o adulto) que sufre la desazón, traerá su desazón a la entrevista de un modo u otro” (p.48). Vemos así que ciertas condiciones del terapeuta son absolutamente necesarias en el punto de partida, tanto para el despliegue de la problemática del paciente como para la eficacia de su novedoso dispositivo, eficacia que se asienta en gran medida en que el analista se encuentre ubicado, al menos transitoriamente, en posición de objeto subjetivo. No obstante, y es nuestra lectura, comprendemos que estas precisiones no son patrimonio exclusivo de la consulta terapéutica sino que pueden extenderse tanto a otros tipos de psicoterapia como al análisis mismo.

Como fue expresado en la introducción de nuestra investigación, la consulta terapéutica (y el juego del garabato) condensa gran parte del pensamiento de Winnicott en torno a la psicoterapia, y aun respecto al análisis mismo. Entendemos que los aportes de este original analista desbordan el espacio la consulta terapéutica y permiten implementar la actitud profesional en otros abordajes, lo que favorece el proceso terapéutico y enriquece nuestros recursos. La actitud profesional y la disposición del analista a ayudar cobran absoluta relevancia tanto en nuestra investigación en general, así como en el posicionamiento del analista como objeto subjetivo en particular, dado que se trata de las condiciones que hacen posible el desarrollo de los fenómenos transferenciales que configuran, precisamente, esa posición de objeto en el analista: “El psicoanálisis consiste en gran medida en la preparación de las condiciones para el desarrollo de esos fenómenos [transferenciales] [...]” (2011c, p.208). Veremos a

continuación cómo el autor va dando forma teórica esta singular y a la vez necesaria disposición.

En primer lugar, resulta conveniente aclarar que Winnicott se refiere a esta preparación del analista de diferentes maneras pero para designar múltiples dimensiones de un mismo fenómeno: “confiabilidad profesional del terapeuta” (2008, p.10); “encuadre profesional correcto” (2015a, p.48); “brindar un encuadre humano” (Ibidem, p.49); “actitud profesional” (2011c, p.209); “disposición del analista a ayudar” (2011b, p.158). Con la intención de aportar claridad optamos por los términos “actitud profesional” y “disposición del analista a ayudar”, ya que son estos, a nuestro entender, los que mejor conjugan todos los anteriores. La actitud profesional, en primer lugar, involucra necesariamente tensiones con las que el analista debe lidiar. Estas tensiones podrían generar defensas excesivamente rígidas que atentarían contra la permeabilidad del analista, entorpeciendo o anulando su capacidad para enfrentar situaciones novedosas: “El psicoterapeuta (analista o psicólogo analítico) debe seguir siendo vulnerable y, sin embargo, no abandonar su rol profesional en sus sesiones de trabajo reales” (2011c, p.210). Permanecer vulnerable implica deponer defensas, o que la organización de las mismas sea flexible, a la par que se tolera un mínimo ineludible de tensión. Winnicott considera que la actitud profesional se asemeja al simbolismo en tanto supone una distancia con el paciente: “Seguramente lo que el paciente encuentra es la actitud profesional del analista, y no los hombres y mujeres inconfiables que somos en la vida privada” (Ibidem, p.211). El símbolo se emplazaría entre el objeto subjetivo y el objeto percibido objetivamente. Si bien Winnicott no menciona en este contexto los fenómenos transicionales, la referencia nos resulta ineludible “[...] en el marco de la relación analítica, en tanto marco de simbolización” (Tkach, 2006, p.3). En segundo lugar, en cuanto a la disposición del analista a ayudar, se refiere a algunas de las condiciones mencionadas al principio de este apartado: capacidad para identificarse con el paciente y creer en aquello que sea necesario, a la par de satisfacer sus necesidades cuando este pueda indicárselas verbalmente o por medio del lenguaje no verbal o preverbal (Winnicott, 2011b).

Si nos hemos detenido en este punto ha sido para poner de relieve aquellas características propias de quien vaya a llevar adelante una consulta terapéutica. Es el punto de partida necesario, del lado del analista, para capitalizar esos primeros encuentros con el paciente: una recepción flexible, sensible, continente y profesional:

“Al principio siempre me adapto un poco a las expectativas del individuo. No hacerlo es inhumano” (Winnicott, 2011a, p.217). El autor nos presenta una singular disponibilidad frente al paciente. Se trata, en definitiva, de configurar un terreno que dé lugar a las manifestaciones transferenciales que harán de ese encuentro un momento “sagrado”.

3.3.3 El objeto subjetivo y el Desarrollo Emocional Primitivo

Winnicott supo referirse en forma reiterada a la consulta terapéutica como un espacio de aprovechamiento de la primera o primeras entrevistas. De hecho, no dudamos en considerar que ubicó en esa primera toma de contacto el alfa y omega de la eficacia de su singular y novedoso dispositivo. Esta idea se fue consolidando a través de sus años de experiencia clínica, tanto pública como privada, lo que le permitió palpar ciertas condiciones iniciales excepcionales propias de los primeros encuentros, y así poder intervenir frente a una serie de casos. Ya a mediados de los años de 1920, en su práctica pediátrica, el autor nos indicaba un momento y una reflexión que podríamos considerar como el germen de sus desarrollos finales acerca del analista como objeto subjetivo: “me sorprendió la frecuencia con que los niños soñaban conmigo la noche anterior a la consulta.” (2008, p.12) Muchos de esos niños, al conocerlo, llegaban a decirle que efectivamente era él con quien habían soñado. Winnicott se encontraba así coincidiendo con una idea preconcebida, ligada a la pauta de expectativa del paciente y su mundo interno. De esta manera, se manifestaba la capacidad imaginativa del paciente en relación a aquellas personas de quienes esperaba algún tratamiento benéfico o ayuda. Es aquí donde el analista se ubica / es ubicado en el rol de *objeto subjetivo*, como perteneciente al mundo interior del paciente, situación que da cuenta de la significativa confianza que los niños le brindaban a Winnicott. Es principalmente esta confianza, esta capacidad del paciente para creer en que el profesional puede comprenderlo y ayudarlo, la que constituye ese momento como “sagrado”. Estamos así frente a una oportunidad única que debe ser aprovechada, “o bien todo se echa a perder.” (Ibidem, p.13) Si ocurre esto último, queda destruida la confianza del niño en que se lo comprende y el momento es completamente desperdiciado. En efecto, es de común conocimiento entre analistas que muchos de nuestros pacientes suelen brindarnos abundante material en la primera

toma de contacto, material que nos resulta muy valioso y sobre el cual trabajaremos durante una buena parte del tratamiento. Suelen llegar al consultorio con el interés y la necesidad de contarnos lo que les ocurre, aquello que los desvela, su cotidiano padecer, yendo así, dentro de sus posibilidades, al hueso. Por ello resulta que, en condiciones ambientales adecuadas y dentro de un marco de intimidad, de los primeros intercambios pueden surgir las claves para desatar los nudos en el desarrollo emocional del paciente. Aun así, no deja de ser cierto que, con mucha frecuencia, al cabo de unas sesiones la “luna de miel” finaliza: el material nuevo escasea, las palabras no abundan, los interrogantes ya no relanzan el libre discurrir de ideas. Todo un sistema defensivo rigidiza las expresiones del paciente. Nos queda así todo un trabajo por delante, un proceso de análisis, de superación de resistencias y levantamiento de represiones sobre un fondo transferencial fluctuante. Nos situamos, a partir de aquí, en las vías del análisis estándar. En síntesis, entendemos que la propuesta del psicoanalista inglés intenta sacar el mayor partido posible a la “luna de miel”.

Adentrarnos en la especificidad del objeto subjetivo requiere que nos detengamos en los aspectos tempranos de la Teoría del Desarrollo Emocional del individuo, elaborada por Winnicott a lo largo de su trabajo clínico y que comprende, en sus palabras, “la historia total de las relaciones del niño con su ambiente específico” (2008, p.14). El procesamiento de las emociones se encuentra en el centro del pensamiento de Winnicott, y es en base a ellas que concibe la creación y desarrollo del psiquismo humano (Tagle, 2016). La *integración*, la *personalización* y la *comprensión* son tres procesos o líneas del desarrollo que comienzan muy tempranamente y dan cuenta de los inicios de la realidad interna o interior, junto a un exterior. Si bien Winnicott retoma en diferentes textos estas ideas, el escrito inaugural es “Desarrollo emocional primitivo” (1999b), leído ante la Sociedad Psicoanalítica Británica en noviembre del año 1945. Resulta fundamental comprender que estas líneas del desarrollo son diferenciadas conceptualmente por el autor pero para dar cuenta de un fenómeno que es unitario. Conviene, entonces, arribar a estos conceptos con una mirada compleja que no pierda de vista la interdependencia, recursividad y dialogicidad de los mismos.

La *integración*, según Winnicott, comienza en el principio mismo de la vida y su cometido es la unidad. De esto se desprende que, inicialmente, la personalidad no está integrada y debe ser desarrollada. Winnicott se refiere así a una *no integración primaria*,

que debemos diferenciar de la *desintegración*. En el desarrollo del infante existen extensos períodos de tiempo en los que

[...] al niño no le importa ser una serie de numerosos fragmentos o un ser global, o no le importa si vive en el rostro de su madre o en su propio cuerpo, siempre y cuando alguna que otra vez se reúnan los fragmentos y sienta que es algo. (Winnicott, 1999b, p.206)

La no integración posibilita en el infante períodos de relajación, de descanso, en los que no siente la necesidad de tener que integrarse. Pero esto solo es posible siempre y cuando el cuidador primario, la madre usualmente, se encuentra allí con su yo auxiliar. La relajación resulta necesaria y es viable como tal si, y solo si, hay alguien allí dispuesto a recoger los fragmentos. De no ser así, esperaremos posibles consecuencias deficitarias en su desarrollo como ser integrado: “El pequeño que no haya dispuesto de una persona que recoja sus *pedacitos* empieza con un hándicap su propia tarea de autointegración y tal vez no pueda cumplirla con éxito, o al menos no pueda mantenerla confiadamente” (Ibidem, p.206). La *desintegración*, a diferencia de la no integración, involucra una defensa compleja producida por el infante mismo:

[...] consiste en una producción activa de caos como defensa contra la no integración en ausencia del yo auxiliar materno, es decir, contra la angustia inconcebible o arcaica que resulta del fracaso del sostén en la etapa de la dependencia absoluta. (Winnicott, 2011d, p.80)

Diferentes experiencias confluyen para el logro de la integración. Por un lado, los cuidados maternos, su técnica singular, es decir, la manera en que la madre acuna al niño, lo sostiene, lo abriga, lo baña, lo acaricia, lo envuelve con su voz y lo nombra. Con su estilo personal, en la monotonía de su aproximación cotidiana, en la reiteración de sus gestos, la madre reúne los “pedacitos” del bebé en un todo coherente. Ese fondo

de continuidad resulta la tierra fértil a partir de la cual la integración se va consolidando. Vemos así necesario, en esta etapa de dependencia absoluta, que la técnica de cuidados no varíe y que, preferentemente, sea la misma persona la que se ocupe en mayor medida del bebé, lo que garantiza la vital continuidad mencionada. Por otro lado, también asisten a la integración “[...] las agudas experiencias instintivas que tienden a reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro” (Winnicott, 1999b, p.206). Los procesos de maduración del infante asistidos por el ambiente facilitador darán lugar a la progresiva consolidación de “un centro que permanece como agente a pesar de la enorme variabilidad entre los estados emocionales de distintos momentos” (Tagle, 2016, p.174). Efectivamente, los diversos estados que atraviesa el infante, de excitación, tranquilidad, hambre, dolor, saciedad, etc., no son inicialmente vividos como experiencias propias. La integración logra unificar esos estados como variaciones del sí mismo, es decir, del *self*. Winnicott ubica en el principio de la vida un *self* central primario al que entiende como potencial heredado de crecimiento, fuente de energía o espontaneidad (Davis y Wallbridge, 1981), pero el *self* central o núcleo del *self*, aquel que conlleva la significación de identidad personal, de ser quien se es y sentirse *real*, será el corolario de los procesos de integración. Así como el bebé se encuentra inicialmente no integrado, el objeto también se presenta en un comienzo fragmentado: “En cuanto al medio ambiente, algunos fragmentos de la técnica de crianza, de las caras vistas, los sonidos oídos, los olores olidos, solo gradualmente son reunidos en un ser al que se llamará madre” (1999b, p.206). Comprendemos así que la integración del *self* posee su correlato en la unificación del objeto.

La *personalización* es otro de los procesos elaborados por el autor al que brinda un protagonismo similar al de la integración. Lo refiere al “[...] desarrollo del sentimiento de que la persona de uno se haya en el cuerpo propio” (Ibidem., pp.206-7). Nuevamente son las experiencias instintivas y el cuidado corporal prodigado por la madre los factores determinantes de una personalización lograda. La residencia de la psiquis en el propio cuerpo no es un dato de partida sino, una vez más, un proceso de maduración a ser concretado en donde el yo y el cuerpo quedan unidos. También aquí son posibles diferentes tipos de interrupciones que propicien desenlaces psicopatológicos del desarrollo: “[...] al igual que en la desintegración, también los fenómenos de despersonalización propios de la psicosis se relacionan con primitivos retrasos de la personalización” (Ibidem, p.207).

La *comprensión* refiere al paulatino acceso a la realidad objetiva, externa, compartida. Esta línea del desarrollo supone, sin dudas, un complejo entramado con las anteriores, cuya evolución favorable deberemos dar por sentado. El acceso a la realidad, *darse cuenta o realización* (Tagle, 2016), es un proceso cuyo punto de partida es la fantasía, a la que Winnicott considera aún más primaria que la realidad misma. Poder contar con las categorías de tiempo y espacio, junto a otras propiedades de la realidad, es una adquisición producto de un sofisticado proceso que, como nos tiene habituados Winnicott, involucra los tempranísimos encuentros con el ambiente de crianza, cuidador primario o madre, que presenta inicialmente al objeto de manera adecuada y en el momento oportuno. Solo si en el encuentro madre-bebé se generan las condiciones propicias para la ilusión, el pequeño se inicia en el acceso a la realidad:

[...] el niño acude al pecho cuando está excitado y dispuesto a alucinar algo que puede ser atacado. En aquel momento, el pezón real hace su aparición y el pequeño es capaz de sentir que eso, el pezón, es lo que acaba de alucinar. Así que sus ideas se ven enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el olfato, por lo que la próxima vez utilizará tales datos para la alucinación. De esta manera el pequeño empieza a construirse la capacidad para evocar lo que está realmente a su disposición. (Winnicott, 1999b, p.209)

El pezón, el pecho, la mamadera o aquello que la madre suficientemente buena presenta al bebé de la manera adecuada y en el momento oportuno en que este se encuentre dispuesto a crear algo que haga frente a su necesidad, engendra en él un fenómeno subjetivo, el pecho, como producto de su creatividad. Y es en el marco mismo de esta ilusión que la realidad comienza a infiltrarse. Resulta conveniente volver a insistir en que, inicialmente, la adaptación de la madre al pequeño debe ser casi total, de forma tal que la realidad encontrada, presentada, sea, en la experiencia del lactante, producto de su propia creatividad. La fantasía es ubicada así por Winnicott como antecesora de la realidad y puerta de acceso a esta última. A su vez, el enriquecimiento es mutuo ya que la realidad no solo aporta datos sensibles que engrosan el repertorio de la fantasía, sino que a su vez permite regular los excesos de esta última: “[...] de hecho, la fantasía es

solamente tolerable en plena operación cuando la realidad objetiva es bien conocida” (1999, p.210).

Tal y como se decanta de las líneas previas, comprendemos que en los inicios del desarrollo del ser humano el objeto es un objeto subjetivo producto de la propia creatividad. Esto es así, únicamente, si el ambiente facilitador no posee fallas groseras, es decir, si estamos en presencia de un ambiente suficientemente bueno para el bebé. Es este ambiente el que, por medio de una adaptación sensible, le brindará al *infans* la experiencia de omnipotencia necesaria para la expresión de su potencial creativo. Esta *creatividad primaria* Winnicott la entiende como un universal a la espera de las condiciones adecuadas para poder crear. Quien suele estar en mejores condiciones para ofertar un medio semejante suele ser la madre, o aquel que encarna la función materna. Como vemos, a pesar de que Winnicott trabajó de principio a mediados del siglo XX en su consultorio de pediatría del hospital, recibiendo allí a una incontable cantidad de madres que traían a sus bebés, nunca dejó de considerar que lo fundamental del ambiente facilitador es de que cuente, al menos, con una persona que cumpla con la función materna, fuera de toda distinción de sexo o género. A esta función de una madre suficientemente buena le adjudica tres categorías (Winnicott, 1984): *Sostén* (sostenimiento o holding), ligado a la capacidad de la madre de sostener adecuadamente a su bebé e identificarse con él; *Manipulación*, que favorece el desarrollo adecuado de la asociación psicósomática, el tono muscular y la coordinación; *Mostración o presentación de objetos*, aquello que hace posible que el impulso creativo del niño sea real y promueve la capacidad para relacionarse con objetos. A estos aspectos de la función materna Winnicott (2011d) los ubica lado a lado con los procesos del desarrollo mencionados. Sitúa así la integración junto al sostén, la personalización junto a la manipulación, y el inicio de las relaciones objetales junto a la presentación de objetos.

El crecimiento emocional, tal y como Winnicott (2011e) lo comprende, puede ser pensado simultáneamente como un trayecto que va desde la dependencia hacia la independencia, entendiendo esta última como siempre inacabada.

En un principio la dependencia del bebé es *absoluta*. En este estado el bebé no tiene posibilidades de percatarse del cuidado materno, que fundamentalmente es de sostén. La adaptación sensible de la madre, que se encuentra en un estado de preocupación maternal primaria, hace posible que el desarrollo del pequeño no se vea interrumpido. El bebé no tiene control sobre lo bueno o lo malo del ambiente, tan solo

puede ser beneficiado o perjudicado. No hay en esta etapa reconocimiento del objeto externo. Los procesos del desarrollo involucrados apuntan a la conformación de un límite, un yo, por rudimentario que fuere. Es por esto que las fallas ambientales en esta etapa producen déficits en la estructuración del sujeto. En cambio, en presencia de un ambiente facilitador el infante puede seguir siendo, preservando la continuidad del ser, camino a la siguiente etapa del desarrollo.

En la etapa siguiente, donde la dependencia es *relativa*, el infante, poco a poco, es capaz de tomar en consideración la presencia de la madre y su dependencia hacia ella. Se encuentra establecido un límite que diferencia un interior de un exterior. Ambas realidades, interna y externa, se enriquecen mutuamente. La adaptación de la madre puede fallar en mayor medida. En caso de un fracaso ambiental excesivo, las dificultades pertenecerán a la esfera de un yo ya diferenciado, por lo que las posibles problemáticas en juego serán de menor gravedad.

La etapa final es el camino hacia la *independencia* que, como mencionamos siempre es inacabada. En esta, “[...] el niño llega a una existencia personal satisfactoria mientras participa en los asuntos de la sociedad” (Winnicott, 2011e, p.119).

Retomando la trama existente entre los procesos de maduración y la naciente relación con los objetos, J-B. Pontalis (1977) nos indica cómo los efectos de la maduración del ambiente facilitador (maternaje suficiente o insuficiente) se consolidan en los procesos de constitución de los objetos. Para explicarlo diferencia cuatro tiempos en los que será conveniente detenernos ya que, a nuestro parecer, dan cuenta de aspectos centrales del abordaje terapéutico en la clínica winnicotteana ligados a la posición del analista como objeto.

En el primer tiempo, en los inicios del desarrollo, el objeto es producto de la creatividad primaria del bebé, es *objeto subjetivo*, es creado por este al modo de una alucinación a partir de una necesidad imperiosa. Así, el pequeño crea y recrea el pecho según su necesidad. La madre hace lo suyo al presentar adecuadamente el objeto, colocando así el pecho en el momento justo y en el lugar preciso, dando lugar a la experiencia de omnipotencia del bebé. Nos encontramos en una etapa de *dependencia absoluta*.

En el segundo tiempo, “[...] la integración progresiva del yo del niño es correlativa a la constitución de un objeto exterior” (Pontalis, 1977, p.181). Nos encontramos ahora en una etapa de *dependencia relativa* en que la separación yo / no-yo

se ha iniciado. Se trata aquí de los comienzos de la *relación de objeto*, una relación que conservará la impronta del primer tiempo. De esta manera, el objeto se encuentra delimitado, tallado, por las proyecciones del pequeño, pero, a diferencia del primer tiempo, “[...] el sujeto permite que se produzcan ciertas alteraciones en la persona, del tipo que nos llevó a inventar el término *catexia*” (Winnicott, 2009, p.119). Dicho de modo más simple, el objeto se encuentra teñido por las proyecciones del sujeto, y a la vez incide sobre este último mediante procesos identificatorios. Insistimos en que la diferenciación con el mundo externo no se encuentra firmemente establecida, fluctúa, y rápidamente el objeto catectizado por el sujeto puede volverse una parte del yo.

En el tercer tiempo *el objeto es transicional*, aspecto concreto y visible de los fenómenos transicionales que marcan el trayecto que consolida la realidad interna y el mundo externo, el yo y el no-yo, la externalización del objeto. Inicialmente, en esta etapa del desarrollo, las fronteras del yo con el mundo externo, si bien delineadas, continúan siendo difusas. La primera posesión no-yo se ubica poco a poco fuera del absoluto control omnipotente del sujeto inaugurando así esta “[...] zona intermedia de experiencia a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior” (Ibídem, p.19). Nos referimos a la pérdida del *absoluto control omnipotente*, dado que el estado de ilusión permite recuperar ciertos aspectos de la omnipotencia de los primeros meses de vida, pero a la vez la materialidad misma del objeto impone restricciones que la fantasía no tenía. Con el avance de los procesos de maduración, llegado el momento en que los límites entre el yo y el no-yo se encuentren perfectamente establecidos, lo transicional (fenómenos y objetos) permanecerá como un modo alternativo de relación con el mundo, lugar de descanso frente a la interminable tarea de mantener separadas e interrelacionadas la realidad interna y externa (Tagle, 2016). A diferencia de esta *transicionalidad*, en donde la significación personal de los objetos acontece en un marco ficcional específico y acotado (en el arte, el jugar, la religión, etc.), en *la relación de objeto* previa, las proyecciones del mundo interno dan forma subjetiva a los objetos en todo contexto y en todo momento. Al fin y al cabo, es la manera en que los objetos son percibidos.

Por último, en el cuarto tiempo, arribamos al *uso del objeto*. Poder usar un objeto, en la terminología de Winnicott, implica que este debe encontrarse por fuera de los fenómenos subjetivos, formando así parte de la realidad compartida y no ya un manojito de proyecciones (Winnicott, 2009). El objeto que puede usarse se encuentra

mejor discriminado del *self* que los objetos previos, involucrando sus propios rasgos, características propias que pueden aportar algo al sujeto en su diferencia. Es un *objeto percibido objetivamente*. Desde esta perspectiva, el analista puede ubicarse transferencialmente como un objeto que puede ser usado por el paciente, y no se trata aquí de una expresión peyorativa. Esta capacidad de uso debe ser desarrollada a través de una serie de experiencias que, como siempre en el pensamiento de Winnicott, involucran las condiciones ambientales adecuadas. Se trata en particular de la aptitud del ambiente para sobrevivir a los ataques en la fantasía del sujeto, soportar la máxima destructividad sin responder retaliativamente, enojosamente, vengativamente. La supervivencia del objeto (la madre, el analista), su capacidad para mantenerse sin modificaciones, ubica a éste fuera de la zona de proyecciones (relación de objeto), fuera del control omnipotente, conformando así una parte de la realidad compartida. No es uno de los objetivos de nuestra investigación profundizar acerca del uso del objeto y sus implicancias clínicas¹, pero la referencia al objeto objetivamente percibido junto a su posibilidad de uso, como uno de los tiempos de constitución del objeto, es necesaria para ampliar nuestra comprensión del abordaje propuesto por Winnicott, junto a los casos presentados en la segunda parte de este escrito.

Como podemos apreciar, el proceso de desarrollo emocional en el individuo involucra una serie de cambios en su relación con los objetos. Se trata de un tránsito que se inicia en la creatividad primaria, mundo subjetivo donde el objeto hace las veces de una alucinación, y finaliza en la conformación del objeto externo propio de la realidad compartida.

En el modelo clínico de Winnicott, absolutamente vigente en la consulta terapéutica, estas diferentes modalidades de relación con el objeto se ponen de manifiesto a través de las fluctuaciones en la transferencia que ubican al analista en diferentes posiciones de objeto. Estas posiciones coinciden con los cambios que se producen en la naturaleza del objeto a través del desarrollo emocional. Tendremos oportunidad de apreciar algunos ejemplos de esta modalidad de trabajo en la segunda parte de nuestra investigación, que versa sobre el juego del garabato. Ahora será necesario ahondar sobre el objeto subjetivo y la posición del analista como objeto subjetivo, intentando explicitar el protagonismo que nuestro autor le adjudica en la

¹ Para mayores precisiones de estos temas recomendamos los trabajos de Tkach (2006) Winnicott: el otro en la clínica. El analista en posición de objeto; y Bareiro (2012) Clínica del uso del objeto.

consulta terapéutica. Tal y como venimos desarrollándolo, sin lugar a dudas es la posición del analista (o terapeuta) como objeto subjetivo la particularidad que Winnicott destaca como propia de los primeros encuentros, es decir, primera o primeras entrevistas. Si bien como mencionamos en las líneas previas es posible encontrar más de un tipo de relación de objeto en el intercambio que se sucede al interior de la consulta terapéutica, solo la relación con objetos subjetivos propicia una menor densidad de defensas en juego permitiendo así acceder a las capas profundas de la personalidad del paciente.

El *objeto subjetivo*, siguiendo a Tagle (2016), puede ser encontrado en los textos de Winnicott bajo dos significaciones: en la primera, el objeto subjetivo es un objeto-*self* indiferenciado: “El objeto no ha sido aún repudiado como un fenómeno distinto de mí” (Tagle, 2016, p.105). Bajo esta perspectiva, el mundo externo y el *self* naciente son una y la misma cosa o, dicho en otros términos, el bebé y el objeto conforman una unidad. Esta afirmación resulta coincidente con el postulado freudiano del narcisismo primario. Si bien, en la línea de nuestra argumentación, desde la mirada de un observador externo es posible suponer una relación con un objeto durante este *estado primario fusionado* (Winnicott, 2009), debemos tener en cuenta que, inicialmente, se trata de un *objeto subjetivo*: “Utilizo este término para tener en cuenta una discrepancia entre lo que se observa y lo que se experimenta por el bebé” (Íbidem, p.169). Esta fundamental (y fundacional) ilusión de unidad se sostiene en la sociedad que conforman, por un lado, la creatividad primaria del bebé y, por otro, el buen accionar ambiental. Es a partir de esta primigenia experiencia, *experiencia de ser*, que el pequeño puede conformar los cimientos de una *identidad primaria* (Winnicott, 2015c).

La segunda significación sobre el *objeto subjetivo* involucra un estado intermedio:

En el comienzo el bebé es el ambiente y el ambiente es el bebé [aquí vemos que Winnicott hace referencia al estado fusionado que describimos en relación a la primera acepción del objeto subjetivo]. Mediante un proceso complejo (que comprendemos solo en parte y sobre el que tanto yo como otros autores hemos escrito extensamente), el bebé excluye algunos objetos, y luego el ambiente en su totalidad, de su *self*. Hay un

estado intermedio en el que los objetos con que se relaciona son objetos subjetivos. (Winnicott, 2015d, p.85)

Como se desprende de la cita anterior, Winnicott considera al *objeto subjetivo* no como un objeto-*self* indiferenciado (ambiente-bebé), sino como un objeto limítrofe entre la pura fusión y la paulatina diferenciación. No se trataría estrictamente de un *objeto interno*, dado que aún no se haya conformado un espacio interior (junto a un espacio exterior). Tampoco nos encontramos, a pesar de las similitudes, frente a un *objeto transicional*, que daría cuenta de una mayor cesión de la omnipotencia. Se trata, quizás, del antecedente inmediato del objeto transicional. Nos situamos en aquel momento inicial, solo discernible teóricamente, en que la madre, a partir de su casi total adaptación al bebé, le permite crearse la ilusión de aquello que podría satisfacer su necesidad creciente: el pecho, expresión que, según el autor, condensa todos los cuidados maternos. “La madre coloca el pecho en el lugar en que el bebé está pronto a crear, y en el momento oportuno” (Winnicott, 2009, p.29). Así, se despliegan la zona de ilusión y el acto creativo que origina el objeto subjetivo y que, eventualmente, darán lugar a la conformación del objeto y fenómenos transicionales.

Nos parece adecuado comprender que ambas significaciones del objeto subjetivo, distinción realizada por Tagle (2016) y retomada por nosotros, configuran aspectos de un mismo fenómeno complejo. Resulta necesario conservar ambas acepciones para dar cuenta de aspectos centrales de la posición del analista como objeto subjetivo. Por un lado, en la medida en que es a partir de ese encuentro con el terapeuta, su actitud y su disposición, que el fenómeno subjetivo resulta posible y actualizado en la persona de este último (superposición-encuentro); y, por otro, porque es desde la posición de objeto subjetivo que el terapeuta puede ponerse en contacto con el *núcleo del self* (fusión-indiferenciación).

3.3.4 El analista en posición de objeto subjetivo y la comunicación

Tanto el *objeto subjetivo* como el *objeto transicional* o el *objeto percibido objetivamente* no son solo etapas de la relación con los objetos, que tienden a superarse a medida que avanza el desarrollo del sujeto –es decir, no se trata de un recorrido que comienza en una relación alucinatoria con los objetos, producto de la creatividad primaria, para luego continuar con ese pasaje entre el yo y el no-yo materializado en los fenómenos transicionales, y finalmente arribar a la realidad exterior compartida. Por el contrario, todas estas modalidades de relación con los objetos se conservan a lo largo de la vida. Nos interesa particularmente cómo las vicisitudes transferenciales del encuentro entre el paciente y el analista (o psicoterapeuta) actualizan esas modalidades en la figura de este último. Efectivamente, la evolución del abordaje clínico propuesto por Winnicott contempla este tipo de movimientos en el vínculo con el paciente, y a su vez determinan diversos modos de intervenir.

Como fue planteado desde el inicio de nuestra investigación, la consulta terapéutica condensa la actitud clínica de Winnicott, incluyendo en su marco las mismas fluctuaciones transferenciales que aquellas que ubicamos en un análisis standard. No obstante lo antedicho, Winnicott se ha encargado de destacar en varios lugares de su obra que la ubicación del analista como objeto subjetivo en la primera o primeras entrevistas es aquello favorece que se establezca un contacto con el niño o adolescente. Este contacto permitirá, en muchas ocasiones, un trabajo en profundidad que promueva el desarrollo emocional interrumpido. De hecho, al referirse a los múltiples casos clínicos abordados a través de la consulta terapéutica (2008), en la mayoría de ellos utilizando el juego del garabato, dejó en claro que se trataban de ejemplos de *comunicación* y no de curas sintomáticas.

En un trabajo realizado en el año 1963, Winnicott realiza una reflexión sobre las etapas iniciales del desarrollo emocional primitivo articulando las *relaciones objetales* con la *comunicación* (Winnicott, 2011f). A medida que el desarrollo del bebé avanza, de la mano de un ambiente que posee condiciones suficientemente adecuadas, es decir, facilitador, tempranamente se produce un cambio en la naturaleza del objeto: paulatinamente pasa de ser un fenómeno subjetivo a convertirse en un objeto percibido objetivamente. En los inicios del pequeño, el ambiente se adapta de manera sensible para brindarle la experiencia de omnipotencia. Es esta experiencia la que permitirá al bebé no solo el control mágico sobre los objetos sino, en especial, la creatividad misma. Se produce aquí una paradoja que no debe intentar resolverse: el bebé crea el objeto en

el encuentro con aquel objeto que es ofrecido por el cuidador. “En la salud, el infante crea lo que en realidad está alrededor de él esperando ser descubierto. Pero en la salud el objeto es creado, no descubierto” (Ibidem, p.236). A través de ese encontrado / creado, las características sensibles del objeto ofrecido por la madre (textura, temperatura, forma, aroma, etc.), junto a la propiocepción del bebé, sus emociones y pensamientos, se conservarán en la memoria enriqueciendo así al objeto creado, fenómeno subjetivo. Se trata de aquello mismo que hemos destacado al referirnos a la *comprensión*, como una de las líneas del *desarrollo emocional primitivo*. Como pudimos ver en el apartado anterior, el acceso a la realidad compartida solo es posible a partir de la experiencia de omnipotencia que permite el despliegue creativo de la fantasía. A medida que el objeto va siendo percibido objetivamente cambia su ubicación separándose poco a poco del *self*. Vemos así que la ubicación del objeto varía en relación a estar separado del *self* (*objeto objetivamente percibido*) o en contacto estrecho con este (*objeto subjetivo*).

Con respecto a su *teoría de la comunicación*, Winnicott nos advierte que al cambiar el objeto también se modifican el propósito y los medios de la comunicación. Cuando el objeto es subjetivo la comunicación no puede ser explícita, ya que el *self* se presenta como un aislado que no se comunica con el mundo externo. Efectivamente, en su núcleo el individuo no se comunica con el mundo no-yo sino que permanece como un aspecto por siempre aislado y silencioso. Si, en cambio, el objeto es percibido objetivamente, la comunicación puede ser explícita o muda. “Entonces aparecen dos cosas nuevas: el uso y disfrute por el individuo de los modos de la comunicación, y el *self* que no se comunica, o núcleo personal del *self* que es un verdadero aislado” (Winnicott, 2011f, p.239). El autor introduce aquí la idea de que en toda persona sana, que ha transitado el desarrollo sin tener que lidiar con fallas ambientales excesivas, logrando así atravesar satisfactoriamente la evolución de las relaciones objetales, existe una escisión en la que una parte se comunica con los objetos objetivamente percibidos, objetos externos, no-yo, que habitan el común denominador de la realidad compartida, mientras que otra parte se comunica silenciosamente con los objetos subjetivos, alucinados, creados. Un proceso similar acontece en la psicopatología, pero en este caso la división de la personalidad se profundiza y afecta el desarrollo emocional.

La personalidad así escindida puede ser comprendida con mayor claridad a través de los conceptos de *self falso* y *self verdadero* que, presentes en todo individuo, mantienen un delicado equilibrio que puede desarrollarse de forma más próxima o más

alejada de la salud, hasta el extremo de configurar un cuadro francamente psicopatológico. Podemos asociar el *self verdadero*, en los inicios, con el gesto espontáneo del bebé, acción sensoriomotora o impulso que será tomado, en el mejor y más habitual de los casos, por una madre o ambiente dispuesto a complacer la omnipotencia del pequeño: “[...] el self verdadero solo adquiere un mínimo de realidad como resultado del éxito repetido de la madre en dar satisfacción al gesto espontáneo o a la alucinación sensorial del infante” (Winnicott, 2011g, p.189). Como vemos, en los comienzos del desarrollo Winnicott ubica un *primario self central* que contiene el potencial heredado, es decir, los procesos de maduración potenciales dispuestos a desplegarse en presencia del ambiente facilitador (Davis y Wallbridge, 1981). Es la fuente de energía o espontaneidad pronta a transformarse en experiencia de omnipotencia, ligada en especial a los aspectos creativos de esta. Nos encontramos en una etapa de *dependencia absoluta*, sin una clara demarcación entre un interior y un exterior (no-yo). Si todo va bien, el desarrollo proseguirá arribando a la conformación del *núcleo del self* o *self verdadero* (Ibidem). Veremos a continuación como Winnicott integra en un único párrafo aquello que conforma la principal característica del *self verdadero* en contraste con el *falso self*:

En las etapas más tempranas, el self verdadero es la posición teórica de la que proviene el gesto espontáneo y la idea personal. El gesto espontáneo es el self verdadero en acción. Solo el self verdadero puede ser creativo, y solo el self verdadero se siente real. Mientras que el self verdadero se siente real, la existencia de un self falso da por resultado una sensación de irrealidad o futilidad. (Winnicott, 2011g, p.193)

Decir que únicamente el self verdadero puede sentirse *real* obliga a realizar algunas aclaraciones acerca de qué debemos entender por *real* y *realidad*, ya que involucra directamente a la comunicación con objetos subjetivos que ubicamos como central en la propuesta de Winnicott sobre la consulta terapéutica. Coincidimos en este punto con los desarrollos de Tagle (2016), que explicitan las dos connotaciones que envuelven al término *real* al interior de la obra del pediatra y analista británico. Ambas connotaciones, si bien son diferentes, se encuentran interrelacionadas. En ocasiones lo

real (que no destacaremos en cursiva) hace referencia a la *cualidad de exterioridad* (Ibidem), es decir, al hecho de que algo pertenezca al mundo externo y compartido más allá del control omnipotente del sujeto. Se ubicaría, así, en el polo opuesto a aquello que llamamos mundo interno. Puede comprenderse como el mundo objetivo al que hace referencia el sentido común de las personas. El otro sentido que adquiere el término *real* da cuenta de una *vivencia de realidad* (Ibidem). Lo *real* aquí alude a una experiencia significativa del sujeto, y ahora con total independencia de que esta vivencia involucre un objeto interno o externo: “La *vivencia de realidad* no depende de la naturaleza del objeto en sí, es más bien el resultado del acto creativo del sujeto que inviste de sentido a la experiencia” (Tagle, 2016, p.86). Comprendemos ahora que la condición de que algo se sienta *real* reconoce en sus orígenes la creatividad primaria del bebé. Como ya fue mencionado, el recién nacido realiza su gesto espontáneo y el ambiente, en una sensible adaptación, propicia la *ilusión* en el bebé que posibilita la experiencia de omnipotencia creadora. “Un objeto bueno es inútil para el infante a menos que él mismo lo haya creado” (Winnicott, 2011f, p.236). El objeto bueno, aquel creado / encontrado por el pequeño, es el que le permite conformar una experiencia *real*, y en esa misma medida él se siente *real*. La madre devota, ordinaria, hace posible que el bebé tenga la ilusión de que los objetos del mundo externo *pueden ser reales para él* (una vez más, en el sentido de la vivencia de realidad), es decir, alucinaciones producto de su propia omnipotencia y creatividad (Winnicott, 2015c). Como se desprende de estas líneas, la *vivencia de realidad*, el ser y sentirse *real*, es inherente a la relación con los objetos subjetivos. Volveremos sobre esta cuestión central luego de realizar algunos comentarios sobre esa otra formación con la que el self verdadero mantiene una relación dialógica: el falso self.

El *self falso*, por el contrario, es una formación secundaria pero aun así ineludible en el desarrollo. El hecho de que se trate de un aspecto saludable o patológico depende del equilibrio que pueda establecer con el *self verdadero*. El self falso protege al verdadero contra el sometimiento a las exigencias del ambiente, que involucran siempre un carácter intrusivo, pasivisante, y en el extremo representan una amenaza de aniquilación del *self* (verdadero). El infante reacciona a la intrusión del ambiente que no complace al gesto espontáneo de este, sino que, por el contrario, lo reemplaza por el gesto materno que se impone. Winnicott (2011g) propone una clasificación del *self falso* que oscila entre dos polos extremos con grados variables entre uno y otro. En el polo de

la enfermedad, el falso *self* representa a la persona real por completo y configura así una personalidad *como si*, cuyos rasgos principales son la sumisión, adaptación, pérdida de creatividad y sentimientos de futilidad e irrealidad. Aun cuando el sujeto pueda aparentar una vida consistente, con éxitos académicos, laborales o sociales de cualquier tipo, lo asecha siempre una profunda angustia en cada uno de sus logros, que se sienten vacíos, falsos y carentes de significado personal. Por el contrario, en el polo de la salud, el *self* falso involucra la *actitud social cortés* (Ibidem), la buena educación que permite interactuar con otros con la distancia necesaria para convivir en cierta armonía. Esta función del falso *self* incrementa “[...] la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, gracias a lo cual se ha ganado un lugar en la sociedad que nunca podría haberse obtenido o mantenido gracias al *self* verdadero solamente” (Winnicott, 2011g, pp.186-187). Aquí el *self* falso posee un lugar productivo en la vida del sujeto, en el que el *self* verdadero está protegido sin involucrar defensas excesivamente rígidas que atenten contra el desarrollo y la creatividad, inherente al ser y sentirse *real* en el mundo.

Volviendo a la teoría de la comunicación, para Winnicott, entonces, comunicarse significativamente es silencioso (2011f). Alude así a un elemento sagrado, *self* central que debe ser preservado de toda intrusión del mundo externo:

La violación sexual, el ser comido por caníbales, no son más que bagatelas en comparación con la violación del núcleo del *self*, con la alteración de los elementos centrales del *self* por medio de una comunicación que se filtre a través de las defensas. Creo que este sería un pecado contra el *self*. (Winnicott, 2011f, p.245)

Frente a la idea del *self* como un aislado, secreto, silencioso, por siempre incomunicado con el mundo no-yo, Winnicott se pregunta: “[...] ¿cómo estar aislado sin tener que ser segregado? ¿Debemos abstenernos de tratar de comprender a los seres humanos?” (Ibidem, p.245). La respuesta, como suele ocurrir en muchos de sus abordajes clínicos, debemos buscarla en la comunicación que las madres mantienen con sus bebés mientras ocupan para estos el rol de objetos subjetivos. La comunicación silenciosa con objetos subjetivos, tal como ocurre con la madre durante el período de dependencia absoluta,

abona fuertemente a los procesos de desarrollo del yo, dado que es únicamente en ese ámbito que el bebé experimenta el sentimiento de ser *real* (ibid.). En esta temprana comunicación entre el bebé y su madre la verbalización posee escasa relevancia. En este contexto inicial la madre se encuentra en un estado de *preocupación maternal primaria* (ibid) en el que, identificada con su bebé, se adapta sensiblemente a este brindándole *sostén*. El ambiente poco a poco se torna confiable y, fundamentalmente, predecible. En el marco de esta continuidad ininterrumpida en la existencia del bebé se despliega esa comunicación silenciosa: “¿No es verdad que la madre se ha comunicado con su bebé? Soy confiable –le ha dicho- no porque sea una máquina, sino porque sé lo que necesitas en este momento; y me importa, y deseo darte lo que necesitas” (Winnicott, 1990b, p.129). Este tipo de intercomunicación entre la madre y su bebé reviste toda una variedad de formas, involucrando la *mutualidad de la experiencia física* como los *movimientos respiratorios*, los aromas, *los sonidos del latido del corazón* que el bebé ya conocía en su vida intrauterina. También acontece en ese espacio común de juegos, espacio potencial de “[...] una unión que no involucra la interpretación” (Ibidem, pp. 132-133). A su vez, la comunicación silenciosa incluye el papel de espejo del rostro de la madre (Winnicott 2009), junto a todas aquellas formas en las que esta hace realidad aquello que el bebé buscaba brindando en ese gesto la experiencia de omnipotencia:

El bebé dice (sin palabras, por supuesto): *Tengo ganas de...*, y en ese preciso instante la madre viene y lo cambia de posición, o viene a alimentarlo, y el bebé puede finalizar la frase: *...cambiar de posición, tomar el pecho, la mamadera, etc., etc.* (Winnicott, 1990b, p.133)

Es necesario comprender que la comunicación es silenciosa en la medida en que el objeto en cuestión sea una creación del bebé, un producto de su experiencia de omnipotencia creativa. *La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé*, título de uno de los escritos de Winnicott (2015e), nos resulta fundamental como modelo para poder comprender la disposición del analista con el paciente, ya sea en un análisis estándar o en una consulta terapéutica, dado que es en base a esa mutualidad que, como nos muestran los bebés y sus madres, la comunicación silenciosa y significativa con

objetos subjetivos resulta posible. Winnicott conecta la comunicación silenciosa del *self* con los objetos subjetivos no solo al desarrollo inicial del bebé, sino a muchas de las particularidades propias de la clínica con niños, adolescentes o adultos (2011f). Así, en el jugar de los niños en análisis, aspectos de su *realidad psíquica interior* (Ibidem) son proyectados en el consultorio de modo tal que parte del mobiliario o los juguetes son objetos subjetivos “[...] y el niño y el analista están ambos en esa muestra del mundo interior” (Ibidem, p.242). En otros análisis los fenómenos subjetivos se relacionan con el llamado *período de luna de miel* (Ibidem) propio de los momentos iniciales del tratamiento, circunstancia sobre la cual ya nos hemos detenido². Tomaremos dos situaciones de la clínica que destacan por ser unos de los aportes originales de Winnicott, y en donde la experiencia de mutualidad, la comunicación y los fenómenos subjetivos cobran profunda relevancia: la regresión a la dependencia, y, como venimos desarrollando, la consulta terapéutica. En este punto debe quedar claramente diferenciado que, por un lado, la regresión a la dependencia es una necesidad del paciente que encuentra la oportunidad de ponerse en juego en el encuentro con el terapeuta; y, por otro lado, la consulta terapéutica en una modificación del dispositivo clásico de análisis que saca provecho de las particularidades de los primeros encuentros. No obstante, en ambos casos es la propuesta del terapeuta junto a la disposición del paciente aquello que permite la emergencia de los fenómenos subjetivos, la comunicación y mutualidad de la experiencia. Tomaremos tres casos de Winnicott ejemplificadores de algunos aspectos centrales del abordaje propuesto por él. En los primeros dos se trata de adultos con una profunda necesidad de realizar regresiones a la dependencia. En el caso del tercero, se trata de la consulta terapéutica de un niño.

En el primero de los tres, frente a un auditorio conformado principalmente por pediatras, Winnicott relata el caso de un paciente adulto, mujer, con hijos, que necesitó retroceder, en transferencia, hasta una “muy temprana etapa del desarrollo emocional” (Winnicott, 1990c, p.65). Comenzó explicando el reflejo de Moro, y la reacción defensiva que provoca el hecho de que se deje caer abruptamente la cabeza del bebé, para dar cuenta de posibles fallas en la función materna. Una madre suficientemente buena obraría de forma tal que, en el *sostén* que es capaz de brindar, evitaría que el bebé experimentara semejante sobresalto, lo sostendría con cuidado y firmeza, y lo cambiaría de posición con delicadeza. Los fracasos esporádicos de la madre, en sí, no alteran la

² Páginas 22-23

psicología del bebé, pero si esto ocurriera en forma reiterada, digamos varias veces al día, nos encontraríamos frente a una *madre no suficientemente buena* (Ibidem). Winnicott llegó a la comprensión de que esta paciente había experimentado este tipo de fallas ambientales tempranas en un momento de su desarrollo en el que su yo aún no se había estructurado y el yo auxiliar de su madre no estaba a la altura de las circunstancias. En este tipo de experiencias dolorosas de los primeros tiempos de la existencia no existe un sujeto-yo que pudiera recordar lo acontecido para su elaboración, por lo que la única forma de recordar lo ocurrido es a través de volver a recibir la experiencia estando, ahora sí, presente:

En cierto momento, en el curso del análisis, la paciente estaba en el diván, con su cabeza apoyada en mi mano. Este tipo de contacto real es raro en la práctica psicoanalítica, e hice algo censurable, por completo ajeno al psicoanálisis: dejé caer su cabeza para ver si se producía el reflejo de Moro. Por supuesto, yo sabía lo que iba a ocurrir. La paciente experimentó un sufrimiento mental muy intenso, provocado por el hecho de quedar dividida en dos, y a partir de allí pudimos continuar, para al fin descubrir cuál era el significado psicológico de su agonía mental. (Winnicott, 1990c, p.67)

Para Winnicott, la tarea analítica en aquellos pacientes que requieren de una regresión a la dependencia es, por un lado, el poder detectar en la transferencia las experiencias precoces fallidas en la díada originaria, y, por otro lado, la consideración del uso que el paciente puede hacer de las fallas técnicas del analista que permiten, como describe la cita previa, traer el pasado al momento actual. De poco hubiera servido que Winnicott intentara tan solo verbalizar la experiencia inefable de su paciente, cuyas reacciones automáticas (la respuesta de Moro o brazos en cruz), ante la intrusión de la realidad externa, rompieron tempranamente con la línea de continuidad de su existencia, constituyendo así un trauma (Winnicott, 2015e). Así, en el marco de cierta intimidad, Winnicott vuelve al punto en el que la comunicación silenciosa entre la madre y el bebé que su paciente fue fracasó. La comunicación silenciosa en la experiencia de mutualidad (de la madre con su bebé, del analista con su paciente) es confiable por definición, es un

fenómeno subjetivo y, por lo tanto, es lo opuesto al avasallamiento del mundo no-yo sobre el *self*.

El segundo caso que hemos seleccionado se trata de una mujer de cuarenta años que, luego de algunos años de análisis sin mejoras significativas de su estado, es derivada a Winnicott. La paciente solía tener, en muchas oportunidades, la necesidad de estar en contacto físico con Winnicott. En una ocasión, atravesada por cierto grado de violencia, Winnicott quedó junto a la paciente con la cabeza de ella en sus manos:

Sin que nos lo propusiéramos, fue como un balanceo. El ritmo era más bien rápido, alrededor de 70 por minuto (frecuencia cardíaca). Me costó algún esfuerzo adaptarme a este ritmo. Sin embargo, allí estábamos, en una *mutualidad* que se expresaba con un leve pero persistente movimiento de balanceo. Nos estábamos *comunicando* sin palabras el uno con el otro. (Winnicott, 2015e, p.307)

A través de este ejemplo Winnicott nos advierte que, como analistas, debemos estar preparados para recibir y trabajar con la multiplicidad de modalidades de comunicación que se ponen en juego en el período de la infancia (Ibidem). Presenciamos, una vez más, una profunda sensibilidad y adaptación del terapeuta con su paciente, pudiendo así, en términos de la física, *vibrar a la misma frecuencia de onda*, aquella que le permite intervenir en posición de objeto subjetivo. Desde esta perspectiva: ¿puede pensarse a la *mutualidad* como la experiencia que permite la comunicación silenciosa cuando el terapeuta se ubica en posición de objeto subjetivo? Nuestra respuesta es afirmativa, remarcando a su vez que es *en mutualidad* como debemos intervenir, acompañando los procesos del paciente. Esta es una idea central en nuestra investigación, que contempla los modos de intervenir del terapeuta en relación con el rol de objeto que posea según las vicisitudes de la transferencia en el encuentro con el paciente.

El tercer ejemplo, como anunciamos, trata de una consulta terapéutica realizada con un niño de seis años en el que, al igual que en el primer ejemplo relatado, hubo una falla temprana en la comunicación con la madre. Si bien en este caso se utilizó el juego del garabato, solo describiremos brevemente la comunicación significativa del niño a Winnicott que permitió un posterior avance en el desarrollo personal del pequeño.

Dejaremos mayores apreciaciones acerca de los intercambios de garabatos realizados en la segunda parte de nuestra investigación destinada al juego del garabato. Este paciente, llamado Bob, a lo largo de una consulta terapéutica pudo dar cuenta a Winnicott acerca de la depresión de su madre quien, al tenerlo en brazos, se quedaba dormida en reiteradas oportunidades afectando así la comunicación entre ellos y, por lo tanto, obstaculizando el desarrollo del bebé: “Gracias a la comprensión de la comunicación del niño, con esta sola sesión pude hacer que retomara su desarrollo” (Winnicott, 2015e, p. 306).

La consulta terapéutica conjuga, a nuestro entender, el sesgo esencial de la clínica propuesta por Winnicott. Efectivamente, al igual que en la regresión a la dependencia, la consulta terapéutica requiere de esa comunicación que solo puede realizarse en la experiencia de mutualidad que se establece entre el paciente y el terapeuta, encuentro que posibilita la emergencia de los fenómenos subjetivos; momento prolífico que, de ser aprovechado, permitirá, en el mejor de los casos, desatar los nudos del desarrollo.

Tal y como fue desarrollado desde el comienzo de esta investigación, en la consulta terapéutica existe una oportunidad que puede aprovecharse o simplemente echarse a perder. La oportunidad refiere a la confianza que los niños depositaban en la figura de Winnicott, como alguien que podía llegar a comprenderlos y ayudarlos, circunstancia que para el autor revestía un carácter *sagrado* (2008). Si el terapeuta ofrece un marco adecuado, la confianza del niño en que puede ser ayudado se refuerza y así un trabajo en profundidad es posible. Usualmente, Winnicott contaba con la preparación previa del paciente, su arsenal imaginativo, su expectativa acerca del profesional con el que tendría la consulta para sortear su conflictiva emocional. Consideraba que esta investidura previa realizada por el paciente era una pieza clave de la efectividad de la consulta terapéutica, complementada por el rol del terapeuta sobre el cual pesaba la responsabilidad de no malograr ese primer contacto:

[...] si se da la oportunidad, ya sea a un niño o a un adulto, de una manera apropiada y profesional, dentro del limitado marco de ese contacto profesional el paciente traerá consigo y expondrá (aunque al principio en forma tentativa) el problema actual, el

conflicto emocional o la pauta de tensión que prevalece en esa etapa de su vida.
(Winnicott, 2008, p.15)

La consulta terapéutica, como fue planteado desde la introducción de nuestra investigación, implica una modificación del dispositivo analítico clásico. En uno o unos pocos encuentros, el terapeuta tiene la oportunidad de intervenir y derribar los obstáculos del desarrollo para que éste siga su curso. Además de una profunda sensibilidad clínica, Winnicott se vale de dos circunstancias particulares para garantizar la eficacia del dispositivo: la posición inicial de objeto subjetivo y la colaboración de los padres cuando el paciente es un menor. En relación a este último punto, la recomendación que nos brinda para llevar adelante un abordaje de este tipo es que podamos contar con que el niño no esté en un medio ambiente demasiado enfermo. Debemos contar con el apoyo ambiental del niño dado que si, al finalizar la consulta terapéutica, el niño regresa a un ambiente anormal o patológico, la “liberación de las ataduras en el proceso del desarrollo” (Winnicott, 2008, p.13) no podrá ser acompañada y todo esfuerzo habrá sido en vano. Resulta toda una dificultad poder evaluar de manera anticipada el ambiente inmediato del niño para implementar así la mejor estrategia terapéutica, sin embargo, nos resulta posible aseverar que son muchos los casos que cuentan con un ambiente familiar lo suficientemente saludable como para acompañar esta nueva oportunidad de los procesos del desarrollo. Además, de ser necesario, la consulta terapéutica puede ser un prelude para un análisis o psicoterapia prolongada, más adecuada para situaciones complejas a nivel familiar, que requieran un acompañamiento mayor o aún más directivo.

Si volvemos al desarrollo del bebé y la comunicación, comprendemos que en circunstancias favorables éste “[...] adquiere tres líneas de comunicación: la comunicación *por siempre silenciosa*, la comunicación *explícita*, indirecta y agradable, y la tercera o *intermedia* forma de comunicación, que se desliza desde el jugar hasta experiencias culturales de toda clase” (Winnicott, 2011f, p.246). Estas tres modalidades de comunicación son significativas en todo tipo de encuentro clínico desde la perspectiva de Winnicott. A los fines de nuestra investigación, llamaremos la atención especialmente sobre la primera modalidad. Es cuando el terapeuta se encuentra en el rol de objeto subjetivo que la comunicación silenciosa tiene lugar. Es allí donde la consulta

terapéutica muestra sus mayores posibilidades junto a sus riesgos. Ese rol es, en definitiva, resultado de la enorme confianza que el paciente está dispuesto a brindarle al terapeuta, confianza en que va a poder ser comprendido y ayudado. En base a esa fuerte creencia, el paciente trae valioso material a la consulta, sin necesidad de poner en juego defensas excesivamente rígidas que empobrecerían la experiencia. Aquí el terapeuta tiene una gran oportunidad de establecer contacto con el paciente, lograr comunicarse, y reforzar de esa manera la confianza que el paciente trajo a la consulta. La comunicación así establecida permite, en muchos casos, *un trabajo en profundidad* (Winnicott, 2008). Como se advierte, aunque no nos encontremos realizando un psicoanálisis *con todas las de la ley*, no estamos frente a una suerte de terapia light o superficial, sino que, a través de la consulta terapéutica, promovemos un proceso que puede calar hondo en la conflictiva del paciente. En el mejor de los casos se llegan a producir cambios en el paciente que relanzan los procesos del desarrollo, procesos que podrán ser acompañados por su ambiente significativo, aprovechados por los padres del niño. En otras oportunidades, lo hemos mencionado, el trabajo realizado prepara al paciente para la realización de un análisis u otro tipo de terapia más prolongada. Es decir, hay situaciones en las que, de no haber mediado una consulta terapéutica, el paciente jamás podría haberse visto beneficiado por el comienzo a un tratamiento al que, recién ahora, está interesado en acceder.

En algunos casos, sin embargo, la labor realizada en este tipo de entrevista [consulta terapéutica] es simplemente un preludeo a una psicoterapia más prolongada o más intensa, pero puede muy bien ocurrir que un niño no se encuentre preparado para ello solo después de haber experimentado la comprensión de ser parte integrante de dicha entrevista. (Winnicott, 2008, p.13)

Un ejemplo de la consulta terapéutica como antesala a un tratamiento lo encontramos en el caso de Sarah, una adolescente que había sido derivada a Winnicott por interés de los padres de la joven, y a partir la inquietud de la escuela a la que asistía (Winnicott, 2009). Con actitud profesional y su disposición a ayudar, Winnicott implementó el juego del garabato y, a través de su habitual sensibilidad hacia el material del paciente, logró

establecer una comunicación mutua que favoreció la comprensión de la problemática vigente tanto en él mismo como en Sarah. Como resultado de ese intercambio (de dibujos, de palabras) la paciente quedó absolutamente interesada en comenzar un tratamiento psicoanalítico, cosa que hizo, y al cabo de tres o cuatro años fue dada de alta con un considerable éxito terapéutico.

La consulta terapéutica involucra el aprovechamiento del primer o los primeros encuentros, en los que paciente y terapeuta *tiran toda la carne al asador*. “[...] el paciente le permite al terapeuta llegar a las capas más profundas de su personalidad porque ocupa una posición de objeto subjetivo, o a causa de la dependencia en la psicosis de transferencia” (Winnicott, 2011f, p. 247). Una vez más nos vemos frente a la necesidad de diferenciar los fenómenos subjetivos propios de la consulta terapéutica de aquellos que acontecen en la regresión a la dependencia, en los casos límite o fronterizos, y en los momentos psicóticos del análisis de neuróticos y personas dentro de la normalidad (Winnicott, 1999c).

En el grupo de pacientes dependientes y con momentos psicóticos puntuales, se pone de manifiesto en la transferencia una fuerte necesidad de realizar una regresión a la dependencia infantil. Son movimientos transferenciales intensos, primitivos, directos, que atraviesan las mediaciones que involucra la actitud profesional del analista, anulando distancias al punto de fusionarse con el terapeuta. Este deberá obrar como un yo auxiliar al modo de una madre con su bebé y soportar las fuertes tensiones involucradas en la tarea. Estamos frente a aquello que Winnicott llama *psicosis de transferencia* (Winnicott, 2011f), particularidad que, como mencionamos, acontece en toda una serie de casos y no es privativa de la psicosis. Tagle (2016) considera que se trata en estos casos de una *versión patológica del objeto subjetivo*, en la medida en que se trata de proyecciones masivas por parte del paciente que desmienten la condición de exterioridad del terapeuta. Aquí “[...] cobra vida el objeto subjetivo previo a una suficiente discriminación yo-no yo” (Tagle, 2016, p.107). Se pone así de manifiesto una de las dos significaciones que recibe el objeto subjetivo en la obra de Winnicott, donde *self* naciente y objeto (subjetivo) son una y la misma cosa, cuestión a la que ya nos hemos referido en esta investigación en el apartado sobre el *objeto subjetivo* y el *desarrollo emocional primitivo*.

En la consulta terapéutica, los fenómenos subjetivos, y específicamente el rol del terapeuta como *objeto subjetivo*, se relacionan principalmente con la otra significación

que este último adquiere donde, en lugar de la fusión con el objeto, existe un estado intermedio ligado a una diferenciación progresiva del ambiente, limítrofe, no del todo concretada. En la consulta terapéutica se promueve esta particularidad transferencial en la que el objeto subjetivo surge a consecuencia de la superposición entre paciente y terapeuta:

Existen modalidades de transferencia en las que el *objeto subjetivo* emerge a propósito de un encuentro. Propiciada por la disponibilidad del analista, la creatividad del paciente se manifiesta en un territorio de mutua superposición. Ya no se trata de una apreciación distorsionada que pretende objetividad, sino de la instauración de otra realidad, alternativa, provisoria, sostenida por ambos protagonistas. La relación con un *objeto subjetivo* no aparece aquí como un intento coercitivo y unilateral del paciente, sino que toma forma y se expresa como un hallazgo de la relación. (Tagle, 2016, p.109)

Desde esta perspectiva, el *objeto subjetivo* se aproxima a la paradoja del encontrado / creado, propia de los primeros tiempos del desarrollo del bebé. Resulta ineludible remitir esta dinámica de superposición entre paciente y terapeuta a la cumbre de la perspectiva clínica y teórica de Winnicott en torno al jugar (*Play*), tal y como fuera citado en la introducción de nuestra investigación. Ahora bien, en la medida en que el analista ocupa el rol de *objeto subjetivo* le está permitido llegar hasta las capas más profundas de la personalidad del paciente. Solo así, la consulta terapéutica muestra su potencial eficacia a la hora de liberar las ataduras del desarrollo emocional del paciente. “Esta tarea entraña un peligro real, pero también existe el peligro de no hacer nada en absoluto [...]” (Winnicott, 2015a, p.45). Efectivamente, estar en comunicación silenciosa con el *self* involucra sus riesgos.

El *momento sagrado* puede ser arruinado, desde nuestra perspectiva, al menos de dos maneras que Winnicott parece mencionar como habituales. Por un lado, existe la posibilidad de que el niño (o paciente de cualquier edad) suministre material con el ánimo de ser comprendido y, de ser esto ignorado por el terapeuta, no se lograría la comprensión necesaria, y así el pequeño perdería la confianza en que puede ser ayudado, lo que reforzaría sus defensas psíquicas y dejaría aún menos posibilidades de un

abordaje favorable en futuros tratamientos. Una oportunidad desaprovechada que, según nuestro autor, puede conformarse en una situación *traumática* (Winnicott, 2015a). Por otro lado, existe el peligro de que, estando el analista en posición de *objeto subjetivo* y, por lo tanto, en comunicación con el núcleo del *self* del paciente, se convierta, de repente, en un objeto percibido objetivamente, objeto de la realidad exterior. Tal como lo expusimos al referirnos a la teoría de la comunicación de Winnicott, el núcleo del *self* no se comunica con el mundo externo, sino que se presenta como un aislado que solo se comunica silenciosamente con los objetos subjetivos. Si, en la consulta terapéutica, el analista, en el momento en que se encuentra en el rol de objeto subjetivo, se convierte repentinamente en un objeto percibido objetivamente, se comete una violación al núcleo del *self*, una intrusión que nos hace peligrosos, ya que “[...] de pronto nos convertimos en no-yo y entonces sabemos demasiado: somos peligrosos porque estamos en una comunicación demasiado estrecha con el punto central quieto y silencioso de la organización yoica del paciente” (Winnicott, 2011f, pp.247-248). Esta situación vulnera profundamente la experiencia de omnipotencia del paciente, fundamental en el modelo de trabajo clínico de Winnicott, y transforma una oportunidad terapéutica en un obstáculo. En el rol o posición de objeto subjetivo debemos poder comunicarnos silenciosamente. Es una de las sutilezas de la consulta terapéutica que requieren de una sólida formación analítica junto a una buena casuística. Es aquello que los analistas experimentados están en mejores condiciones de hacer, aun cuando no se trate de una cura estándar. Quizás la faena principal sea poder recibir la comunicación significativa del paciente, reconocerla, y comunicarse silenciosamente con él, esto es, según nuestra mirada, respetando cierto grado de su omnipotencia creativa. De hecho, es aconsejable no interpretar en exceso (circunstancia extendida en el kleinismo imperante en la Sociedad Británica de Psicoanálisis) y aguardar lo suficiente a que el paciente descubra creativamente la interpretación que estábamos prontos a darle. Sostenemos así la mencionada omnipotencia. Winnicott llega hasta el planteo de que, si un niño en la consulta rechaza una interpretación, él se retracta y la retira inmediatamente, dado que, aun si fuera correcta, ha sido expresada en el momento o de la manera inadecuada. “Sostengo, de hecho, que estas entrevistas son dominadas por el niño, y no por mí” (Winnicott, 2008, p.18). Así, debemos intervenir desde el rol asignado, en los términos del paciente.

Al decir de Lewis Carroll, la mejor forma de explicarlo es hacerlo. La segunda parte de nuestra investigación versará sobre el juego del garabato. Deliberadamente hemos omitido las referencias a esta modalidad de intercambio inventada por Winnicott, dejando de lado aspectos centrales de su teorización concernientes a la psicoterapia como superposición de dos zonas de juego. A continuación, profundizaremos sobre los aspectos teóricos del jugar y el juego del garabato, junto a algunos de los casos trabajados por nuestro autor que mejor visibilicen lo desarrollado hasta este punto en relación a la consulta terapéutica.

4. El Juego del Garabato

Así es como Winnicott llegará a dar cada vez mayor importancia al *Playing*, a la actividad y la capacidad de jugar, que diferencia netamente del *game*, que comporta reglas preestablecidas y un terreno definido; llega incluso a encontrar ahí la clave de la relación psicoterapéutica e inventa, junto con los niños, la técnica del *squiggle*.

(Pontalis, 1977, p.176-177)

4.1 El juego del garabato en la consulta terapéutica

Tal y como venimos desarrollando en nuestra investigación, la consulta terapéutica es un campo del psicoanálisis aplicado que Winnicott diferencia tanto del psicoanálisis como de otras propuestas psicoterapéuticas. En este tipo de abordaje, el consultor intenta sacar el mayor provecho de la primera entrevista, o de las primeras entrevistas reduplicadas, bajo la consigna de poder hacer, al menos, lo poco que se necesite hacer para beneficio de cada paciente que llega a la consulta. Dentro de los límites de esta modificación del dispositivo clásico, el analista tiene permitido intervenir con mayor libertad. Tiene poco tiempo, quizás uno, dos o tres encuentros, y debe sacarles el mayor provecho ya que lo que no logre durante esos encuentros no podrá lograrse en ninguna otra ocasión. En general, esta modificación se aplica a aquellas personas que no pueden beneficiarse de un tratamiento prolongado por diversos motivos, junto a la convicción

de Winnicott acerca de que un psicoanálisis no resulta conveniente en todas las situaciones que se presenten. Es decir, no solo a veces el paciente no puede iniciar un tratamiento prolongado como el análisis estándar, sino que, en muchas ocasiones, no sería el abordaje recomendable. Aun así, el psicoanálisis es la base necesaria para aquellos profesionales que intenten llevar adelante una consulta de estas características. Winnicott no intenta reemplazar el dispositivo analítico sino ampliar el abanico de abordajes posibles. El paciente llega a la consulta con cierta creencia, una fuerte confianza en que puede ser comprendido y ayudado. De esta manera, es recibido por el consultor que brinda un marco profesional que favorece la comunicación de la desazón, conflicto o tensión predominante en el paciente, y en ese mismo proceso refuerza la confianza inicial. Winnicott lo sigue, ya que es el paciente el que domina la consulta, el que tiene las claves de su desazón. Dicha consulta puede ser entendida como una entrevista diagnóstica y terapéutica a la vez, cuyo objetivo principal es comprender al paciente, recibir su comunicación y lograr que se sienta comprendido. Bajo estas condiciones de partida, el analista o psicoterapeuta ocupa, durante cierto tiempo, el rol de un objeto subjetivo, lo que brinda la oportunidad especial de realizar un trabajo en profundidad que le permita desatar los nudos u obstáculos que interrumpieron el desarrollo emocional del individuo. También será necesario, para completar la eficacia del dispositivo, contar con un ambiente promedio que pueda acompañar los cambios favorables acontecidos en el paciente gracias a la consulta terapéutica. Si el ambiente cercano, familiar del paciente, se encuentra severamente perturbado, difícilmente se podrá aprovechar aquello que se obtuvo a través de la consulta terapéutica.

Podemos afirmar, a partir de nuestra minuciosa lectura, que la mejor manera de captar el alcance de la consulta terapéutica es a través de los casos que Winnicott describe en varios de sus escritos, en especial en la producción de su última década. En su libro *Clínica psicoanalítica infantil* (2008), de publicación póstuma en el año 1971, despliega veintiún casos clínicos de niños y adolescentes donde puede apreciarse la singular toma de contacto que acontece en ese espacio de intimidad que configuran analista y paciente. En casi la totalidad de los casos, el encuentro se vehiculiza a través de su innovación técnica llamada *juego del garabato*. Estrictamente, no se trata de una técnica, y Winnicott nos advierte de su temor a que alguien pueda reglamentar su uso y conformarlo, así, en una técnica similar al Test de Apercepción Temática, de uso tan difundido hasta nuestros días. Creemos conveniente concebirlo como un *juego*. En él,

Winnicott toma una cantidad de hojas en blanco, las rompe por la mitad, toma un lápiz y realiza un garabato en uno de los pedazos. El trazo lo realiza de forma espontánea, rápida, a veces a ciegas, y luego le pide al niño que le diga a qué se parece esa figura, o si la puede convertir en alguna otra cosa. Después será el turno del niño para garabatear. Se trata de un intercambio de dibujos en los que analista y paciente aportan lo suyo a partir de garabatos que deberán ser muchas veces completados y significados por ambos participantes. Ahora bien, Winnicott deja en claro que en esta etapa de su abordaje es absolutamente flexible. Si el paciente prefiere conversar, correr, utilizar los juguetes o escuchar música, debemos adaptarnos a esos deseos. Si bien se trata de una propuesta que parte del terapeuta, no hay que imponer ninguna dinámica en particular. Ofertamos el juego del garabato y seguimos al paciente por donde este prefiera ir.

En un artículo publicado en el año 1968, resultado de la conjunción de dos escritos, uno de ese mismo año junto a otro inédito redactado cuatro años antes (Winnicott, 2015f), Winnicott detalla las características de su original procedimiento del juego del garabato. Comienza relatando su marco de aplicación, esto es, la consulta terapéutica, y brinda una precisión que consideramos trascendental para comprender su perspectiva clínica. Como fue planteado desde los inicios de nuestra investigación, la siguiente cita del mencionado texto corresponde, según nuestra consideración, tanto a la consulta terapéutica y el juego del garabato como al modo más evolucionado de trabajo clínico al que nuestro autor pudo arribar, producto de la decantación de años de formación, análisis personal y trabajo con pacientes, tanto en su consulta privada como en el hospital:

Respecto de las técnicas, cualesquiera sean, que el consultor debe estar preparado para utilizar, la base es el jugar. En otro lugar, sostuve que, en mi opinión, o bien la psicoterapia se ejecuta en la superposición de las dos zonas de juego (la del paciente y la del terapeuta), o bien el tratamiento debe encauzarse a posibilitarle al niño jugar – vale decir, tener motivos para confiar en la provisión ambiental-. Hay que partir de la base de que el terapeuta es capaz de jugar, y de disfrutar con el juego. (Winnicott, 2015f, pp.25-26)

La referencia obligatoria en este punto es su última obra publicada en vida, en el año 1971, *Realidad y Juego* (2009). Winnicott nos indica que ese *otro lugar* –mencionado en la cita- es el capítulo cuatro de *Realidad y Juego*. No obstante, son varios los capítulos que tratan sobre el juego y su condición previa necesaria, los fenómenos transicionales. A continuación, nos detendremos brevemente en su original teoría acerca de los fenómenos y objetos transicionales, para llegar luego a su concepción sobre el juego y la psicoterapia como superposición de zonas. Solo luego de este recorrido estaremos en condiciones adecuadas para dimensionar el alcance de la implementación del juego del garabato en el marco de la consulta terapéutica.

4.2 Los fenómenos transicionales y los objetos transicionales

La teorización e implementación clínica de los *objetos y fenómenos transicionales* es uno de los aportes originales de Winnicott que, sin lugar a dudas, mayor trascendencia tuvo, tanto en el mundo *psi* como fuera de él. Sus conceptos fueron tomados por colegas analistas, médicos pediatras y profesionales del campo de la educación, así como por madres y padres de familia. El objeto transicional se popularizó a tal punto que, como planteamos en la introducción, se perdió de vista, en cierta medida, toda la riqueza del área intermedia de experiencia, para ser relegada exclusivamente al uso de un objeto.

Para aproximarnos a la complejidad de los fenómenos transicionales debemos comprender que Winnicott estudia la transición, aquello que acontece en el desarrollo del individuo en el trayecto que va desde el uso del pulgar para la succión, hasta el osito de peluche, u otro objeto que, más tarde o más temprano, será manipulado por el bebé.

Introduzco los términos objetos transicionales y fenómenos transicionales para designar la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de esta (“Dí ‘ta’”). (Winnicott, 2009, p.18)

La succión del pulgar como experiencia autoerótica se va complicando. Así, partiendo de una actividad de pura satisfacción pulsional directa, es posible que se introduzcan derivaciones, que otros dedos se sumen al quehacer del bebé, ya sea en relación con la cavidad oral, acariciando las mejillas, u otra zona del cuerpo. También pueden añadirse otros elementos, como algún tipo de tela, que puede chuparse o no. Otras actividades sensoriomotoras suelen incorporarse, tales como la masticación, o introducirse balbuceos u otros sonidos. Nos interesa aquí poner de relieve la manera en que el puro placer de órgano, que se vehiculiza a través de chuparse el dedo pulgar, se va complejizando, junto a las fantasías y pensamientos que acompañan esa actividad. Vemos así que, si bien la excitación y la satisfacción están involucradas, hay mucho más en juego. La inicial satisfacción por las vías más cortas, la descarga directa, va dando lugar a una complejidad creciente que implica mayor densidad psíquica. El área intermedia, a la que Winnicott hace referencia y que aquí se desarrolla, involucra en un principio, y en forma paulatina, la capacidad creciente del bebé para el reconocimiento del mundo externo, lo distinto de mí, diferenciado. Un más allá de la frontera personal. Como hemos podido desarrollar en tramos previos de nuestra investigación, en el comienzo de la vida, la madre, o quien cumpla esa función, se adapta sensiblemente a las necesidades del bebé, y lo hace de manera casi absoluta. De este modo, y en la medida en que puede realizar su adaptación suficientemente bien, posibilita que el bebé se cree la *ilusión* (es él quien se ilusiona, la madre solo prepara el terreno) de que aquello que la madre tiene (su pecho) o hace (su modo particular de maternar, los cuidados que prodiga, su singular técnica de crianza) es parte de él, es decir, se encuentra bajo su control mágico, y por lo tanto implica una experiencia de omnipotencia. Se trata, una vez más, de un fenómeno subjetivo propio de una etapa de indiferenciación yo / no-yo, donde el estado sujeto-objeto es fusional. Pero la adaptación de la madre nunca es completa, y por pequeñísimas fisuras –y deben ser muy pequeñas para haber permitido al bebé ilusionarse- se va filtrando, poco a poco, la *desilusión*. Operación absolutamente necesaria en el proceso de acceso del bebé a la realidad objetiva. Como pudimos explicar en relación al proceso de *comprensión* en el desarrollo del bebé, Winnicott considera la fantasía como más primaria que la realidad objetiva, y a la vez como puerta de acceso a esta última. El objeto transicional, cara visible y concreta de los fenómenos transicionales, representa “[...] la transición del bebé, de un

estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado” (Winnicott, 2009, p.32). En ese proceso de separación y conformación de límites, cada vez mejor delineados, fenómenos como alguna canción o melodía, una palabra, o quizás un comportamiento de algún tipo, resultan fundamentales para el pequeño a la hora de conciliar el sueño, separarse del objeto y cerrar los ojos hasta el día siguiente. También es posible que, en esa instancia, durante ese trance, el niño encuentre un objeto de algún tipo y lo utilice, conformándolo así en objeto transicional (Ibidem). Se trata, insistimos, del objeto que evidencia el trayecto que va desde los fenómenos subjetivos hasta la realidad percibida objetivamente. Otra manera de plantearlo es suponer un pasaje desde la ilusión y la experiencia de omnipotencia hacia la desilusión, pérdida del dominio mágico, del control omnipotente. El objeto transicional se ubica en un punto medio que implica *cierta anulación de la omnipotencia* (Ibidem). Hablar de *cierta anulación* es otra forma de dar cuenta, de manera positiva, de que aspectos mágicos, omnipotentes, y en especial creativos, se conservan parcialmente. La materialidad misma del objeto impone límites a la omnipotencia del bebé, obligándolo a pasar “[...] del dominio omnipotente (mágico) al dominio por manipulación” (Ibidem, p.26). Entonces, para el bebé se trata de un objeto que puede poseer cierta vitalidad, que puede recibir intensas dosis de amor y de odio, que puede ser controlado en gran medida, a disposición de sus propios deseos, pero nunca por completo. Manipularlo implica un trabajo y un hacer que se diferencia del simple desear alucinatorio.

Se lo puede chupar, morder, romper o acariciar sin límites, su disponibilidad no tiene restricciones. Pero así como los impulsos y las fantasías se expresan libremente en las formas que va adquiriendo la *manipulación*, también el objeto deja su impronta a través de la resistencia presente en su concreta materialidad. Se trata de una experiencia personal del bebé en la que, como en todo *experienciar* winnicottiano, se van entrelazando y modificando mutuamente tanto el mundo interno como el externo, y se va cambiando la forma de percibir y aceptar la realidad. (Tagle, 2016, p.115)

Si pretendemos ubicar al objeto, comprendemos que no proviene del exterior para el bebé -aunque un observador así lo entienda-, pero tampoco es interno, al modo de una alucinación. Así, entre la creatividad primaria del bebé y la posterior percepción objetiva, ubicamos la zona de los fenómenos transicionales, en donde la creatividad puede conservarse en la medida en que pueda estar entramada con la realidad misma. Es esta una de las tareas más necesarias a realizar por los individuos que pretendan *ser* y *sentirse reales*, es decir, este terreno de ilusión representa un “[...] lugar de descanso para un individuo dedicado a la perpetua tarea humana de mantener separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la exterior” (Winnicott, 2009, p.19). Efectivamente, el trato con la realidad compartida siempre involucra cierto grado de sumisión, de acatamiento, ligado a aquellos aspectos que envuelven al falso *self*, donde el sujeto no se siente *real*. Por esto mismo resulta fundamental el área de ilusión, aquella que contiene los fenómenos y objetos transicionales, producto de la intimidad y confianza que rodea los encuentros entre el bebé y su madre. Se inaugura, así, un espacio tercero, entre el mundo interior y subjetivo, y la realidad externa compartida, espacio que acompañará al sujeto durante toda su existencia. Vemos, una vez más, que no se trata solo de una etapa del desarrollo sino del momento inaugural de un espacio potencial para toda una gama de actividades que se sienten *reales*, y donde la creatividad ocupa un lugar central.

Los fenómenos transicionales, paulatinamente, se van difundiendo, volviéndose difusos, “[...] se han extendido a todo el territorio intermedio entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior tal como lo perciben dos personas en común, es decir, a todo el campo cultural” (Winnicott, 2009, p.22). Es en este punto donde, desde la ilusión y lo transicional, nos trasladamos junto a Winnicott al terreno del juego, la creación, el arte, la religión y los sueños (Ibidem). Efectivamente, cuando intentamos ubicar el juego en algún lugar es que debemos remitirnos al espacio potencial entre el bebé y su mamá.

4.3 Juego, jugar, jugando

El título original en la lengua inglesa de su libro Realidad y Juego (2009) es *Playing and Reality* (2005). Sin lugar a dudas la traducción al español tira por tierra lo esencial del

planteo winnicotteano, en especial en aquello que implica la distinción entre *play* y *game*, por un lado, y *play* y *playing*, por el otro. El sustantivo *game*, juego en español, hace referencia al juego reglado, ordenado a partir de pautas consensuadas, y marca así una distancia evidente con el verbo *play*, cuya traducción más adecuada es jugar, que nos indica una actividad que se desarrolla libremente. Y aún más interesante nos resulta la segunda distinción en la que, a diferencia del *play*, la forma verbal *playing*, jugando, da cuenta de un proceso en marcha, un trabajo o capacidad que el sujeto se encuentra realizando, y no un producto acabado (Winnicott, 2009). Si bien en el título del libro funciona como sustantivo, y por lo tanto es posible traducirlo por *juego* o *el jugar*, en los capítulos suele actuar como gerundio, expresando la duración de una acción verbal. Es, comprendemos, desde el *game* (juego) hacia este *work in progress* (trabajo en proceso), que el autor inglés intenta direccionarnos. Winnicott forjó una nueva área de funcionamiento psíquico, el espacio potencial, donde el niño que juega *se juega* en su actividad. No se trata aquí de la perspectiva de Klein sobre el juego de los niños en análisis, actividad que, al modo de una soga de la que tiramos, va extrayendo el material psíquico, inconsciente, que ya se encontraba allí, a la espera de ser develado. Con Winnicott damos un paso más, y ahora la actividad del niño, además, implica creación, producción psíquica, desarrollo emocional, elaboración. El niño que juega se cura en salud, no necesita, ineludiblemente, de un analista interpretando a su lado. Como anticipamos, nos encontramos frente a un tercer espacio, zona de descanso que no se agota en el jugar, y acompañará al sujeto durante toda su existencia. Como Winnicott expresó, “Hay un desarrollo que va de los fenómenos transicionales al juego, de este al juego compartido, y de él a las experiencias culturales” (Ibidem, p.76). A continuación, en conformidad con la cita anterior, nos detendremos en el proceso de desarrollo del bebé con la intención de lograr determinar dónde comienza el jugar y su evolución, en la perspectiva de nuestro autor.

En los inicios de la vida, el pequeño y el objeto se encuentran fusionados. La madre se adapta al gesto espontáneo del bebé y hace real aquello que el niño se dispone a encontrar. El objeto es subjetivo y la dependencia absoluta. En un momento posterior, y en forma paulatina, acontece el proceso de diferenciación yo / no-yo. La madre, en algunas ocasiones, se adapta de forma tal que coincide con la capacidad para encontrar / crear del niño, y configura así aquella paradoja que no debe ser resuelta: “¿Concebiste esto, o te fue presentado desde afuera?” (Winnicott, 2009, p.30). En otras ocasiones

vuelve a ser ella misma, a la espera de ser encontrada (Ibidem). Es este *ir y venir* de la madre, que oscila entre la ilusión y la desilusión gradual, lo que permite al niño empezar “[...] a gozar de experiencias basadas en un matrimonio de la omnipotencia de los procesos intrapsíquicos con su dominio de lo real” (Ibidem, p.71). Este apareamiento entre realidad y fantasía que el pequeño comienza a poner en marcha tan tempranamente, si todo va bien, representa, a nuestro entender, el modelo winnicoteano de funcionamiento psíquico de una vida que vale la pena ser vivida. Se trata aquí de la posibilidad para el sujeto de ubicar un sentido personal en cada interacción con el mundo, a contramano de una vida de sumisión y acatamiento. Es en esa intimidad entre la madre y su bebé, en la profunda confianza de ese lazo, que se conforma “un campo de juegos intermedio en el que se origina la idea de lo mágico” (Ibidem, p.71). Aquí lo mágico no es una alucinación. Ya no se trata del objeto subjetivo de la total experiencia de omnipotencia, sino de esa trama que envuelve la realidad con un sentido personal. Winnicott lo llama *campo de juegos* porque es allí donde el juego comienza, en ese espacio potencial entre madre e hijo. La etapa posterior involucra la paradójal capacidad de estar solo en presencia de alguien, corolario de la confianza en el ambiente. El niño juega solo y el ambiente está presente pero sin ser intrusivo. Es un marco de confianza que se olvida y se lo vuelve a recordar. Así, el niño olvida que su madre está presente, de manera que se encuentra solo y no-solo al mismo tiempo. Finalmente, en la etapa final, el niño podrá superponer dos zonas de juego, es decir, jugar con otros, y lograr disfrutarlo.

Cuando Winnicott reflexiona acerca de la elaboración tardía de su teoría del juego, en la relación de confianza que se da entre el bebé y su madre, llega a la conclusión de que esta fue siempre un común denominador de su técnica de consulta, presente en sus abordajes terapéuticos desde hace más de treinta años. Nuevamente, en el contexto de sus desarrollos sobre el jugar, expresa que le resulta innecesaria la distinción entre los términos psicoanálisis y psicoterapia. Citaremos aquellos dos párrafos que mejor expresan su perspectiva psicoterapéutica en relación al jugar.

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente,

de un estado en que no puede jugar a uno en el que le es posible hacerlo. (Winnicott, 2009, p.61)

Y también:

Todo lo que diga sobre el jugar de los niños también rige, en verdad, para los adultos, solo que el asunto se hace de más difícil descripción cuando el material del paciente aparece principalmente en términos de comunicación verbal. En mi opinión debemos esperar que el jugar resulte tan evidente en los análisis de los adultos como en el caso de nuestro trabajo con chicos. Se manifiesta, por ejemplo, en la elección de las palabras, en las inflexiones de la voz, y por cierto que en el sentido del humor. (Winnicott, 2009, p.63)

Efectivamente, para Winnicott, el fundamento de nuestro trabajo es el juego creativo del paciente, una experiencia que necesita espacio y tiempo, y que para él posee absoluta realidad. De hecho, nuestro autor no dudó en afirmar que es únicamente a través del juego como niños y adultos pueden ser creativos y descubrirse a sí mismos (Winnicott, 2009). Sin embargo, como pudimos ver, a veces el paciente no puede jugar, y la labor del analista se centra en generar las condiciones que lo hagan posible.

En el año 1931, en su primer libro, Winnicott publica un breve fragmento clínico de una niña de seis meses de edad. Diez años más tarde, y treinta años antes de la publicación de *Realidad y Juego*, presenta un trabajo ante la Sociedad Psicoanalítica Británica, que incluía el desarrollo en profundidad de este mismo caso de la niña, a la cual atendió en el hospital hasta pasado el año de vida. En ese escrito, el autor detallaba un modo de trabajo con bebés al que denominó *situación fija* (Winnicott, 1999d), en la que utilizaba el *juego de la espátula*. Tal y como lo sintetiza Jan Abram (2007), el juego de la espátula consiste en observar la manera en que un bebé, entre cinco y trece meses de edad, se comporta frente a una espátula o bajalengua metálico (en aquel entonces no se utilizaba material descartable como en la actualidad), ubicada en el borde de una mesa al alcance del pequeño. El infante, para utilizar este juego, debe encontrarse dentro de lo que Winnicott llamó *situación fija*. En esta, puede observarse en la mayoría de los

infantes una secuencia de tres fases con base en lo que el bebé realiza con la espátula, cómo se aproxima a ella, qué hace con la misma. Cualquier desvío en relación a estas fases da cuenta de que algo anda mal en los procesos del desarrollo. El juego de la espátula es utilizado por Winnicott como una herramienta diagnóstica. No es nuestra intención profundizar en la situación fija y el juego de la espátula, pero nos resulta inevitable mencionarlos a los fines de nuestra indagación teórica. Se trata de un antecedente directo del *juego del garabato*. Tanto uno como otro son herramientas diagnósticas para ser utilizadas en un marco específico –*situación fija o consulta terapéutica*–, juegos creados por Winnicott para entrar en contacto con el paciente, sea este un bebé –*juego de la espátula*– o un sujeto de mayor edad –*juego del garabato*.

Como un desarrollo posterior del Juego de la Espátula, Winnicott ideó el Juego del Garabato para niños de mayor edad. Todas las piedras fundacionales de su consulta terapéutica con la utilización del Juego del Garabato son establecidas en los años de 1930 en la clínica del Paddington Green. (Abram, 2007, p.328)

Volviendo al ejemplo del bebé de seis meses, Winnicott incluyó una versión abreviada del caso en *Realidad y Juego* (2009) con la intención de ilustrar la *relación de confianza* que se establece con el paciente en el trabajo terapéutico, que, como fue explicado, resulta análoga a la relación madre-hijo. La pequeña ingresó al hospital por una gastroenteritis infecciosa, junto a variados trastornos en la alimentación. No disfrutaba de tomar el pecho y solía vomitar luego. En ocasiones no podía conciliar el sueño y pasaba horas llorando. En este punto de la descripción, en la versión más detallada de este mismo caso (Winnicott, 1999d), Winnicott agrega una apreciación capital: la niña ve afectado su desarrollo emocional a raíz de esta enfermedad, y *deja de jugar*. A los nueve meses de edad comenzaron las convulsiones, que con el paso del tiempo aumentaron su frecuencia. Los exámenes físicos no encontraron evidencia de enfermedad, y se le administraba bromuro por los trastornos digestivos según las necesidades del día a día. Winnicott comenzó a verla con intervalos de pocos días, trabajando de manera similar a la *situación fija*, pero con la niña sobre sus rodillas. En una oportunidad intentó morderle los nudillos a Winnicott. Tres días después logro

hacerlo en tres oportunidades con tanta fuerza que casi le arranca la piel de las manos. Winnicott no reaccionó. “Luego *se puso a jugar*³ arrojando bajalenguas al suelo” (Winnicott, 1999d, p.81). Solía llorar en todos los encuentros, desconsoladamente. Dos días más tarde, sobre las rodillas de Winnicott, volvió a morderle los nudillos con gran ensañamiento y sin sentimientos de culpa. Luego se puso a *jugar a morder* los bajalenguas y arrojarlos, pudiendo disfrutarlo, sintiendo placer en ese jugar. Al rato mostró interés por sus pies y se puso a manosearlos. Winnicott pidió que le retiren el calzado y las medias, y así la niña comenzó a explorar sus extremidades con gran satisfacción. A los pocos días la madre comunicó a Winnicott que desde esa última consulta la niña había cambiado. Ya no tenía más convulsiones, dormía muy bien, se manifestaba feliz durante el día y no necesitaba más bromuro. La mejoría persistió, y al año Winnicott la encontró siendo una niña feliz, amante del juego, inteligente y sana (Ibidem).

Cómo pudimos apreciar, Winnicott establece junto a su pequeña paciente una relación de confianza e intimidad similar a aquella que acontece entre la madre y su bebé, intersección que inaugura ese *campo de juegos*. Efectivamente, tal y como Winnicott lo expresara, si el paciente no puede jugar, hay que hacer algo para que pueda hacerlo, ya que a partir de ese momento comienza la psicoterapia. En este punto, resulta oportuno citar algunas líneas del comentario de René Roussillón, acerca de este caso:

Así, la pequeña se trata por el juego, así, Winnicott “enseña” a la niña a jugar. Es importante asir el tiempo fuerte de este “aprendizaje”. Proponemos considerar que el tiempo decisivo –y la observación es muy clara sobre el punto- es aquel en que Winnicott transforma, absteniéndose de toda reacción, ni retorsiva ni de retirada, la mordedura en mordisqueo. La pequeña puede entonces repetir el gesto con la espátula, objeto intermediario introducido por Winnicott [...]. (Roussillón, 1995, p.96)

Cuando el jugar sí es posible, la psicoterapia puede realizarse en esa superposición de zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta, intersección productiva donde pueden producirse toda clase de enriquecimientos. Allí, en ese espacio donde la persona puede

³ La cursiva es nuestra.

ser creativa y sentirse real, es el mismo lugar en que terapeuta y paciente pueden remover los obstáculos del desarrollo emocional. Zona productiva a la cual se debe arribar en psicoterapia, a partir de un lazo de profunda intimidad.

Afirmar que la psicoterapia se lleva adelante en la *superposición de zonas*, pone el acento en la utilización productiva de un espacio (potencial) configurado a partir de un encuentro, más que en una labor interpretativa, como condición del progreso terapéutico. Resulta, así, fundamental, que se produzca esa intersección entre paciente y terapeuta para el aprovechamiento terapéutico del espacio. De hecho, Winnicott ilustra cómo, en más de un caso, siempre y cuando el terapeuta esté dispuesto a jugar activamente con el niño, se pueden generar efectos terapéuticos del tipo autocurativo, similares al de una sesión junto a un analista que realice interpretaciones (Winnicott, 2009). Afirmar también, en el contexto de sus desarrollos acerca del jugar, que puede realizarse “una psicoterapia de tipo profundo sin necesidad de una labor de interpretación” (Ibidem, p.75), y al decir esto apunta directamente hacia la *consulta terapéutica*.

4.3.1 Superposición de zonas de juego, interpretación y resistencia

Como fue desarrollado en la primera parte de nuestra investigación, al referirse a las interpretaciones en el contexto de la consulta terapéutica, Winnicott nos indica que las mismas deben ser reducidas a la menor cantidad posible. En definitiva, “[...] la interpretación se reserva para el momento significativo” (Winnicott, 2015a, p.50), y se realiza con el objetivo principal de brindar al paciente la mayor comprensión posible. Hay un momento en el encuentro entre paciente y terapeuta, en la consulta terapéutica, en que el material que brinda el paciente puede y debe ser utilizado para una interpretación. Esta particularidad de la consulta puede ser pensada la luz de los desarrollos de Winnicott acerca del jugar y la superposición de zonas de juego. Efectivamente, si bien se comprende que existe una clara distinción entre lo que Winnicott llama análisis estándar y la consulta terapéutica, el común denominador del jugar nos muestra una concepción general del autor que aproxima análisis, psicoterapia y consulta terapéutica. En especial, hemos destacado a la consulta terapéutica como el cristal a través del cual

mirar el pensamiento clínico de Winnicott, su posicionamiento frente al padecimiento humano, con cierta independencia del marco específico en que se encuentre aplicándolo. Es por esto mismo que, en la cúspide de su madurez como psicoterapeuta, Winnicott nos muestra una concepción de la interpretación analítica que coincide con aquello que desarrolló sobre la consulta terapéutica, donde el momento importante es cuando el niño (y, en cierto sentido, también el terapeuta) *se sorprende a sí mismo* frente al material que se revela, producto del trabajo de ambos. “Lo importante no es el momento de mi inteligente interpretación” (Winnicott, 2009, p.76). No desconocemos que una concepción de este tipo es, en parte, una respuesta al modo de interpretar kleiniano que suele atiborrar de interpretaciones a un paciente que, en muchas oportunidades, puede encontrarse demasiado lejos, metafóricamente, es decir, sentirse ajeno a ese material. No obstante, la preocupación de Winnicott refiere, principalmente, al rol de todo analista y los riesgos inherentes a sus intervenciones. Es por esto mismo que, en un escrito de sus últimos años, en referencia al trabajo con adultos, incluido en esa fuente inagotable de pensamiento clínico, *Realidad y Juego*, Winnicott realiza una aguda observación sobre su propio accionar:

Me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes *de cierta categoría de clasificación* debido a mi necesidad personal de interpretar. Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo, y ahora disfruto de ese alborozo más de lo que solía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante. Creo que en lo fundamental interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es el de que él y solo él conoce las respuestas. (Winnicott, 2009, p.118)

El paciente, niño o adulto, poco importa, debe arribar a la interpretación creativamente. Al modo del objeto encontrado / creado de las tempranas experiencias de omnipotencia en el bebé, los sentidos emergen en esa superposición entre paciente y analista. Una interpretación realizada por fuera de la experiencia de mutualidad que puede brindar el juego compartido produce acatamiento por parte del paciente. De ser así, es posible que el paciente acepte la interpretación pero nada significativo ocurra en él, salvo cierto

fortalecimiento de su *falso self*, que siempre involucra sentimientos de futilidad. Otra posibilidad es que surja la *resistencia* en el paciente, para evitar la sumisión a un material ajeno e intrusivo. Así, nos resulta comprensible el fenómeno de la resistencia del paciente como el resultado de una interpretación hecha fuera de la intersección de zonas de juego (Winnicott, 2009). Aquí el obstáculo se ubica del lado del analista. Vemos cómo estas ideas de Winnicott sobre la dinámica del tratamiento analítico, específicamente la interpretación y la resistencia, son absolutamente coincidentes con aquello que, como hemos desarrollado, plantea en relación a la consulta terapéutica:

[...] si hago una interpretación y el niño se muestra en desacuerdo o parece dejar de responder, me siento inmediatamente dispuesto a retirar lo dicho. En estos relatos, se comprueba que a menudo he hecho una interpretación equivocada, y que el niño ha estado en condiciones de corregirme. Algunas veces, por supuesto, se produce una resistencia que denota que he dado la interpretación correcta y que ésta es negada. Pero una interpretación que no funciona significa siempre que he hecho la interpretación en un momento o de una manera inapropiados, y la retiro incondicionalmente. Aun cuando la interpretación sea correcta, me he equivocado al verbalizar este material, de esa manera y en ese momento particular. Las interpretaciones dogmáticas dejan al niño solo dos posibilidades: una *aceptación* de lo que he dicho como propaganda o un *rechazo* de la interpretación, de mí y de toda la situación. (Winnicott, 2008, p.17)

Realizar una interpretación *en un momento o de una manera inapropiados* implica, entonces, que la misma fue introducida fuera de la superposición de zonas de juego, lo cual echa por tierra los procesos creativos del paciente. Recordemos que un objeto (como la interpretación) solo puede ser bueno en la medida en que haya sido, en cierta manera, creado por el paciente. Insistimos en la idea de que, para Winnicott, la base de lo que hacemos es el jugar con su inherente creatividad, y que gran parte de nuestra labor terapéutica consiste en proporcionar las condiciones que favorezcan esta importante capacidad en el paciente. Ya fue advertido por Winnicott cuando, al referirse a las condiciones que todo aquel que lleve adelante una consulta terapéutica debe poseer, proponía frente a los conflictos del paciente, aguardar y esperar a que la

resolución de los mismos ocurra en este último, y no intentar perseguir ansiosamente la cura. Si el terapeuta sabe demasiado, y no se abstiene de interpretar en las reiteradas ocasiones en que se ve tentado a hacerlo, fácilmente puede robar esa creatividad al paciente.

4.3.2 El juego del garabato y la creatividad

Como fue mencionado, en un trabajo dedicado con exclusividad al juego del garabato (Winnicott, 2015f), el autor nos pone en dirección de otro escrito incluido en su libro *Realidad y Juego*, llamado “El Juego: Actividad creadora y búsqueda de la persona” (2009). En el mismo, Winnicott examina un rasgo fundamental del jugar: la creatividad. Según lo expone, debemos considerar que únicamente en el juego, tanto en el caso del niño como en el del adulto, se puede ser creadores. La creatividad es aquello que permite a las personas *ser y sentirse reales*, como expresión del *self verdadero*. Por eso, nos resulta revelador, una vez más, realizar una nueva traducción del título original del capítulo mencionado, una que respete las ideas del autor en el contexto de su obra. Preferimos traducir al español el título *Playing: Creative Activity and the Search of the Self* (Winnicott, 2005) por *Jugar: Actividad creadora y la Búsqueda del Self (sí-mismo)*. El título conjuga, de manera ajustada pero precisa, la creatividad expresada en la capacidad de jugar, actividad en proceso que involucra el encuentro con el *self verdadero*, único que puede ser creativo y sentirse real.

Winnicott nos indica que en nuestro procedimiento terapéutico debemos “[...] ofrecer oportunidades para la experiencia informe y para los impulsos creadores, motores y sensoriales, que constituyen la materia del juego” (Winnicott, 2009, p.91). La *creatividad y lo informe* se implican mutuamente desde el comienzo de la vida. Recordemos que la creatividad reconoce su origen en el primerísimo encuentro entre el bebé y su cuidador, en ese espacio potencial que se inaugura y da origen a los fenómenos transicionales. En la trama singular de ese lazo entre la madre y su bebé, en la profunda confianza que se establece allí, se da lugar a la creatividad primaria del pequeño. El bebé, lo hemos visto, se encuentra, inicialmente, no-integrado, estado de relajación y descanso, en el que el bebé puede reposar sobre la confianza depositada en

el yo-auxiliar materno, sin necesidad de integrarse en todo momento. Entendemos que los estados no-integrados se asemejan a la necesaria experiencia de lo informe. En ambos, se debe dar la oportunidad al sujeto, a través de un ambiente de sostén (marco terapéutico profesional en la consulta), de poder tener esa experiencia de relajamiento. Solo en este estado de reposo el paciente puede acceder a una búsqueda creadora. Solo se puede ser genuinamente creativo, como expresión del *self*, a partir de lo informe, que implica confianza y relajamiento. “Únicamente ahí, en ese estado no integrado de la personalidad, puede aparecer lo que describimos como creativo” (Winnicott, 2009, p.91). Lo contrario a este relajamiento es, del lado del paciente, su ansiedad, la necesidad de presentar orden como defensa frente al caos. Efectivamente, aún bajo la indicación de la asociación libre, los pacientes, en muchas oportunidades nos exponen, por ejemplo, en forma ordenada la lista de lo acontecido en la semana, cohesión de ideas que muestra, en lo esencial, aspectos defensivos del sujeto. Se desprende, a su vez, que el analista no supo generar las condiciones necesarias para que el paciente pueda desperdiciarse en ideas, pensamientos o impulsos que no poseen ningún tipo de relación evidente entre sí. Como vimos, aún si el paciente encontrara la confianza y seguridad en el marco terapéutico (responsabilidad del analista o terapeuta), un analista puede estropearlo interpretando en exceso, buscando sentido donde no lo hay, y obstaculizando así el acceso creativo del paciente al sentido.

En esta instancia, comprendemos que la indicación que nos diera Winnicott para el trabajo con pacientes, acerca de brindarles oportunidades para que atravesen experiencias informes e impulsos creadores (la materia prima misma del jugar), se encuentra reflejada no solo en los análisis cabales que el psicoanalista inglés llevara adelante sino, con absoluta claridad, en los ejemplos que nos brinda de su utilización del *juego del garabato* en las *consultas terapéuticas*. Es posible pensar en un movimiento que va desde la confianza, el sostén y los estados informes hacia la creatividad que permite incorporar, en forma sorpresiva y espontánea, aspectos no integrados de la personalidad del paciente. A través de un encuadre profesional y humano, se dan las condiciones de un encuentro en el que el paciente realiza un proceso creativo y “[...] se sorprende a sí mismo al producir ideas y sentimientos que no estaban antes integrados a su personalidad total” (Winnicott, 2015f, p.25).

4.4 El juego del garabato: un modo de aproximación personal

Nunca insistiremos en exceso en que el juego del garabato es un juego y no una técnica. Esto es así aun cuando en ocasiones Winnicott se refiera al juego del garabato como técnica. Reiteramos, no se trata de un conjunto de procedimientos estandarizados que haya que estudiar y reproducir en nuestras consultas, se trata de un juego y, como tal, favorece un encuentro creativo, cargado de espontaneidad, una toma de contacto que no implica asimetría con el paciente. A Winnicott le preocupaba que el destino de este juego fuera convertirse en una suerte de test diagnóstico proyectivo, posiblemente en manos de un consultor que pretendiera, ilusoriamente, quedar fuera de la ecuación, tan solo aplicando una técnica. En cambio, en el juego del garabato, el consultor debe aportar lo suyo, casi tanto como el paciente, aun cuando lo que importe sea, exclusivamente, la comunicación de este último.

Repasemos nuevamente en qué consiste este juego que Winnicott propone a sus pacientes en la consulta terapéutica. Frente al niño o el adolescente, generalmente en ausencia de sus padres, Winnicott realiza el primer movimiento al proponerle jugar a un juego que él conoce y que le gusta. Toma algunas hojas y las rompe por la mitad, restando así importancia a lo que van a realizar, para luego pasar a explicar en qué consiste:

“Este juego que a mí me gusta no tiene reglas. Simplemente tomo el lápiz y hago esto...” [explica Winnicott a su paciente], y probablemente mirando hacia otra parte trazo un garabato a ciegas. Continúo entonces con mi explicación: “Me dirás a qué se parece esto que yo hago, o si puedes lo conviertes tú en alguna cosa; después tú harás lo mismo para mí, y veré si puedo hacer algo con lo tuyo”. (Winnicott, 2015f, p.27)

Winnicott explica las reglas de este *juego sin reglas*; primero uno, luego el otro, y viceversa. Y las líneas que se trazan se superponen, configurando algo novedoso, inédito. El terapeuta pone algo, el paciente también. El resultado, ¿a quién pertenece? Tal como lo expresa Tkach (2007), el producto es de ambos. No pertenece

exclusivamente al paciente ni al analista. Es esta línea de pensamiento la que, sin lugar a dudas, permite a André Green referirse a la comunicación entre analizando y analista como un objeto compuesto por dos partes, que eventualmente darán lugar a la conformación del *objeto analítico* (Green, 2008), un producto de ambos ubicado en el área intermedia de experiencia. Intersección, superposición de trazos. Resulta notable que la base de la toma de contacto que Winnicott propicia es el jugar: campo de juegos, de los fenómenos transicionales, y específicamente del trabajo analítico. Recordemos que la psicoterapia se da en la superposición de zonas de juego. En este sentido, el juego del garabato representa, no solo un uso particular de los fenómenos transicionales sino también un modelo para pensar el trabajo psicoterapéutico con pacientes de todas las edades. Así, un terapeuta podría trazar su garabato o completar el del paciente, aun si sustituimos los trazos por palabras, configurando un diálogo (Tkach, 2007). También podría tratarse de acciones que excluyan el habla, como es habitual en el trabajo con niños muy pequeños, o frente a casos con un profundo compromiso en su desarrollo, donde lo principal no sean las intervenciones verbales. Sin duda, otras opciones son posibles y amplían el abanico de intervenciones en psicoterapia. Es esto, comprendemos, lo esencial de este modelo del juego del garabato, tal y como fuera expresado por Winnicott en una misiva, “tal vez una característica distintiva no sea tanto el uso de dibujos como la libre participación del analista actuando en calidad de psicoterapeuta” (Winnicott, 1990a, p.276). Estas ideas están en la misma línea de aquello que plantea Phillips al brindar al juego del garabato la denominación “asociación libre recíproca” (1997, p.29), expresión que conjuga creatividad y espontaneidad en un trabajo mutuo.

A continuación, analizaremos los casos que Winnicott presenta en su *libro Clínica psicoanalítica infantil* (2008), cuyo título original es *Therapeutic consultations in child Psychiatry*. Nos resulta más adecuado traducir el título original de la siguiente manera: *Consultas terapéuticas en psiquiatría infantil*.

4.4.1 Los casos

Winnicott (2008) presenta este libro como una muestra de la aplicación del psicoanálisis a la psiquiatría infantil. Es importante que comprendamos que no se está refiriendo a un área exclusivamente destinada a psiquiatras sino que es extensible a todos aquellos profesionales de la salud que trabajen con niños o adolescentes, y reúnan las condiciones ya mencionadas, entre las cuales se encuentra la formación en psicoanálisis.

El libro trata, en lo esencial, de veintiún casos seleccionados de *consultas terapéuticas* en las que utiliza el *juego del garabato* como medio para hacer contacto con el niño. En los ejemplos que brinda también incluye adolescentes de trece y dieciséis años, aunque no utiliza este término para referirse a los mismos. La asociación entre consulta terapéutica y juego del garabato es artificial, y bien podrían darse encuentros en los que esta modalidad de los garabatos no fuera necesaria. Como explicamos, si el niño o adolescente quisiera hacer cualquier otra cosa, en lugar de garabatos, haríamos bien en consentirlo, dado que este procedimiento es absolutamente flexible. El libro está dividido en tres secciones antecedidas por una introducción. En la primera, la introducción se expone acerca de las condiciones de la consulta terapéutica y el juego de garabato, sobre lo cual ya hemos ahondado en lo desarrollado hasta aquí en nuestra investigación. El autor también nos advierte sobre los riesgos de querer estandarizar su técnica de los garabatos, o aun de cualquier intento de imitarlo. Lo fundamental, en su abordaje, es su teoría del desarrollo emocional, que siempre lo acompaña como telón de fondo, junto a la afirmación de que él, y solo él, es la única constante. Es en este sentido que no hay dos casos iguales, todo puede pasar en la consulta, y lo importante es eso que pasa. Winnicott insiste en que se trata no de curas sintomáticas sino de tomas de contacto y ejemplos de comunicación con los niños. Si bien puede parecer una meta modesta, entrar en comunicación con los pacientes no nos resulta una tarea menor, si consideramos todo lo expuesto en relación al comunicarse y el no comunicarse, los objetos subjetivos y el *self*.

Tomaremos algunos casos del libro que nos permitan ilustrar esta modalidad original de aplicación del psicoanálisis. Se tratará de un análisis sucinto, reducido a lo esencial, dado que la descripción completa de todos los casos y su análisis en profundidad excede la propuesta de nuestra investigación. Las secciones fueron divididas a través del criterio de Winnicott acerca del tipo de afección o conflictiva de los pacientes. Los casos de Iiro, Elisa y Bob corresponden a la primera sección, que trata a pacientes no muy enfermos, con mínima sintomatología, carentes de todo diagnóstico

psiquiátrico. En algunos de ellos, ni siquiera hubo un pedido de entrevista profesional por parte de los padres. La segunda sección del libro la integran casos de mayor complejidad. Allí nos detendremos en el caso de Hesta, una joven adolescente. Finalmente, en la tercera sección, se encuentran agrupados casos de tendencia antisocial, una clasificación de Winnicott para ciertos casos de deprivación que no configura en sí una categoría diagnóstica. Para esta última sección, seleccionamos el caso de Ruth.

4.4.2 Iiro

Se trata del primer caso del libro (Winnicott, 2008), un niño de nueve años y nueve meses de edad. Winnicott selecciona este caso por la particularidad de que se trataba de un niño que no requería ayuda profesional, es decir, no hubo ningún pedido explícito de tratamiento por parte del niño o su familia. Ocurrió que Winnicott visitaba un hospital de niños en Finlandia, y le ofreció al equipo de trabajo del lugar mostrarle cómo llevaba adelante una consulta terapéutica con un niño de la sala de ortopedia al que todos, menos él, conocían. Si bien el niño presentaba dolores de cabeza, abdominales, y cierto desgano, la razón por la que se encontraba allí era una sindactilia congénita (unión de dos o más dedos a través de la piel o los huesos), condición que le valió intervenciones quirúrgicas desde muy pequeño. Las barreras idiomáticas fueron resueltas a través de una traductora que los acompañó en el encuentro.

Estando uno frente al otro, con una mesa de por medio sobre la que había cierta cantidad de hojas en blanco y dos lápices, Winnicott da el primer paso proponiéndole el juego del garabato y explicándole en qué consistía. Iiro acepta, y Winnicott realiza su primer garabato con una forma ovoide, cerrada sobre sí. Inmediatamente Iiro dijo: “es la pata de un pato” (Winnicott, 2008, p.20). Winnicott *se sorprende* por la respuesta, y le pareció evidente que se trataba de una *comunicación* del niño sobre su incapacidad. Con esta hipótesis entre manos, *decidió esperar* y seguir explorando esta idea a través de los dibujos. Es por eso que, con la intención de confirmar que estaban comunicándose acerca de lo mismo, Winnicott dibujó una pata de pato en el siguiente garabato. Luego fue el turno de Iiro, que dibujó otra pata de pato. Winnicott confirma en ese mismo momento que estaban metidos de lleno en el tema de las patas palmeadas, lo que

configuró, poco a poco, una comunicación sobre su discapacidad. Luego de otros garabatos comenzaron a hablar sobre música e instrumentos musicales. Iiro menciona que podía tocar un poco el piano, y que le gustaría poder tocar la flauta. En ese preciso momento Winnicott, imaginando la evidente imposibilidad de tocar la flauta con las manos deformes, en forma de manopla, considera que debía retomar el material volcado en los intercambios y utilizarlo: “[...] le dije que sería difícil para un pato tocar la flauta, y esto lo divirtió” (Ibidem, p.23). Hasta acá, nos encontramos con un material sumamente valioso, que nos puede permitir reflexionar acerca del modo de abordaje que Winnicott implementa en sus consultas terapéuticas. Al referirse a las dificultades que tendría un pato para tocar la flauta, Winnicott interviene en los mismos términos en que Iiro se comunica, en la misma frecuencia de onda, en mutualidad. Nos advierte que decirle al niño que representaba su propia incapacidad por medio de patos “[...] hubiera sido una torpeza, ya que era sumamente improbable que supiera lo que estaba haciendo o que tuviera una intención consciente de utilizar un pato para representar su propia incapacidad” (Ibidem, p.23). Winnicott, por lo tanto, no consideraba que Iiro estuviera en condiciones de reconocer y aceptar su afección. Nos resulta apropiado, con el fin de ampliar nuestra comprensión, analizar lo ocurrido, de manera breve y esquemática, a partir de los desarrollos teóricos de Winnicott, trabajados hasta este punto de nuestra investigación.

Desde la perspectiva de la psicoterapia como aquello que transcurre en la superposición de dos zonas de juego, comprendemos que Winnicott, al apuntarle de manera directa al pato, y en forma oblicua a Iiro, se encuentra interviniendo dentro de la zona de intersección, en el juego mutuo. Como hemos visto, si pretendiera interpretar el material que construyeron junto a Iiro en términos inadecuados o lejanos a este, o en un momento inoportuno, la intervención caería por fuera de la zona de experiencia, lo cual provocaría el rechazo de la situación o la aceptación sumisa. En cualquier caso, nada significativo ocurriría y una oportunidad que quizás no se repita sería malgastada.

En términos del objeto, nos encontramos en el registro de lo *subjetivo*. Nos referimos a ese objeto producto de la creatividad de Iiro, cercano al *self*, cuya presencia es favorecida por el encuentro con Winnicott y su actitud profesional. Los dibujos, y el analista mismo, conforman objetos subjetivos. Iiro, según la hipótesis de Winnicott, no podía aún reconocer su incapacidad. Si Winnicott, en ese intercambio y en ese momento de la consulta, le enrostrara la cruda realidad de su situación, si le dijera que las patas de

pato que dibuja son, en realidad, la representación de su mano deforme cuyas limitaciones no logra aceptar, le estaría ofreciendo un *objeto percibido objetivamente*, sin respetar los tiempos del paciente. En fin, el analista robaría la posibilidad de que Iiro se aproxime, en forma creativa y según su capacidad creciente en la terapia, a un objeto más realista. Todo se echaría a perder. Afortunadamente, recordémoslo, Winnicott le dice que sería difícil para el pato, y no para Iiro, tocar la flauta.

Si abordamos lo ocurrido en el caso, ahora en los términos de su teoría de la comunicación, comprendemos que al tratarse de un objeto subjetivo la comunicación no puede ser explícita. El *self* y sus objetos se encuentran aislados y no se comunican con el mundo externo. Winnicott respeta, en su cautelosa participación, esa modalidad de comunicación. Si el analista en posición de objeto subjetivo se vuelve, de repente, un objeto percibido objetivamente, se vuelve intrusivo y viola, así, la intimidad del *self*.

La consulta terapéutica continuó con la mutua producción de garabatos. Winnicott, por momentos, se deja llevar por el placer de jugar, sin saber del todo por qué dibujó tal o cual garabato. Al momento siguiente, lo vemos realizar una figura en forma deliberada, con la intención de que Iiro la conforme en una mano. El intercambio es bastante libre, pero para nada ingenuo.

[...] Winnicott en algunos momentos calcula los dibujos que hace, aunque en otros no, se deja llevar por el azar. Busca hacer un garabato para producir algo. No es del todo una posición que implica “que salga lo que salga”; está en una búsqueda activa de lo que quiere producir y para ello a veces calcula y otras se deja llevar por el azar de sus propias asociaciones. (Tkach, 2007, p.4)

A medida que el juego avanza, a Winnicott le resulta evidente que Iiro muestra poca voluntad para volcar la mirada sobre sus manos, pero aun así decide no decir nada al respecto y esperar. Esta actitud rinde sus frutos, y el garabato siguiente que el niño produce se asemeja a una mano deformada. Winnicott consideró esta ocasión como muy significativa y decidió preguntarle en qué pensaba, a lo que Iiro contesta que lo hizo sin pensar. “Y se sorprendió a sí mismo” (Winnicott, 2008, p.27). Iiro se acercaba cada vez más al reconocimiento de su incapacidad en la mano. Ahora Winnicott decidió

preguntarle por sus sueños. Luego de unos intercambios verbales Iiro realizó un dibujo que se asemejaba a su mano deforme, y Winnicott no dudó en preguntarle por la similitud entre el dibujo y su mano. Iiro asintió. “En ese momento consideraba con objetividad sus manos y no estoy seguro de que hubiera hablado antes objetivamente de su condición con nadie” (Ibidem, p.28). A partir de aquí Winnicott realiza preguntas cada vez más directas, acercándose poco a poco a una mirada más objetiva de lo que implica la condición física de Iiro. Hablaron sobre sus operaciones, su deseo de corregir sus manos, y la revelación que implicó que Iiro mencionara que su madre tiene la misma afección. El niño ya se encontraba en muy buenas condiciones para hablar de sus manos y su incapacidad. Los garabatos continuaron, pero lo esencial, consideramos, ya había ocurrido. Posteriormente, la madre de Iiro pidió entrevistarse con Winnicott, lo cual brindó material valioso que confirmó las hipótesis que surgieron durante la consulta. El resultado principal de esta consulta terapéutica fue que Iiro pudiera tener una visión más realista de su afección, y de las posibilidades y limitaciones que las intervenciones quirúrgicas poseían. Esto promovió que las tensiones implicadas disminuyan.

Quisiéramos destacar dos cuestiones más que nos resultan de total relevancia para pensar las consultas terapéuticas y el juego del garabato: la sorpresa y los sueños. Si bien Winnicott nos presenta una dinámica de trabajo menos asimétrica que en otros abordajes, donde paciente y terapeuta aportan lo suyo, deja en claro que quien dirige la consulta es el paciente y que es su comunicación la única que importa. En el mismo sentido, hemos presenciado, a través de sus escritos, que no es la interpretación del terapeuta lo principal, sino el momento “[...] en el cual el niño se sorprende a sí mismo” (Winnicott, 2009, p.76), es decir, cuando el niño produce sentido creativamente, crea algo que ahora se encuentra disponible para ser utilizado, integrado, un sentido al que, por supuesto, nunca hubiera arribado sin la participación activa del terapeuta que brinda un marco profesional. Brindar las condiciones para que el paciente desarrolle la capacidad de sorprenderse a sí mismo bien podría ser uno de los objetivos de todo análisis (Phillips, 1997) A su vez, “[...] el juego creador se vincula con el soñar” (Winnicott, 2009, p.53). Hay una parte de lo producido en esos intercambios que realiza a través del juego del garabato que evoca “[...] el material real de los sueños” (Winnicott, 2008, p.58) que acontece en el tránsito que va desde de la vida de vigilia al sueño. Octave Mannoni (1978) considera, en su lectura de los casos de Winnicott, que hay que esperar alcanzar ese momento de ingreso en el sueño, propio de *la otra escena*,

inconsciente, para intervenir con mayor utilidad. Queda claro que no nos estamos refiriendo a los sueños diurnos, aquello que Winnicott denunciara como un fantaseo improductivo.

Hemos omitido deliberadamente una parte de los intercambios entre Winnicott e Iiro. Sin duda se trata de material valioso que podrá ser aprovechado por quien quiera profundizar en las vicisitudes de esta consulta. Para los fines de nuestra investigación, consideramos habernos exployado lo suficiente como para poner en movimiento las ideas del autor que venimos trabajando.

4.4.3 Elisa

En este caso, a diferencia del anterior, sí hubo un pedido de consulta. Los padres de esta niña, de siete años y medio de edad, conocían a Winnicott y depositaban su confianza en él, a punto tal que no pidieron ninguna entrevista de devolución.

Ya en el consultorio, a solas con Winnicott, Elisa acepta la propuesta de jugar a los garabatos. La niña no estaba al tanto de por qué asistía a esa consulta, pero eso no le impidió lanzarse de lleno a jugar. Como es habitual, Winnicott realiza el primer garabato. Elisa lo completa agregando una pata, y dejando así un espacio entre pata y pata. Winnicott le pregunta qué significa, y la niña responde: “Algo que salió mal” (Winnicott, 2008, p.51). Nos encontramos en el primer intercambio de la consulta, y Winnicott no duda en aseverar que su pequeña paciente le estaba mostrando una fibra emocional sensible. “No es infrecuente en mi experiencia, que un niño se lance desde un principio hacia temas profundos tal como ella estaba haciéndolo” (Ibidem, p.51). Winnicott se autoimpone la tarea de retener mentalmente que *algo salió mal* en el espacio entre las patas, donde podría ubicarse una panza. Considera que una comunicación significativa puede estar en juego, acerca de un problema relacionado con una panza.

Winnicott explicita que sus consultas terapéuticas no son ejemplos de curas sintomáticas sino de comunicaciones. Lo que Winnicott nos presenta aquí es un *método de comunicación* (Winnicott, 2008) con niños. Observamos, entonces, que tanto en el caso de Iiro como en el de Elisa, cobra vigencia su axioma acerca de que, ya sea un

niño, un adolescente o un adulto, si se le da la oportunidad, en forma apropiada y profesional, dentro del marco de la consulta, el paciente volcará “[...] el problema actual, el conflicto emocional o la pauta de tensión que prevalece en esa etapa de su vida” (Ibidem, p.15).

Volviendo al desarrollo de la consulta, Winnicott, fiel a sus convicciones, no dijo nada y decidió esperar. Continuó el intercambio de garabatos. En el quinto, que Winnicott realiza, ella lo convierte en alguien con un sombrero. En este punto Winnicott recuerda que la madre de Elisa, en una entrevista realizada tres meses antes, le había contado de un incidente en la primera infancia de la niña que involucraba sombreros. Pero, según su propia teorización de las consultas terapéuticas, es el niño quien guía y domina las entrevistas. Es el paciente el que da las claves, y por eso Winnicott continúa dejando en primer plano el espacio entre las patas del primer dibujo realizado. El tema de los sombreros queda, entonces, en un lugar secundario, y la pista principal, en todos los casos, es la que brinda el paciente. En el noveno garabato, realizado por Winnicott, la niña lo transforma en un “perro o algo” (Ibidem, p.55). En este dibujo también hay un espacio entre la cola y el lugar donde debieran estar las patas, insistiendo así sobre la temática del primer garabato. Esto, sin duda, llamó la atención de Elisa, que tomó nuevamente el primer dibujo y le agregó una línea en el espacio que había quedado en blanco, lo que configuró una panza. En el catorceavo garabato la niña creó “[...] una especie de pato que uno ve en la oscuridad” (Ibidem, p.58). Frente a este material, Winnicott comprende que se aproximaban al material de los sueños, onírico, en que surgen las ideas y pensamientos que nos abren el camino a las interpretaciones productivas. Una de las mayores dificultades que se presentan en la lectura de los casos es, quizás, comprender las claves que Winnicott contempla para determinar que se ha ingresado en el sueño (Mannoni, 1978).

El problema de llegar al material de sueños se repetirá prácticamente en todos los casos, y se requiere un juicio sutil para determinar cuándo siente el terapeuta que el material que emerge en los dibujos o en la conversación está alcanzando el nivel de un sueño, y ha llegado el momento de la pregunta: “¿Alguna vez sueñas?”. (Winnicott, 2008, p.40)

Los dibujos realizados por Elisa incluyeron, además del tema central de la panza, aspectos feroces de la personalidad, tales como *perro feroz*, o *algo feroz que tiene garras* (Ibidem), en los garabatos once y dieciocho respectivamente. Winnicott realiza preguntas en torno a los sueños, pero a la niña le resultaba difícil hablar de ellos porque “[...] eran horribles” (Ibidem, p.60). “Le señalé que evidentemente había algo horrible que era parte de sí misma, pero que ella no sabía cómo manejar [...]” (Ibidem, p.60). Winnicott no solo pregunta, sino que también, como describimos, ayuda a construir, a través de sus garabatos, de las líneas que traza para completar el del paciente, de sus intervenciones verbales. “También dije algo acerca de las garras y de sus ideas de llegar a lo que estaba dentro de la panza de mamá cuando estaba por tener alguno de los bebés que nacieron después de ella” (Ibidem, p.60-61). Comprendemos que la propuesta de Winnicott no involucra ningún tipo de terapia light, simple o superficial. Análisis y síntesis se suceden en diferentes niveles de profundidad que es necesario determinar, a cada paso, para poder intervenir en mutualidad.

En un momento posterior, Elisa tomó una hoja y dijo que iba a dibujar “[...] un sueño espantoso” (Ibidem, p.62), que integraba los aspectos hostiles de la niña y la panza o vientre. Llegar a este punto fue clave en la consulta. Si bien otros garabatos se sucedieron, el tema central ya había sido comunicado. Winnicott considera que la ferocidad expuesta en el material es, precisamente, aquella característica que falta clínicamente en Elisa. La ferocidad, según Winnicott, estaba ligada al miedo a aquellas cosas que imaginaba que crecían en la panza de su madre, y también a los impulsos agresivos hacia una madre que se alejaba de ella por un tiempo en cada embarazo. En esta consulta terapéutica la niña pudo utilizar su sueño de una manera que nunca antes había podido. Le permitió descubrir aspectos de ella misma que pudo integrar en el proceso, y que redundaron en un mayor relajamiento, mayor libertad, y una mejor relación con su mamá. Y esto aconteció en una niña considerada sana, con capacidad de jugar y superponer su zona con la de Winnicott.

4.4.4 Bob

En esta oportunidad, se trata de un niño de seis años que presentaba dificultades comprensivas y en el habla que entorpecían todo diálogo. La sensibilidad de Winnicott lo define, al verlo por primera vez, como un niño dado, expectante de amistad y de obtener ayuda. Sabemos que la esperanza inicial del paciente en que el profesional puede ayudarlo es una condición esencial de estos encuentros.

Los intercambios de garabatos fueron divididos en fases por Winnicott. En una primera fase, Bob fue cauteloso con su producción gráfica, con una actitud sumisa frente a la actividad propuesta. A su turno, en lugar de garabatear, dibujó un coche en una oportunidad, y un sol en otra, utilizando así “[...] el aspecto de su yo que trata de acatar y amoldarse, pero que no conlleva sentimientos ni tampoco emplea impulsos” (Winnicott, 2008, p.75).

En la segunda fase, el niño agregó ojos a un garabato de Winnicott y llamó al dibujo “Humpty Dumpty”. Aquí comienza a circular en Winnicott la idea de desintegración en el desarrollo de Bob. Recordemos que Humpty Dumpty es el personaje de una canción infantil inglesa, cuyas rimas refieren a un huevo antropomórfico que se balancea sobre un muro, para luego caer y fragmentarse. Esta idea, junto a los ojos que Bob agregó, cobrará mayor relevancia a medida que prosiguen los intercambios. Una vez más, a pesar de las conjeturas iniciales, Winnicott nos advierte que en la consulta terapéutica

[...] por lo general, no hago interpretaciones, sino que espero hasta que el aspecto esencial del mensaje del niño se haya revelado. Entonces hablo de ese aspecto esencial, pero lo importante no es tanto mi comentario como el hecho de que el niño ha llegado a algo. (Winnicott, 2008, p.77)

A medida que los intercambios y garabatos avanzaban, Bob se sumerge cada vez en aguas más profundas. Volvió a agregar ojos a un garabato de Winnicott, y a su turno de garabatear, el niño dibujó una suerte de laberinto, “[...] un lugar que confunde” (Ibidem, p.78). Contó que habían ido a un lugar así con el padre, en donde se había angustiado. Winnicott lee este material como una reacción a una falla ambiental, y sigue así en la pista de una falla temprana a la que el niño pudo verse sometido. De hecho, en el

onceavo intercambio en el papel, Bob quiso dibujar un avión. Frente a la pregunta de Winnicott acerca de si le gustaría viajar en uno, el niño respondió que “No, porque podría ponerse cabeza abajo” (Ibidem, p.80). Winnicott entiende que Bob le transmitía “[...] su experiencia de inestabilidad ambiental durante su etapa de dependencia casi absoluta” (Ibidem, p.80).

Debemos reparar en el hecho de que Winnicott ya posee suficiente material que respalde su comprensión acerca de qué podría estar comunicándole el niño, y sin embargo se abstiene de interpretar. Winnicott espera, como ya hemos podido inteligir, que el paciente llegue a esa comprensión creativamente, y cualquier atajo que se quiera tomar, a partir de explicitar en palabras, por ejemplo, la reacción del niño a la falla ambiental, no nos llevará a buen puerto. Conocemos los resultados posibles para Bob si la interpretación se realiza a destiempo: acatamiento o rechazo.

Avanzando en la consulta, Bob realiza un dibujo de una montaña, en donde, en sus palabras, uno camina hacia todos lados y se pierde. Winnicott lo comprende como el inicio de la tercera fase en la serie que llevaban adelante, donde van a profundizar en los detalles más significativos de la problemática en juego, esto es, la falla ambiental temprana con la consecuente “[...] amenaza de angustia primitiva relacionada con caída, despersonalización, confusión, desorientación, etcétera” (Winnicott, 2008, p.85). En el mismo sentido, en su dibujo número veintitrés, realizó una montaña. “Uno sube hasta allá arriba y se resbala; es todo hielo” (Ibidem, p.86). Todo indicaba una falla en el sostén materno en el período de dependencia absoluta, posiblemente a causa de una depresión en su madre. Winnicott decide seguir esperando y preguntarle por sus sueños. A partir de las respuestas del niño, que confirmaban sus hipótesis, Winnicott realiza el dibujo de un bebé borroneado, sostenido en brazos por su madre, mientras le comentaba a Bob acerca del peligro de caer que tenía el bebé. En ese mismo instante Bob tomó el dibujo y remarcó, como manchándolos, los ojos de la mujer mientras decía “se va a dormir” (Ibidem, p.90). Esta fue la comunicación principal, organizada a lo largo de los intercambios. Winnicott continuó explorando junto al niño, mostrándole ahora el bebé en el piso, a la espera de que Bob pueda decir algo acerca de la defensa que tuvo que implementar frente a la falla ambiental. El niño describió una fantasía, ligada a sus sueños, que mostraba el tipo de organización psiconeurótica que tuvo que montar como defensa a las angustias arcaicas, impensables, producto de las fallas en el sostén.

A partir de una entrevista posterior con la madre, se esclarecieron algunas de las tempranas dificultades que tuvo de transitar Bob, siendo quizás la principal la somnolencia materna, producto de un cuadro depresivo. Nos resulta inevitable acompañar esta descripción con la referencia al trabajo de Winnicott (2009) acerca del papel de espejo de la madre en el desarrollo del niño.

¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? Yo sugiero que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él. Todo esto se da por sentado con demasiada facilidad. Yo pido que no se dé por supuesto lo que las madres que cuidan a sus bebés hacen bien con naturalidad. Puedo expresar lo que quiero decir yendo directamente al caso del bebé cuya madre refleja su propio estado de ánimo o, peor aún, la rigidez de sus propias defensas. En ese caso, ¿qué ve el bebé? (Winnicott 2009, p.148)

El bebé que mira el rostro de una madre absorbida por sus propias fragilidades no se ve reflejado, la ve a ella. Las consecuencias en el desarrollo abarcan un abanico de posibilidades, de las que Bob nos muestra un fragmento. A partir de la comunicación y comprensión lograda en la consulta terapéutica, el niño continuó su desarrollo de manera favorable, avanzando en aquellos aspectos en los que estaba detenido. Un nudo del desarrollo fue desatado.

Como en todos los casos expuestos en nuestra investigación, hemos omitido parte del material a los fines de no extendernos demasiado. Nuestro objetivo continúa siendo ampliar la comprensión del lector acerca de las consultas terapéuticas y el juego del garabato. A continuación, trataremos un caso de una adolescente, perteneciente a la segunda sección del libro que agrupa las consultas terapéuticas (Winnicott, 2008).

4.4.5 Hesta

En el caso de esta joven de dieciséis años, no observaremos un cambio sintomático significativo. Como en todos los ejemplos de consultas terapéuticas retratados por Winnicott, el trabajo realizado posibilita una comunicación. Comunicarse en el espacio potencial de ese encuentro, en la intimidad que Winnicott propicia, configura en sí un antes y un después que, aún sin tratarse de una cura, implica una psicoterapéutica.

El médico de la familia de Hesta le envió una carta a Winnicott detallando las circunstancias de la adolescente y su ambiente familiar. En la misiva se encuentra toda la información con la que Winnicott cuenta antes de ver a la joven. Desde su primera menstruación, a los catorce años, la joven inició con un estado de nerviosismo. Para sus quince años sufría insomnio, tenía una gran sensibilidad a lo que opinaran de ella y “[...] se sentía agobiada por una sensación de inadecuación, tanto en la escuela como en su vida personal. Tenía miedo de ser lesbiana” (Winnicott, 2008, p.184). A pesar de que presentaba una oscilación maníaco-depresiva, Hesta negaba tener una condición enferma. A sus dieciséis años, mostraba una conducta extravagante y se temía que pudiera cometer suicidio. Su hostilidad fue aminorando a la par que subió de peso.

Winnicott recibió a la joven y su madre. Luego de una breve conversación entre los tres, quedó a solas con Hesta. Winnicott la encontraba potencialmente hostil, y quizás por eso, haciendo gala de la mayor libertad que este tipo de consulta autoriza, comenzó diciéndole que acababa de volver de sus vacaciones y no tenía muchas ganas de trabajar. Este comentario fue del agrado de Hesta, que comenzó a conversar acerca de su vida. Reconocía alguna dificultad en su vida actual, en relación a su escolaridad, pero el problema, decía, no era ella, sino sus “padres anormales” (Ibidem, p.185). A Winnicott le resultaba difícil que Hesta hablara de sus problemas, pero a partir de la propuesta de los garabatos los intercambios fueron más fluidos.

Como es habitual, comenzó Winnicott esbozando el primer garabato. El segundo garabato realizado fue de ella, y Winnicott lo convirtió en una chica que estaba gritando auxilio. Esto derivó en una conversación acerca de los Beatles, dado que “¡Auxilio!” (*Help!*) es el nombre de uno de los temas más populares de la banda musical inglesa. “Esta idea surgió en mí, y en modo alguno la sugirió su garabato. En este trabajo me permito la libertad de ser espontáneo e impulsivo, lo que no interviene con el proceso en el joven paciente” (Winnicott, 2008, p.186). Nuevamente vemos cómo interviene azarosamente, tanteando, viendo qué efectos produce en su paciente tal o cual intervención mientras intentan descubrir, juntos, de qué se trata en esta consulta,

mientras avanzan hacia la comunicación significativa. Quizás Winnicott consideró que dibujar una chica pidiendo ayuda podría decir algo acerca de Hesta. No podemos saberlo. Pero sí sabemos que el *proceso* de la joven no se verá afectado, porque es ella quien guía la consulta, porque nada de lo que Winnicott introduzca será una imposición. Y podemos preguntarnos aún si este comportamiento activo en la consulta, espontáneo, si esta manera de promover un intercambio, más allá de los garabatos, no es una modalidad habitual en el trabajo con adolescentes ¿Podrán los analistas reconocer algunas de las libertades a las que, en ocasiones, se entregan en el análisis con adolescentes? Una muestra más de esta misma libertad a la que Winnicott se brinda se observa no solo en los trazos garabateados sino en las respuestas, siempre parciales, que da sobre su vida personal, en ocasión de las preguntas de Hesta. Los niños y los adolescentes no son, en algún sentido, buenos pacientes, pacientes obedientes. Realizan toda clase de preguntas y observaciones acerca de nuestra vida privada, nuestros gustos, incomodándonos, como lo hace Hesta. Quienes trabajamos con esa población debemos estar preparados, a la manera de Winnicott, para devolver algo más que una negativa. Hemos constatado en nuestro recorrido que la flexibilidad es una de las características con las que cuenta la consulta terapéutica y el juego del garabato mismo. Tanto es así que, frente al interés de Hesta por uno de los cuadros de la pared del consultorio, no dudaron en suspender momentáneamente el juego de los garabatos y detenerse a recorrer y examinar todas las pinturas que adornaban las paredes. Luego retomaron el juego.

A medida que los garabatos avanzan, Winnicott nos brinda una multiplicidad de ideas que el material promueve en él. No realiza interpretaciones y deja así la puerta abierta una variada gama de sentidos que podrán ser decantados con posterioridad. El dibujo de *un hombre* mostraba cierta reiteración y fue el disparador de preguntas acerca de ser hombre y ser mujer. En el onceavo garabato, a partir de una regla nueva que juntos inventaron, fue Hesta quien tuvo que completar su propio garabato y lo transformó en una persona con un niño detrás, ambos dentro de un bote a vela. “Es evidente que la persona es feliz, pero el niño está indiferente” (Winnicott, 2008, p.194), comentó la joven acerca del dibujo. Winnicott comprendió que algo significativo acontecía en este dibujo hecho enteramente por ella. Según su lectura, ubicaba allí aspectos importantes de su vínculo con su madre, “[...] que se siente feliz y dueña de sí misma, mientras que Hesta se siente excluida y sola” (Ibidem, p.195). Esto contrasta con lo que estaba ocurriendo en la consulta, donde Hesta se sentía incluida en un juego

compartido, en el que ambos podían ser creativos. Esta situación condice con la teoría de Winnicott acerca del encabalgamiento de zonas de juego, espacio en el que Hesta podía, creatividad mediante, ser y sentirse *real*. Poco después, a partir de haber percibido un cambio cualitativo en el material (Geets, 1993), Winnicott comenzó a preguntarle acerca de sus sueños, en busca de estratos más profundos en la personalidad de la joven. Como hemos desarrollado, hay un momento en la consulta en que la fantasía volcada se torna sumamente personal, y es allí, según el criterio del psicoanalista inglés, donde resulta pertinente la interrogación por los sueños. Y este era el momento con Hesta. Así, comenzaron una charla sobre sus sueños en la que surgió el contraste entre la creatividad de los sueños y lo aburrido de la realidad objetiva. Winnicott tomó nota de cierta dificultad en la joven para conciliar fantasía y realidad pero no dijo nada. El quinceavo garabato fue realizado por ella y completado por Winnicott, que lo transformó en un reloj de mesa de luz con una lámpara. A este dibujo la joven lo bautizó *tiempo*. Este dibujo fue significativo, por un lado, porque hace referencia al momento cercano a la finalización de la consulta, algo que ambos tenían en mente. Por otro lado, el tiempo, la temporalidad, es, según Winnicott, “[...] una de las principales manifestaciones del principio de realidad” (Winnicott, 2008, p.198). Winnicott (2009) considera al paso del tiempo como la única cura posible para la adolescencia. Esto, interpretamos, puede ser entendido como una amalgama del paso del tiempo cronológico, junto al desarrollo de la categoría tiempo en el psiquismo, es decir, cierta asunción de la temporalidad que permita al adolescente conjugar su pasado, presente y futuro. En nuestra opinión, solo a través de la consistencia de esos componentes el adolescente podrá sortear la inmediatez, la impulsividad, y construir su identidad de cara a un proyecto posible. Si bien Winnicott es, posiblemente, uno de los pocos autores clásicos en psicoanálisis que puede enseñarnos mucho sobre el trabajo con adolescentes (Mannoni, 2001), no desarrolla sus ideas en este contexto por lo que nosotros tampoco lo haremos.

Winnicott y Hesta continuaron conversando. Ella pudo hablar acerca de los adultos a quienes menos toleraba: sus padres y el médico de la unidad de tratamiento de adolescentes. Realizaron un garabato final que retomaba dualidad masculino-femenino, cuestión que se encontraba dentro del ámbito de las inquietudes de la joven adolescente. Winnicott también observó en el garabato y, en la técnica en dos fases con que Hesta los realizaba, aspectos de su fluctuación maníaco-depresiva. Al terminar la consulta, ella

imaginaba que Winnicott se entrevistaría con su madre, pero él le dijo que no hablaría con ella: “Naturalmente, puedo escuchar el punto de vista de tu madre y será muy distinto del tuyo, pero por ahora, estoy interesado en tu punto de vista” (Winnicott, 2008, p.200). Hesta se sintió aliviada. Al hacer esto, comprendemos que Winnicott retoma la temática del garabato número once, en que la joven expresaba sus sentimientos de exclusión y soledad, ubicándola nuevamente en el centro de la consulta, junto a él, haciéndola protagonista de un espacio que es suyo, moldeado por ella, y que no pertenece a sus padres. Consideramos que en el trabajo con adolescentes es habitual que los analistas debamos maniobrar, de manera similar a Winnicott, para que los pacientes ocupen un lugar de sujeto, contrario al lugar de objeto depositado por los padres, obligado muchas veces, con que suelen llegar a la consulta (Tkach, 2001). En muchas ocasiones, las entrevistas con los padres refuerzan la idea del joven de que el espacio terapéutico no le pertenece y nosotros trabajamos para los padres y no para él.

Poco tiempo después de la consulta, Winnicott recibió una carta del médico de Hesta en la que lo felicitaba por el éxito en la entrevista. Lo principal era que la joven ahora podía reconocer que necesitaba ayuda y estaba dispuesta a recibirla. Los padres también le escribieron para agradecerle, ya que percibieron un cambio a partir de la consulta. La madre de Hesta notó una importante mejoría en la actitud hacia ella, aliviando las tensiones en la relación. “Mi argumentación es que se ha hecho muy poco, y que hacerlo fue económico (una hora); asimismo, a los padres y al médico no se les ha arrebatado el caso, como ocurriría, en forma inevitable, en una psicoterapia” (Ibidem, p.201).

Los padres aceptaron que Winnicott viera a Hesta, solo a ella, cuando la joven lo deseara. Winnicott implementó, así, aquello que denomina consulta *a pedido*,⁴ donde la joven podía usar a Winnicott cuando lo necesitara. Hasta el momento de la transcripción de este caso, Winnicott llegó a ver a la joven, a pedido, unas seis veces en un año. En el transcurso del mismo, hubo una mejoría de sus fluctuaciones maníaco-depresivas y la joven decidió voluntariamente retomar la actividad escolar.

4.4.6 Ruth

⁴ Para profundizar acerca del *psicoanálisis a pedido* véase: *Psicoanálisis de una Niña Pequeña* (Winnicott, 2006)

Este caso pertenece a la tercera sección del libro (Winnicott, 2008). Los casos descriptos y analizados en nuestra investigación refieren, como en todo el libro, a ejemplos de comunicación con el paciente. La particularidad de esta última sección es que agrupa “[...] casos que muestran la psicogénesis de la tendencia antisocial” (Ibidem, p.223). En aras de una mayor comprensión será necesario detenernos, muy brevemente, en la original teoría que Winnicott desarrolla sobre aquello que denomina *la tendencia antisocial*.

La tendencia antisocial no es diagnóstico (Winnicott, 2003a). Puede presentarse a cualquier edad en diversos tipos de organización psíquica (psicosis, neurosis, etc.). En el origen, implica para el sujeto una deprivación, una carencia de algo esencial del hogar, algo bueno que tuvo, un cuidado con el que contaba durante cierto tiempo y luego le fue arrebatado. Esto produce una interrupción en la continuidad de la existencia del niño. No se trata de una privación sino, como dijimos, de una deprivación que acontece cuando el yo ya ha podido alcanzar cierto grado de madurez que le permite reconocer que la falla es ambiental. Si esta catástrofe ocurriese cuando aún no se ha desarrollado la distinción yo / no-yo, en lugar de una tendencia antisocial podríamos encontrar una psicosis. El niño deprivado es víctima de una falla por parte de un ambiente que funcionaba muy bien hasta que dejó de hacerlo. Este fracaso del medio acontece durante un tiempo demasiado prolongado para el niño, de forma tal que no puede retener la representación de la experiencia favorable de antaño. Frente a la carencia, el niño, por momentos, pierde toda esperanza en el ambiente. Pero en los períodos esperanzados manifiesta la tendencia antisocial. “La tendencia antisocial implica una esperanza” (Ibidem, P.147). Cuando esta tendencia se manifiesta, su característica principal es poner a prueba el ambiente, sacudirlo, ver si está a la altura de las circunstancias. Esto ocurre a partir de cierta impulsividad ajena a su conciencia. Winnicott reconoce dos orientaciones principales en la tendencia antisocial: el robo y la destructividad. El *robo* siempre se manifiesta junto con la mentira. Cuando un niño roba no se encuentra realmente interesado por el objeto que roba, sino por encontrar lo que le fue sustraído, su madre, sobre la que tiene derechos adquiridos. Winnicott lo explica con brillante sencillez.

Cuando un niño roba azúcar, está buscando a una madre buena, la propia, de la que tiene derecho a tomar toda la dulzura que pueda contener. De hecho, esa dulzura le pertenece, pues él inventó a la madre y a su dulzura a partir de su propia capacidad de amar, de su propia capacidad creativa primaria, cualquiera sea esta. (Winnicott, 2003b, p.139)

La *destrucción* busca provocar reacciones ambientales que sean capaces de resistir “la tensión provocada por su conducta impulsiva” (Winnicott, 2003a, p.149). El niño antisocial busca que el ambiente pueda estar a la altura de sus requerimientos. Esa búsqueda implica esperanza. Es este el denominador común de la impulsividad que pone en marcha la tendencia antisocial: molestar al ambiente. Si el sujeto no logra fastidiar a su entorno, no logrará su cometido. Comprendemos con total claridad que Winnicott considera a la tendencia antisocial como un intento de recuperación, una manera espontánea del sujeto de volver al pasado, al momento en que las cosas marchaban bien, en busca de reencontrar aquello que perdió “[...] sea esto el objeto o la provisión materna o la estructura familiar” (Winnicott, 2008, p.225). Ahora bien, el autor no desconoce que soportar las tensiones generadas por la destructividad, las agresiones y perjuicios de todo tipo, no es tarea sencilla. Muchos padres, capaces de criar exitosamente a hijos sanos, fracasan frente a uno de sus hijos que presente la tendencia antisocial. De igual manera acontece para un analista.

La original formulación de Winnicott permitió una nueva mirada sobre la delincuencia. En muchos casos encontraremos, en el origen de la conducta delictiva, un niño privado que no ha perdido la esperanza. Las raíces de esta compulsión son inconscientes, aún si con posterioridad cobran mayor protagonismo las ganancias secundarias, que complican considerablemente la cuestión. Queremos mencionar, en este contexto, el antecedente principal de estos desarrollos. Ya Freud (1993 [1916]) abre la puerta a las motivaciones inconscientes del robo o los actos antisociales en un escrito bisagra en torno a estos temas: *Los que delinquen por conciencia de culpa*. Según lo desarrolla el padre del psicoanálisis, la realización de actos delictivos aporta alivio a quien lo ejecuta al ubicar, en ese acto, su conciencia de culpa inconsciente, culpa que

Freud supo reconducir a las motivaciones del Complejo de Edipo. No es nuestra intención profundizar en esta idea de Freud, pero creemos necesaria la referencia.

Comencemos ahora con Ruth. En este caso, Winnicott accedió a una buena cantidad de información en forma previa a la consulta. Lo primero que Winnicott supo de Ruth llegó a través del padre de la niña, que había realizado una consulta para hablar de él mismo, de la enfermedad de su esposa, y en parte, de una de sus hijas. Ruth tenía ocho años y era la hermana del medio de tres hermanas. Había empezado a robar en la escuela, su personalidad había cambiado y se mostraba más reservada y esquiva. Su tránsito escolar se había deteriorado, al punto de que la escuela amenazara con expulsarla. Todos estos cambios comenzaron al principio del tercer embarazo de la madre, que se sintió abrumada por la noticia del mismo. Esta circunstancia afectó su salud y derivó en algunas enfermedades e internaciones. La madre padeció una artritis reumatoide que la dejó inválida; cerca del final del embarazo desarrolló una melancolía aguda; ya nacido el bebé, tuvo un desequilibrio mental que derivó en la más extensa de las internaciones, de algunas semanas. Ruth fue víctima de todo este proceso familiar, pero los padres no lo notaron entonces. Winnicott expresa que es este período de abandono el que será reflejado en la comunicación significativa (Winnicott, 2008).

Cuando Ruth vino a verme, yo ya tenía conocimientos pues, de estos y de muchos otros datos relativos a los antecedentes familiares. Pero lo que yo no podía saber era si Ruth iba a poder establecer contacto conmigo de forma tal que yo pudiera ver su niñez a través de sus ojos. (Winnicott, 2008, p.321)

Establecer contacto es vital en este tipo de consulta. Toda la información que obtengamos que no sea brindada por el paciente puede obstaculizar el proceso terapéutico o, simplemente, caer en saco roto. La única comprensión posible es la que se obtiene a través de la toma del contacto con el paciente, con quien llegamos a comunicarnos. La información obtenida a través del padre de Ruth, junto con la teoría que acompaña a Winnicott en cada consulta, permitirán generar el marco necesario para que la niña pueda utilizar la consulta terapéutica. Pero las claves las tiene el paciente y el proceso es solo suyo. Winnicott nos enseña, a través de Ruth, que para ayudarla con

su compulsión a robar había que “[...] llegar a la propia versión de la niña sobre cómo experimentó la carencia” (Ibidem, p.322). Este era el objetivo principal de la consulta terapéutica.

Una vez en el consultorio, y dispuestos a comenzar con el juego del garabato, Winnicott realizó el primero y Ruth lo convirtió en un cochecito de bebé, el suyo propio según explicó. A partir de este material surgió que la niña tenía tres muñecas que adoraba. Winnicott le propone que las dibuje, sin exigirlo. Ruth dibuja las tres muñecas, comentando sus nombres. En los intercambios promovidos a partir de este material, aparece la idea de Ruth de ser una mamá con muchos hijos. Winnicott comprende que la niña representaba su propia familia y una identificación con la madre. La muñeca del medio, donde ella se ubicaría entre las otras dos –muñecas / hermanas- tenía una pierna deformada y ausencia de manos. Aquí es posible pensar en una identificación con una madre desvalida, como cuando estuvo enferma. Winnicott continuó con los intercambios pero no interpretó. Los garabatos se sucedieron, y al llegar al treceavo Winnicott preguntó a la niña si se había cansado de este juego, a lo que ella respondió que no, que de hecho le gustaba. En este punto, la confianza de Ruth iba en aumento, lo que preparaba el terreno para nadar en aguas más profundas. Así es que Winnicott hizo un garabato más confuso, esperando la respuesta de la niña, que rápidamente lo convirtió en agua dentro de una bañera. “Aquí había fantasía personal, y yo podía, ahora, acercarme al mundo onírico de Ruth” (Ibidem, p.329). Llegaba, entonces, la pregunta por los sueños. Sabemos que se trata de momentos especiales de la consulta, donde es probable encontrar una comunicación significativa. Las respuestas iniciales de Ruth no conformaron a Winnicott, que decidió ir más lejos y preguntar por los sueños aterradores. Allí, la niña ingresó al sueño, y para explicarlo tomó una hoja de papel. Mientras dibujaba y relataba el sueño Winnicott notó un importante monto de angustia en ella, que cedió cerca del final del sueño, cuando el padre aparecía y todo *terminaba bien* (Ibidem, p.329). El dibujo muestra un material significativo: la madre posee un miembro inferior deformado y manos inútiles; con una sonrisa en su rostro lleva un bebé que quizá no nació aun; la niña se ubica por detrás, como yendo hacia ella, llevando comida para el bebé, con un torrente de agua a sus espaldas. Winnicott realiza un comentario acerca de Ruth corriendo hacia su madre, con esperanza, siendo capaz de ayudar con la alimentación del bebé. Él estaba al tanto de que las primeras cosas que la niña robó fueron alimento para el bebé, y luego dinero para comprar ese mismo

alimento, lo cual, seguramente, influyó en su intervención. Pero en el sueño todo salía bien, y Winnicott consideraba que debía haber una versión pesimista del mismo que, según nuestro punto de vista, evocara la carencia temprana. Por eso pidió a Ruth que “[...] dibujara lo peor” (Ibidem, p.331).

Muestra a la madre con el bebé, y *se sorprendió a medida que lo dibujaba*. “Pero...es un enanito muy chiquito.” Dijo que había veneno en el mar que estaba detrás de ella, lo que hizo que el bebé se encogiera; mamá también se encogió... “Oh, mire, cada vez estoy más lejos de mamá.” (Winnicott, 2008, p331)

Ingreso a los sueños, angustia y sorpresa: una tríada que insiste de manera más o menos regular en las consultas terapéuticas; un tridente que se entierra en lo profundo, tocando las fibras sensibles del paciente; herramienta construida entre ambos, en ese campo de juegos que configuran los intercambios. Ahora, en el dibujo, la madre no sonrío (melancolía), el bebé ya ha nacido (internación prolongada de la madre), y la separación de su mamá (cada vez más lejos) nos ofrece una visión desesperanzada. Ahora el agua envenenada ataca al bebé y a su madre, reduciéndolos. Al contrario del primer sueño, ni alimenta ni favorece el crecimiento.

Sabemos que Winnicott avanza en sintonía con su paciente, a la par, o quizá un paso por delante, pero no dos. Todo tipo de intervención que realiza contempla la posición que ocupa en la dinámica transferencial con su paciente. Sopesando el material recorrido en la consulta, Winnicott se siente en condiciones de preguntar directamente a la niña: “¿Alguna vez sustraes cosas?” (Ibidem, p.332). A lo que Ruth repondió: “Lo hice cuando era joven; solía robar alimentos para bebés” (Ibidem, p. 332). Resultó fundamental que la niña pueda expresar aquello en sus palabras. La niña pudo volver a presentar –y así integrar, posiblemente-, a partir de los intercambios, sus sentimientos de carencia y su desesperanza, producto de la falla ambiental temprana que *le robó* aquello que había sido suyo por derecho e intentaba recuperar. La experiencia de la consulta terapéutica logró que, inmediatamente después de la misma, desapareciera su compulsión a robar. Esto, a su vez, permitió conformar un círculo virtuoso en un

ambiente familiar recompuesto. Su tránsito escolar mejoró ostensiblemente. Winnicott realizó un seguimiento durante cinco años y constató que los cambios fueron duraderos.

4.5 Contrastes

Como hemos explicitado en nuestra introducción, contrastamos con aquellos desarrollos que ven en el juego del garabato simplemente una técnica a implementar frente a pacientes reticentes al intercambio verbal o a jugar con objetos. En una comunicación del año 2012 (Fernández-Manchón García, 2012), con motivo de un Congreso Nacional organizado por la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYRNA), la creación de Winnicott era definida en los siguientes términos:

Winnicott ideó el Squiggle game o Juego del Garabato para sustituir la Hora de Juego en aquellos casos en que era inviable, bien por la edad del niño (los adolescentes no quieren utilizar la caja de juegos) o bien por alguna dificultad física o cognitiva. (Fernández-Manchón García, 2012, p.41)

El párrafo previo nos resulta significativo dado que resume una de las desviaciones a la que el juego del garabato fue sometido. Insistiremos en que Winnicott utilizaba el juego del garabato como un medio de hacer contacto con el paciente en el espacio de la consulta terapéutica. De hecho, podría prescindirse de los dibujos si el paciente así lo quisiera. Lo importante es el modelo de trabajo que representa, como un modo de intercambio donde paciente y terapeuta juegan juntos. Desconocer las implicancias del juego del garabato dentro del contexto en que fue creado, para direccionarlo a una modalidad de abordaje para jóvenes que no juegan o no hablan por diversos déficits es, cuanto menos, un reduccionismo. Finalmente, Winnicott pudo utilizar junto a los niños el juego del garabato, no solo por su profunda sensibilidad, sino por el hecho de que había construido una teoría sobre el juego al calor de su experiencia clínica, para luego

volcarla en una actividad en la que su deseo no estaba ausente. El arte siempre ha sido un interés en la vida de Winnicott, y dibujar era un modo de expresión habitual en él, tal como se desprende de las líneas que escribiera Clare Winnicott (1978). Creemos conveniente no intentar imitarlo, sino desarrollar nuestro propio juego del garabato, que puede o no involucrar grafismo, pero que no puede dejar de convocar nuestro singular deseo.

En otra obra, dedicada a las consultas terapéuticas de padres e hijos (Bléandonu, 1999), la consulta terapéutica de Winnicott se presenta como un abordaje con varias limitaciones que necesita ser *actualizado*. Dentro de los argumentos esgrimidos por el autor, encontramos la dificultad de contar con “Un preinversión positivo al consultor, así como una cierta simpatía por parte de los padres hacia el enfoque analítico” (Ibidem, p.12). Según nuestro propio derrotero a través del material de Winnicott sobre las consultas terapéuticas, consideramos que, tal preinversión y simpatía, no es condición *sine qua non* para la implementación de las mismas. Valga como ejemplo el caso de Iiro, niño residente en Finlandia con el que Winnicott trabajó sin mediar conversación con ninguno de los padres. Aun cuando supongamos que la madre debe haber dado permiso para que este médico extranjero se entrevistara con su hijo, lejos estamos de condiciones especialmente favorables que se requieren, necesariamente, para ese encuentro. El preinversión es, sin dudas deseable. Pero aún sin condiciones ideales, es posible un abordaje de estas características. Consideramos que una disposición favorable del paciente puede darse en el transcurso mismo de la consulta. O, por supuesto, puede no darse.

Otra dificultad a considerar, según Bléandonu, es que, para poder llevar adelante una consulta terapéutica, debemos contar con “Una familia y una situación social no excesivamente anormales” (Ibidem, p.12). Esta advertencia también la brinda Winnicott. Pero también es cierto que deberemos sopesar en todo tratamiento, y no solo en las consultas terapéuticas, el contexto del paciente, advertencia que primero nos hiciera Freud (2017 [1932]) en una conferencia dedicada a las posibles aplicaciones del psicoanálisis. Luego de aseverar que el niño es susceptible al tratamiento analítico, nos indica que

Las resistencias internas que combatimos en el adulto están sustituidas en el niño, las más de las veces, por dificultades externas. Cuando los padres se erigen en portadores de la resistencia, a menudo peligró la meta del análisis o este mismo, y por eso suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores. (Freud, 2017 [1932], p.137)

Freud sugiere que, para lidiar con esta resistencia, debemos trabajar con los padres también, influir sobre ellos, lograr que sean aliados en nuestra causa, que es la del niño mismo. Esta recomendación no dista demasiado del punto de vista de Winnicott, cuando explica que a través de los garabatos dibujados podemos “[...] ganar la confianza de los padres al permitirles saber cómo se comportaba su hijo en determinadas circunstancias de la consulta terapéutica” (Winnicott, 2008, p.12). No es habitual trabajar en condiciones óptimas, y poseemos recursos para mejorar esas mismas condiciones.

Finalmente, comprendemos que la consulta terapéutica involucra una posibilidad más dentro del abanico de abordajes con que contamos para tratar el sufrimiento humano. No se trata de reemplazar el análisis o cualquier otro tipo de abordaje por las consultas terapéuticas, ni tampoco de una actualización o puesta al día. Nuestra posición se aproxima a la de Jean Laplanche (2001), cuando asume la tarea de retornar a los fundamentos, a la fuente, para renovarla, no para *aggiornarla*. No estamos frente a un abordaje, supuestamente, superado. Nuestro planteo insiste en la vigencia de las consultas terapéuticas.

5. Conclusiones

Hemos llegado al final de un trayecto que no se pretende definitivo. Paso a paso, logramos poner de relieve lo esencial de ese original dispositivo denominado consulta terapéutica, en cuyo interior ubicamos al juego del garabato, la singular creación de Winnicott para facilitar la tarea de entrar en contacto con los niños, lograr cierta intimidad, y comunicarse.

Al revisar la bibliografía, se advierte que son escasos los escritos del autor que teoricen específicamente sobre la consulta terapéutica o sobre el juego del garabato. Y en aquellos textos que sí lo hacen, nos resulta una descripción escueta o de una aparente sencillez que, en cierta medida, oculta la densidad de sus fundamentos. Sin dudas, la simpleza de sus desarrollos contrasta con la complejidad de los casos que nos ofrece, y que, por lo tanto, parecen exceder las explicaciones propuestas, teorizadas, para este dispositivo. Reconocemos que es habitual que Winnicott nos ofrezca un material inacabado, en ocasiones con una multiplicidad de sentidos posibles, que obliga a cada uno de nosotros a realizar un trabajo sobre ese material. Y en nuestra investigación hemos realizado ese trabajo. Por otro lado, autores destacados que han reflexionado sobre la consulta terapéutica y el juego del garabato no nos ofrecen una explicación integradora que pueda exponer los engranajes de tamaño maquinaria. Suele ser más habitual encontrar, en torno a los temas de la investigación, una referencia al genio de Winnicott y su creatividad, o algún fragmento de una consulta terapéutica con una partida de *Squiggle* (Garabato). Aportes valiosos, necesarios, pero, en cierta medida, desgajados de nuestro objeto. Tomamos estos desarrollos e intentamos ir más lejos, exponiendo el entramado de hilos conceptuales que conforman la consulta terapéutica y el juego del garabato. Una excepción han sido las contribuciones del Dr. Carlos Tkach (2006, 2007, 2011), quien ha podido integrar la consulta terapéutica y el juego del garabato con parte del corpus teórico de Winnicott, junto a la propuesta de extender el alcance de este dispositivo. Por lo antedicho, reconocemos la meta alcanzada en nuestra modesta empresa: poner de relieve la consulta terapéutica y el juego del garabato, a partir del recorrido que el propio Winnicott realizara en su carrera profesional, y sobre el cual nunca brindó una mirada de conjunto. Nuestra investigación representa, a su vez, una profundización y ampliación de las propuestas del Dr. Tkach. Entre las líneas de esta investigación se intercalan nuestros puntos de vista como, por ejemplo, la posibilidad de trasladar lo aprendido a otras modalidades de abordaje, más allá de la consulta terapéutica. O nuestras propias interpretaciones del material clínico ofertado por el autor. En el mismo movimiento, también, afirmamos la vigencia de la consulta terapéutica y el juego del garabato como un abordaje fresco e innovador, con un enfoque muchas veces necesario, y no como una pieza de museo obsoleta, para ser admirada detrás de una vitrina.

Nuestros objetivos han sido concretados. Hemos realizamos un recorrido desde los cimientos hasta las últimas reflexiones del psicoanalista inglés, que confluyen en su conceptualización de la consulta terapéutica y el juego del garabato, sin detenernos excesivamente en muchos aportes que, siendo interesantes y valiosos, desbordaban las pretensiones de esta tesis de Maestría. De esta manera, nuestra investigación deja abierta la puerta a futuras exploraciones y desarrollos de las ideas de Winnicott. Quizás una de nuestras mayores contribuciones haya sido mostrar el camino transitado a través de conceptos y textos que solo en contadas ocasiones el autor nos indicaba seguir. Junto a estos, incorporamos otros escritos, absolutamente necesarios para dilucidar el alcance de su propuesta, esas lecturas se conformaron así en hallazgos de nuestra investigación. En ese sentido, este trabajo configura un mapa posible para quien quiera adentrarse en la poco conocida densidad de la consulta terapéutica y el juego del garabato. Es esa misma densidad, producto de la madurez en la conceptualización clínica de Winnicott, la que permite ubicar a este trabajo como una breve introducción o puerta de acceso a la obra del psicoanalista inglés.

Este recorrido tomó como punto de partida sus primeros tiempos de práctica, tanto hospitalaria como privada, en los que Winnicott inicia la construcción de este novedoso campo del psicoanálisis aplicado, allá por los años de 1920. Nos vimos en la necesidad de acompañarlo en la construcción de su teoría del *desarrollo emocional primitivo*, que contiene procesos capitales del desarrollo del individuo como la *integración*, la *comprensión* y la *personalización*. Los mismos se encuentran enmarcados en las etapas de *dependencia absoluta y relativa*, en el camino a la *independencia*, dando, un lugar príncipes al ambiente humano, aquel que promueve el desarrollo o lo obstaculiza. Así, del lado del adulto cuidador, cobra particular relevancia aquello que Winnicott denominara *preocupación maternal primaria*, actitud que brinda un medio suficientemente bueno para que las potencialidades del bebé se desplieguen. Reproduciendo el gesto materno, a partir del *sostén*, el analista brinda un contacto profesional cuyo corolario es la confianza. En aras de nuestra comprensión, debimos profundizar en la experiencia de *mutualidad* y en su *teoría de la comunicación*, en especial, la comunicación silenciosa con los *objetos subjetivos*. El estudio de las vicisitudes de la *transferencia* durante la consulta, permitió considerar las diferentes posiciones o roles que el analista ocupa, en particular la de objeto subjetivo, piedra angular de la eficacia de la consulta terapéutica. Insistimos, entonces, en la *consulta*

terapéutica como un espacio de aprovechamiento del primer, o primeros encuentros con el paciente, en donde es posible realizar un trabajo en profundidad. Exploramos *el jugar* como común denominador de la teoría y la clínica de Winnicott, los *fenómenos y objetos transicionales*, y la *creatividad*, expresión del *self* que hace posible ser y sentirse *real*. Así arribamos a su comprensión de la psicoterapia como aquello que acontece en la superposición de zonas de juego del terapeuta y el paciente, sea este último un niño, un adolescente o un adulto. De esta manera, su teoría del juego nos permitió captar con la mayor claridad posible ese recurso para entrar en contacto con los niños, que Winnicott llamó *juego del garabato*. Finalmente, con todos estos desarrollos de fondo, abordamos el análisis de aquellos casos de consultas terapéuticas que, según nuestro criterio, mejor ilustraban la manera en que Winnicott utilizó el juego del garabato en la consulta terapéutica en su intento por desatar los nudos del desarrollo del paciente.

Mientras avanzamos en la escritura, notamos que palabras como consultor, terapeuta, analista, psicoterapeuta o psicoanalista, se alternaron sin clara distinción. Así, se mantuvo adrede la ambigüedad en el uso de estos términos, en el intento de presentar en acto la porosidad de las fronteras entre los diversos abordajes clínicos. Intentamos así reproducir el gesto de Winnicott, para quien lo esencial era qué tipo de formación poseía el terapeuta. Resulta evidente, tanto para él como para nosotros, que la columna vertebral es el psicoanálisis, pero un psicoanálisis que no se desvela por la filiación a alguna parroquia, sino por el alivio del sufrimiento psíquico de los pacientes.

La consulta terapéutica, como hemos visto, es una modificación del dispositivo psicoanalítico estándar, en la que Winnicott usualmente utiliza el juego del garabato para entrar en contacto con los pacientes. Si bien el autor indica este abordaje para *cierto tipo de casos*, una mirada atenta nos ha permitido extenderlo a una multiplicidad de situaciones clínicas. Solo de la lectura de los casos de Winnicott, se desprende que la consulta terapéutica puede utilizarse en pacientes que puedan encontrarse predominantemente sanos, con o sin demanda terapéutica, como también pacientes con tendencia antisocial, pacientes fronterizos o neuróticos, ya se trate de niños, adolescentes o adultos. Nos queda claro, entonces, que estamos frente a un recurso que es posible utilizar de cara a toda una diversidad de organizaciones psíquicas, y en pacientes de todas las edades. Sabemos que, con los niños en particular, debemos contar con condiciones ambientales mínimamente adecuadas, de modo que aquello que se logre a través de la consulta pueda ser acompañado en la vida cotidiana por los adultos

responsables. Sin embargo, podemos preguntarnos bajo qué condiciones la consulta terapéutica pierde todo sentido. Trabajar junto al ambiente del pequeño es parte de las consignas necesarias para todo tipo de abordaje. Casos habrá en los que deberemos influir en los adultos implicados en la vida del niño, realizando entrevistas, o un seguimiento a través del tiempo. ¿No es esto mismo lo que Winnicott llevó adelante en más de una ocasión? Es claro que para el autor, como para nosotros mismos, es necesario trabajar con los padres del niño, sin prescindir de ellos, y, por supuesto, jamás contra ellos. También es cierto que esta alianza terapéutica no siempre se logra en forma espontánea, y es por esto mismo que un trabajo debe ser realizado. No pretendemos que las consultas terapéuticas puedan administrarse, sí o sí, en toda ocasión, pero queremos destacar la enorme cantidad de situaciones en que podría implementarse, a pesar de que las condiciones de partida no sean óptimas.

¿Por qué investigar hoy sobre la consulta terapéutica y el juego del garabato? Ya hemos insistido lo suficiente en que estas elaboraciones condensan una buena parte de la trayectoria teórica y clínica de Winnicott, por lo que se presentan como una oportuna puerta de ingreso, introductoria, a la obra de este ineludible autor. Ahora nos resulta acuciante poner de relieve la pertinencia de este abordaje en la clínica actual.

Efectivamente, retomando las ideas que Winnicott expresara a mediados del siglo veinte, en la actualidad existe una demanda de psicoterapia que excede, en muchas ocasiones, tanto a los analistas en efectores públicos y privados, como a las posibilidades reales de los pacientes sostener un espacio de análisis por cuestiones materiales. La posibilidad de contar con recursos para sacar el mayor provecho posible a unos pocos encuentros no puede ser desestimada. Winnicott nos presenta un abordaje económico, que intenta hacer lo poco que se pueda hacer para beneficiar al paciente. Puede resonar como una meta excesivamente austera, pero no lo es. La indicación es valiosa: hay que hacer todo lo que podamos hacer, por poco que nos parezca, porque quizás no tengamos otra oportunidad. La pregunta por el valor social del analista se encuentra absolutamente vigente, y Winnicott nos brinda una respuesta posible.

Si nos encontramos frente a la posibilidad de iniciar un tratamiento relativamente prologado, consideramos que también resulta posible el aprovechamiento de la primera consulta. El paciente, lo hemos desarrollado, suele llegar a la consulta con interés en tratar lo que le pasa, hablar lo que nunca pudo, resolver sus inquietudes. Y nosotros, siguiendo a Winnicott, tomamos todo eso y le devolvemos algo al paciente. Aun cuando

podamos equivocarnos, nuestra disposición a ayudar al paciente, a comprenderlo desde una actitud profesional y un encuadre humano, favorece la puesta en marcha del trabajo analítico (Tkach, 2007). Efectivamente, la exploración de la consulta terapéutica nos enseña que, en general, los pacientes llegan a nuestro encuentro con la expectativa de ser ayudados, y al intentar comprenderlos, aun si no lo logramos del todo, damos un paso que alimenta esa expectativa y promueve su trabajo psíquico. No se observan contraindicaciones en un abordaje que contemple el aprovechamiento de la primera consulta. De esta manera, nuestro estudio sobre la consulta terapéutica nos permite reflexionar sobre nuevas posibilidades de intervención desde el primer encuentro con un paciente.

Con respecto al trabajo con niños, resulta evidente que Winnicott confiaba en las capacidades terapéuticas de los adultos responsables de los pequeños. Consideraba que los padres, permanentemente, reparaban a través de los cuidados cotidianos los efectos de sus propias fallas sobre el niño. Nuestra clínica nos muestra que, en ocasiones, basta con recibir al niño una, dos o tres veces, y realizar un par de entrevistas con los padres, para que aquello que era un obstáculo en el desarrollo del niño ceda, de forma tal que los avances puedan ser aprovechados por el entorno inmediato del pequeño. Vemos producirse círculos virtuosos, que en muchas oportunidades no requieren de un tratamiento prolongado. Es cierto que muchos de estos niños, aliviados por lo ocurrido durante la consulta, quieren continuar trabajando con nosotros. Los padres, al registrar los movimientos positivos que se producen en el niño, también quieren dar continuidad a la consulta. Nuestra actitud jamás será expulsiva, pero no debemos olvidar que en nuestra profesión trabajamos para que los pacientes se vayan de la consulta cuanto antes, que ya no nos necesiten. De este modo, si brindamos la oportunidad, podemos ser testigos de modificaciones profundamente significativas a partir de una breve intervención, luego de la cual nuestra presencia ya no es absolutamente necesaria. Si esto no es posible, entonces llevamos adelante otra estrategia, con sesiones semanales, o aquello que creamos conveniente. Planteamos una estrategia dinámica, y no un programa fijo. Pero, insistimos, hay que dar la oportunidad al caso. Es eso mismo lo que la consulta terapéutica pone, ayer y hoy, en el horizonte de los abordajes psicoterapéuticos, una oportunidad que debe ser aprovechada.

El juego del garabato, por su parte, nos presenta la manera en que Winnicott entra en contacto con los niños. Ese *juego sin reglas* es producto de la creatividad

misma del autor, y posee su inigualable impronta. Más que una técnica proyectiva, el intercambio de trazos nos muestra un diálogo entre Winnicott y los niños, una comunicación y construcción de sentidos. Advertidos por el autor, no pretendemos imitarlo. Los garabatos no son solo un material afín a los niños, sino, también, a Winnicott mismo. Él supo llevar adelante un juego que asentaba, tanto en su teoría sobre el jugar y la psicoterapia, como en su propio placer de jugar. Nuestro trabajo clínico puede verse sumamente enriquecido si somos capaces de crear nuestro propio modo de jugar con los pacientes, de establecer la invitación a un diálogo que incluya nuestra singular impronta como única constante.

Nos interesa sobremanera resaltar que el juego del garabato puede ser pensado como un modelo para pensar nuevos modos de intervención en psicoterapia. Nos alineamos con Tkach (2007) en esta idea de la construcción de los garabatos como un modelo de intercambio más libre con los pacientes, que puede ayudar a desplegar y sostener el proceso analítico. Si tomamos el juego del garabato y dejamos la actividad gráfica de lado, nos queda un diálogo con el paciente, donde el analista es menos abstinerente en la búsqueda de relanzar la asociación libre en caso de ser necesario. Y sabemos que en varios tramos del análisis lo es. Es por esto mismo, posiblemente, que Phillips (1997) llamaba a ese intercambio *asociación libre recíproca*. Estamos frente a un modelo que amplía los recursos del terapeuta, sin sustituir el dispositivo clásico del análisis. De hecho, puede ser pensado para diferentes momentos de un mismo tratamiento, en la medida en que nos resulte conveniente para que el trabajo analítico prosiga. Tkach (2007) considera que un modelo de estas características puede imponerse en el tratamiento de casos graves, con déficits en la simbolización, o proclives a pasajes al acto. Recordemos que la problemática del acto ingresa en el corpus psicoanalítico en 1923, cuando Freud introduce a las pulsiones dentro del aparato psíquico, y con ellas al *agieren*. A partir de aquí, en este pasaje del juego representacional al pulsional, aun cuando ambas cualidades psíquicas coexistan, el analista deja de ser un intérprete para ser un objeto en las vicisitudes transferenciales del paciente. En el mismo sentido, el analista no solo descifra lo que ya se encuentra en el paciente, sino que ahora, además, construye, o mejor dicho co-construye, representaciones previamente inexistentes, un trabajo cercano a la idea de *neogénesis* (Laplanche, 1990).

Las ideas trabajadas a lo largo de nuestra investigación, en especial en torno al juego del garabato, nos conducen a una nueva conclusión en relación al trabajo

psicoterapéutico con adolescentes. Indudablemente, el tránsito por la adolescencia está signado por un trabajo de reorganización identificatoria, que comprende tanto procesos de identificación como de desidentificación, movimientos que implican para el adolescente un *registro de desgarró* (Palazzini, 2006). Comprendemos que, de manera dialógica, acontecen procesos de ligazón (pulsión de vida) y desligazón (pulsión de muerte) psíquica, lo que nos muestra la turbulencia representacional del psiquismo adolescente que explica, al menos parcialmente, las insuficiencias en la simbolización que atraviesan, y que obligan al analista a estimular la asociación libre (Nin, 2004). Si acordamos que el dispositivo clásico de análisis supone, en sí mismo, la disolución de las formaciones psíquicas (Laplanche, 1996), nos resulta sumamente conveniente vehiculizar un abordaje más libre y activo por parte de una analista que haga las veces de un co-constructor. Aun cuando la constancia del encuadre pueda funcionar como un continente que permita realizar el proceso analítico (Ibidem), las particularidades del funcionamiento psíquico adolescente nos obligan a una participación que vaya más allá de interpretar y analizar. Consideramos, entonces, que el modelo que nos presenta Winnicott del juego del garabato, invita a un diálogo más libre y espontáneo capaz de promover la asociación libre y la construcción de nuevos sentidos en el adolescente, a la vez que evita dejar librado al joven paciente a vivencias de vacío, soledad y abandono, muchas veces promovidas por el silencio del analista (Nin, 2004). Al igual que Winnicott en sus consultas terapéuticas, utilizando el juego del garabato, a veces iniciamos nosotros el diálogo con el joven paciente, de alguna manera le proponemos *jugar un juego que nos gusta*, tomamos como disparador de nuestro intercambio, y en forma espontánea, temas actuales, de los más variados, y vemos adonde nos lleva. En otras ocasiones, nuestras palabras-garabatos apuntan a un blanco específico, calculando el impacto, promoviendo el trabajo psíquico en torno a un aspecto que nos resulta fundamental para este caso en particular. Asentamos aquí, que esta dinámica de trabajo representa de manera genuina mucho de lo que acontece en el tratamiento de adolescentes. Pero, lamentablemente, esta situación es difícil de comprobar. Los analistas, o al menos una buena cantidad de ellos, no estamos suficientemente dispuestos a brindar material clínico de nuestras consultas *sin editar*. No obstante, nos arriesgamos a considerar que, frente a un paciente adolescente, nuestro abordaje, por momentos, se vuelve más flexible y activo, que en el caso de pacientes adultos.

Finalmente, nos interesa dar cuenta de un objetivo no declarado en nuestra investigación. Desde el comienzo de la misma, trabajamos para lograr una trasmisión clara, sencilla, que no penalice las ideas del autor quitándoles complejidad o profundidad. Es, quizás, un rasgo docente el querer acercar estas ideas a profesionales colegas, como también a estudiantes o profesionales de otras disciplinas. Si la lectura de nuestro trabajo se muestra confusa o encriptada en algún sentido, habremos fallado en una meta que nos resulta central: la difusión del conocimiento, el intercambio con otros, la interlocución. No es nuestra pretensión presentar una lectura completa y acabada de la obra de Winnicott, ni siquiera una suerte de versión definitiva acerca de la consulta terapéutica y el juego del garabato. Pero sí nos interesa brindar un recorrido sólido por los desarrollos del autor, que permitan al lector el acceso a una temática fundamental, compleja, y, quizás, subestimada. Por último, en nuestra ambición docente, esperamos haber abonado, en los lectores, al deseo de ir por más, es decir, despertar un interés renovado sobre esta área del conocimiento.

6. Bibliografía

- Abadi, S. (1996). *Transiciones*. Buenos Aires: Lumen.
- Abram, J. (2007). *The language of Winnicott [El lenguaje de Winnicott]*. London: Karnac.
- Bareiro, J. M. (2012). *Clínica del uso del objeto*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Bléandou, G. (1999). *Las consultas terapéuticas padres-hijos*. Madrid: Síntesis.
- Davis, M. & Wallbridge, D. (1981). *Límite y espacio*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993[1916]). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En *Obras Completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2003[1919]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas, tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2015[1914]). Recordar, repetir y reelaborar. En *Freud. La técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2017[1932]). 34ª conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En *Obras Completas, tomo XXII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández-Manchón García, A. (2012). Aportaciones del juego del garabato de Winnicott en la psicoterapia de adolescentes. En *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia de Niño y del Adolescente*, p.41-47.
- Geets, C. (1993). *Donald Winnicott*. Capital Federal, Argentina: Almagesto
- Green, A. (2005). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2008). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2009). ¿De qué se trata? En Lerner, H. & Sternbach, S. (comps.). *Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis*. Buenos Aires: Lugar.
- Khan R., M. M. (1975). *Sobre Winnicott*. Buenos Aires: Ecos Editores.
- Laplanche, J. (1990). *La cubeta. Trascendencia de la transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1996). *La prioridad del otro en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2001) *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Mannoni, O., Deluz, A., Gibello, B., & Hébrard, J. (2001) *La Crisis de la Adolescencia*. Barcelona: Gedisa.
- Nin, A. (2004). *Algunas peculiaridades en el tratamiento psicoanalítico de pacientes adolescentes*. Trabajo presentado en el 43º Congreso de IPA Psicoanálisis: trabajando en las fronteras. N. Orleans, Estados Unidos.
- Phillips, A. (1997). *Winnicott*. Buenos Aires: Lugar.
- Pontalis, J-B. (1977). *Entre el sueño y el dolor*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Rother Hornstein, C., Cartolano, E., Lerner, H., Najt, N., Palazzini, L., Punta Rodulfo, M., Rodulfo, R., Sternbach, S., Trilnik de Merea, A., & Ungar, V. (2006). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Roudinesco, É., & Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Roussillón, R. (1995). *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tagle, A. (2016). *Del juego a Winnicott*. Buenos Aires: Lugar.
- Tkach, C. E. (2001). Juego y sujeto supuesto saber. Recuperado de EduPsi.com. <https://www.edupsi.com/psa-ninos/clase6.htm>
- (2006). *Winnicott: el otro en la clínica. El analista en posición de objeto*. En XV Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de D. W. Winnicott. Buenos Aires, Argentina.
- (2007). *D. W. Winnicott: La consulta terapéutica y El juego del garabato*. Ficha de Cátedra Clínica de niños y adolescentes. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- (noviembre 2011). La consulta terapéutica y la práctica analítica. *Actualidad Psicológica*, pp. 22-25.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Winnicott, D. W., Green, A., Mannoni, O., Pontalis, J-B., y otros. (1978) *Donald W. Winnicott*. Buenos Aires: Trieb.
- Winnicott, D. W. (1984) La relación inicial de una madre con su bebé. En *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.
- (1990a). *El gesto espontáneo*. Buenos Aires: Paidós.

- (1990b). Comunicación del bebé con la madre y de la madre con el bebé: comparación y contraste. En *Los bebés y sus madres*. Guanajuato: Paidós.
- (1990c). El recién nacido y su madre. En *Los bebés y sus madres*. Guanajuato: Paidós.
- (1999a). Consultas en el departamento infantil. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1999b). Desarrollo Emocional Primitivo. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1999c). Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (1999d). La observación de niños en una situación fija. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003a). La tendencia antisocial. En *Deprivación y delincuencia*. Buenos aires: Paidos.
- (2003b). Algunos aspectos psicológicos de la delincuencia juvenil. En *Deprivación y delincuencia*. Buenos aires: Paidos.
- (2005). *Playing and Reality. [Realidad y Juego]*. Gran Bretaña: Routledge.
- (2006). *Psicoanálisis de una Niña Pequeña*. Barcelona: Gedisa.
- (2008). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé.
- (2009). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- (2011a). Los fines del tratamiento psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (2011b). El análisis del niño en el período de latencia. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (2011c). La contratransferencia. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (2011d). La integración del Yo en el desarrollo del niño. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (2011e). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

- (2011f). El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (2011g). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015a). El valor de la consulta terapéutica. En *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015b). Variedades de psicoterapia. En *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015c). Los elementos masculino y femenino escindidos que se encuentran en hombres y mujeres. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015d). El valor de la depresión. En *El hogar, nuestro punto de partida*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015e) La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015f). El juego del garabato. En *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.
- (2015g). El destino del objeto transicional. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.