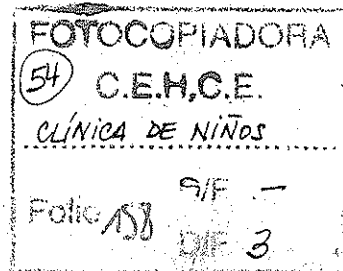


Donald W. Winnicott

EXPLORACIONES PSICOANALITICAS I

Editado por
Clare Winnicott
Ray Shepherd
Madeleine Davis




PAIDOS
Buenos Aires
Barcelona
México

18. EL MIEDO AL DERRUMBE

*¿Escrito en 1963? **

FORMULACION PRELIMINAR

Mis experiencias clínicas me han llevado en los últimos tiempos a una nueva comprensión, según creo, del significado del miedo al derrumbe.

Mi propósito aquí es enunciar con la mayor simplicidad posible esto que es nuevo para mí y quizá para otros que trabajan en psicoterapia. Naturalmente, si hay alguna verdad en lo que he de decir, ya los poetas del mundo se han ocupado de ella; pero los destellos de inteligencia que nos brinda la poesía no nos absuelven de la penosa tarea de ir apartándonos paso a paso de la ignorancia en dirección a nuestra meta. En mi opinión, un estudio de este limitado ámbito lleva a reformular

* Este trabajo fue publicado en *International Journal of Psycho-Analysis* (1974). La fecha en que fue escrito es incierta; hay algunas pruebas de que había sido preparado para una conferencia que Winnicott pronunció en la Clínica Davidson de Edimburgo en 1963, donde finalmente leyó otro trabajo; más o menos por esta misma época Winnicott utilizó el mismo material para el posfacio a su artículo "Classification" (1964), incluido en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press; Nueva York, International Universities Press, 1965. En su artículo "La psicología de la locura" (cap. 21 de este volumen), fechado en 1965, Winnicott volvió a abordar una dificultad con la que ya se había topado al plantear la idea que subyace en "El miedo al derrumbe", a saber, si es o no posible *experimentar* un derrumbe o colapso total de las defensas. [Comps.]

varios otros problemas que nos intrigan por cuanto no logramos en la clínica el éxito que quisiéramos. Al final señalaré las ampliaciones de la teoría que propongo para su discusión.

VARIACIONES INDIVIDUALES

El miedo al derrumbe es un rasgo significativo en algunos de nuestros pacientes, pero no en otros. Si esta observación es correcta, de ella puede extraerse la conclusión de que el miedo al derrumbe se vincula con la experiencia previa del individuo y con factores ambientales aleatorios. Al mismo tiempo, cabe suponer que hay en este miedo un común denominador que indicaría la existencia de fenómenos universales; son éstos, en verdad, los que vuelven posible para cualquiera de nosotros conocer empáticamente lo que siente un paciente cuando presenta este miedo en forma aguda. (De hecho, lo mismo puede decirse de cada detalle de la locura de una persona loca. Todos lo conocemos, aunque tal vez ese detalle particular no nos moleste.)

APARICION DEL SINTOMA

No todos los pacientes nuestros que presentan este miedo lo manifiestan al comienzo del tratamiento. Algunos sí lo hacen, pero otros tienen tan bien organizadas sus defensas que sólo cuando ya se han hecho progresos considerables en el tratamiento el miedo al derrumbe pasa a primer plano como factor dominante.

Por ejemplo, un paciente puede presentar diversas fobias y una organización compleja para tramitarlas, de manera tal que la dependencia no surge prontamente en la transferencia. A la larga la dependencia pasa a ser la protagonista principal, en cuyo caso los errores y fallas del analista se vuelven la causa directa de fobias localizadas, y por ello del estallido del miedo al derrumbe.

SIGNIFICADO DE "DERRUMBE"

He empleado deliberadamente el término "derrumbe" [*breakdown*] porque es bastante vago y puede significar varias

cosas.* En general, dentro de este contexto puede entenderse como una falla de la organización de las defensas. Pero de inmediato nos preguntamos: ¿defensas contra qué? Y esto nos lleva a un significado más profundo del término, ya que necesitamos emplear la palabra "derrumbe" para describir ese estado de cosas impensable que está por debajo de la organización de las defensas.

Se advertirá que si bien es útil pensar que en el ámbito de las psiconeurosis lo que subyace en las defensas es la angustia de castración, en el ámbito de los fenómenos más psicóticos que estamos examinando lo que se aprecia es un derrumbe del establecimiento del self unitario. El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yoica, que es la amenazada, pero nada puede organizar contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente.

En otras palabras, lo que estamos examinando es una inversión del proceso de maduración del individuo. Esto me exige reformular brevemente las primeras etapas del crecimiento emocional.

CRECIMIENTO EMOCIONAL, PRIMERAS ETAPAS

El individuo hereda un proceso de maduración. Esto lo lleva adelante en la medida en que exista un ambiente facilitador, y sólo en esa medida. El ambiente facilitador es en sí mismo un fenómeno complejo que demanda un estudio por sí; lo esencial es que tiene una suerte de crecimiento propio, y que se adapta a las cambiantes necesidades del individuo en crecimiento.

El individuo pasa de la dependencia absoluta a la dependencia relativa y de ésta avanza hacia la independencia. En la salud, esta evolución tiene lugar a un ritmo tal que no deja a la zaga al desarrollo de la complejidad de los mecanismos psíquicos, ligado al desarrollo neurofisiológico.

Puede describirse el ambiente facilitador como un *sostén* que evoluciona hacia una *manipulación* [*handling*], a la que se le agrega la *presentación del objeto*.

En un ambiente tal, el individuo tiene un desarrollo que puede ser clasificado como una *integración* a la que se agrega

* Entre otras acepciones, tiene las siguientes: "quiebra" o "quebrantamiento", "colapso", "desperfecto" o "avería", "malogro", "fracaso". [T.]

una residencia [indwelling] (o relación psicosomática), seguida de la relación con el objeto.

Esta es una grosera y exagerada simplificación, pero puede bastar en este contexto.

Se observará que en esta descripción el avance en el desarrollo se corresponde estrechamente con la amenaza de un movimiento retrógrado (y las defensas contra esta amenaza) en la enfermedad esquizofrénica.

DEPENDENCIA ABSOLUTA

Debe recordarse que en la época de la dependencia absoluta, en que la madre cumple la función de yo auxiliar, el bebé aún no ha separado lo "distinto de mí" de lo que es "parte de mí" —lo cual es imposible que suceda en forma independiente del establecimiento del "mí"—.

AGONIAS PRIMITIVAS

A partir de este esquema es posible enumerar las agonías primitivas (la palabra "angustia" no es suficientemente intensa en este caso). He aquí algunas:

1. Retorno a un estado de no-integración. (Defensa: desintegración.)
2. Caer para siempre. (Defensa: autosostén.)
3. Pérdida de la relación psicosomática, falla de residencia. (Defensa: despersonalización.)
4. Pérdida del sentido de lo real. (Defensa: explotación del narcisismo primario, etc.)
5. Pérdida de la capacidad para relacionarse con los objetos. (Defensa: estados autistas, relación exclusiva con los fenómenos del self.)

Y así sucesivamente.

LA ENFERMEDAD PSICOTICA COMO DEFENSA

Es mi intención mostrar aquí que lo que vemos en la clínica es siempre una organización defensiva, incluso en el autismo de la esquizofrenia infantil. La agonía subyacente resulta impensable.

Es erróneo pensar en la enfermedad psicótica como en un derrumbe: es una organización defensiva relacionada con una

agonía primitiva, y que habitualmente logra su propósito (excepto cuando el ambiente facilitador ha sido, no deficiente, sino atormentador, que es quizá lo peor que le puede suceder a un bebé humano).

ENUNCIACION DE LA TEMATICA FUNDAMENTAL

Estoy ya en condiciones de enunciar mi principal afirmación, que resulta muy simple. Sostengo que el miedo clínico al derrumbe es *el miedo a un derrumbe ya experimentado*. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente como síndrome mórbido.

Esta idea puede serle o no de utilidad inmediata al clínico. No podemos apresurar a nuestros pacientes. Sin embargo, podemos detener su avance a raíz de una ignorancia genuina; cualquier pequeño fragmento de comprensión tal vez nos ayude a mantener el ritmo de las necesidades de un paciente.

De acuerdo con mi experiencia, hay momentos en que el paciente necesita que se le diga que el derrumbe, el miedo, el cual está destruyendo su vida, *ya tuvo lugar*. Es un hecho escondido en el inconsciente, que se lleva de aquí para allá. En este caso el inconsciente no es el inconsciente reprimido de la psiconeurosis, ni el inconsciente de la formulación freudiana acerca de esa parte de la psique que está muy próxima al funcionamiento neurofisiológico. Tampoco es el inconsciente de Jung, que yo designaría así: todas las cosas que pasan en cavernas subterráneas, o (en otras palabras) la mitología del mundo, donde se produce una connivencia entre las realidades psíquicas internas del individuo y de la madre. En este contexto particular, inconsciente significa que la integración yoica no es capaz de abarcar algo. El yo es demasiado inmaduro como para recoger todos los fenómenos dentro del ámbito de la omnipotencia personal.

Aquí podría preguntarse: ¿por qué sigue preocupándose el paciente por esto que pertenece al pasado? La respuesta ha de ser que la experiencia original de la agonía primitiva no puede convertirse en tiempo pasado a menos que el yo sea capaz primero de recogerla dentro de su experiencia presente y su control omnipotente actual (presumiendo que la madre/analista cumpla la función de auxiliar de soporte del yo).

En otros términos, el paciente debe seguir persiguiendo ese

detalle del pasado que *todavía no fue experimentado*, que adquiere la forma de una búsqueda de ese detalle en el futuro.

A menos que el terapeuta pueda operar con éxito sobre la base de que ese detalle es ya un hecho, el paciente tendrá que seguir temiendo encontrar lo que busca compulsivamente en el futuro.

Por otro lado, si el paciente está en condiciones de aceptar de algún modo esta extraña especie de verdad —que eso que todavía no ha sido experimentado sucedió, empero, en el pasado—, queda abierto el camino para experimentar la agonía en la transferencia, como reacción frente a las fallas y errores del analista. El paciente podrá tramitar estos errores si las dosis no son excesivas, y podrá dar cuenta de cada falla técnica del analista como contratransferencia. Dicho de otro modo, poco a poco el paciente recoge la falla original del ambiente facilitador dentro del ámbito de su omnipotencia y de la experiencia de omnipotencia que corresponde al estado de dependencia (hecho transferencial).

Todo esto es muy arduo, penoso y lleva tiempo, pero de cualquier manera no es fútil. Lo fútil es la alternativa, que ahora pasaremos a examinar.

LA FUTILIDAD EN EL ANALISIS

Debo dar por sentada la comprensión y aceptación del análisis de las psiconeurosis. Basándome en este supuesto, diré que en los casos que estoy examinando, el análisis empieza bien, y sigue bien; no obstante, lo que ocurre es que el analista y el paciente entran en connivencia y pasan unos buenos ratos haciendo un análisis psiconeurótico, cuando en rigor la enfermedad es psicótica.

Una y otra vez la pareja analítica se muestra complacida por lo que ambos logran juntos. Fue válido, fue inteligente, fue cómodo, a raíz de la connivencia. Pero cada presunto avance termina en una destrucción. El paciente lo rompe y se pregunta: ¿y ahora qué? Lo cierto es que el avance no fue tal: fue un nuevo ejemplo del juego a que se entregó el analista, de hacer que el paciente postergase la cuestión fundamental. ¿Y quién puede echarle la culpa al paciente o al analista? (a menos, desde luego, que pueda haber un analista que mantenga al pez psicótico en el extremo de una larguísima línea de pesca psiconeurótica, y

confíe en evitar que al final el pez sea atrapado gracias a alguna treta del destino, como la muerte de uno de los dos, o la falta de dinero).

Debemos suponer que tanto el paciente como el analista en verdad desean que el análisis termine, pero... ¡hete aquí que no hay final posible a menos que se toque fondo, a menos que *lo temido sea experimentado!* De hecho, una de las salidas para el paciente consiste en sufrir un derrumbe (físico o psíquico), y esto puede funcionar muy bien. Sin embargo, la solución no es suficientemente buena si no incluye la comprensión y el *insight* analíticos del paciente; y lo cierto es que muchos de los pacientes a quienes aquí me refiero son personas valiosas que no pueden darse el lujo de derrumbarse, en el sentido de tener que ser llevadas a un hospital psiquiátrico.

La finalidad de este artículo es llamar la atención hacia la posibilidad de que el derrumbe ya haya sucedido, cerca de los inicios de la vida del individuo. Este necesita "recordarlo", pero no es posible recordar algo que no ha sucedido aún, y esta cosa del pasado no ha sucedido aún porque el paciente no estaba allí para que sucediese. La única manera de "recordar", en este caso, es que el paciente experimente por primera vez esta cosa del pasado en el presente; vale decir, en la transferencia. Esta cosa pasada y futura pasa a ser entonces un asunto del aquí y ahora, y es experimentada por el paciente por primera vez. Este es el equivalente del recordar, y el resultado equivale al levantamiento de la represión en el análisis del paciente psiconeurótico (el análisis freudiano clásico).

OTRAS APLICACIONES DE LA TEORIA

Miedo a la muerte

No son necesarias muchas modificaciones para transferir la tesis del miedo al derrumbe a un miedo específico a la muerte. Este miedo es quizá más corriente, y está incorporado a las enseñanzas religiosas sobre un más allá, como para negar el hecho de la muerte.

Cuando el miedo a la muerte es un síntoma significativo, la promesa de un más allá no brinda alivio, y la razón de ello es que el paciente busca compulsivamente la muerte. De nuevo, lo que busca es la muerte que ya sucedió pero no fue experimentada.

Cuando Keats decía encontrarse "a medias enamorado de una muerte tranquila", estaba —según la idea que aquí expongo— anhelando el sosiego que tendría si pudiese "recordar" que había muerto; pero para recordar, se debe experimentar la muerte en el presente.

La mayoría de mis ideas se inspiran en mis pacientes, y debo reconocer mi deuda al respecto. A uno de ellos le debo la frase "muerte fenoménica". Lo sucedido en el pasado fue la muerte como fenómeno, pero no como la clase de hechos que nosotros observamos. Muchos hombres y mujeres se pasan la vida preguntándose si para ellos sería una solución el suicidio, o sea, entregar el cuerpo a una muerte que ya le ha sobrevenido a la psique. Sin embargo, el suicidio no es una respuesta, sino un gesto desesperado. Ahora comprendo por primera vez lo que me quiso decir una paciente esquizofrénica (que se suicidó) cuando me dijo: "Todo lo que le pido es que me ayude a suicidarme por la razón correcta, y no por una razón equivocada". No lo logré, y se mató desesperada de hallar una solución. Su propósito (ahora lo veo) era lograr que yo enunciase que ella había muerto en su temprana infancia. Creo que sobre esta base, ella y yo habríamos conseguido que ella postergase la muerte del cuerpo hasta que la vejez se cobrara su tributo.

Así concebida, como algo que le aconteció al paciente pero cuando éste no era lo bastante maduro para experimentarlo, la muerte tiene el sentido de una aniquilación. Es algo así como el desarrollo de una pauta tal que la continuidad del ser se vio interrumpida por las reacciones infantiles del paciente ante la intrusión de factores ambientales, posibilitada por las fallas del ambiente facilitador. (En el caso de la paciente a que aludí, los problemas empezaron en fecha muy temprana, ya que hubo un percatamiento prematuro, suscitado antes de nacer por el pánico de la madre, a lo cual debe añadirse que el nacimiento se complicó debido a una placenta previa no diagnosticada.)

Vacío

Mis pacientes me muestran, asimismo, que es posible ver a través de estos mismos lentes el concepto de vacío.

En algunos pacientes es menester experimentar el vacío, y este vacío pertenece al pasado, a la época anterior a aquella en la que el grado de madurez hizo posible experimentar el vacío.

Para entender esto es preciso pensar, no en un trauma, sino

en que no pasara nada cuando algo provechoso podría haber pasado.

A un paciente le es más fácil recordar un trauma, que recordar que nada pasó cuando podría haber pasado. En ese momento el paciente no sabía que podría pasar, y por ende nada pudo experimentar, salvo advertir que algo podría haber sido.

Ejemplo

Ilustraré esto con una frase del tratamiento de un paciente, una joven mujer que yacía inútilmente en el diván sin decir otra cosa que "¡En este análisis no pasa nada!".

En la etapa que estoy describiendo, la paciente había proporcionado material en forma indirecta, de modo tal que yo estaba enterado de que probablemente ella estuviera sintiendo alguna cosa. Pude decirle que ella había estado experimentando sentimientos y su gradual desaparición, de acuerdo con una pauta propia de ella, que la desesperaba. Esos sentimientos se vinculaban con la sexualidad y la feminidad. No se manifestaban clínicamente.

En la transferencia, yo era en ese momento la causa (o casi) de que su sexualidad femenina se viniera a pique; cuando esto fue adecuadamente formulado, tuvimos en el presente un ejemplo de lo que ya le había acontecido a ella innumerables veces. En su caso (lo simplificaré en aras de la descripción) había un padre que al comienzo, cuando ella era pequeña, rara vez se hacía presente en el hogar y cuando venía no quería saber nada con el self femenino de su hija, ni le daba nada a modo de estímulo masculino.

Ahora bien, el vacío es un requisito previo del anhelo de recibir algo dentro de sí. El vacío primario significa, simplemente, "antes de empezar a llenarse". Para que este estado sea significativo, se precisa una madurez considerable.

En el tratamiento, el vacío es un estado que el paciente intenta experimentar, un estado del pasado que no puede recordarse a menos que sea experimentado en el presente por primera vez.

En la práctica, la dificultad reside en que el paciente siente temor ante el carácter atroz de ese vacío, y a manera de defensa organiza un vacío controlado no comiendo o no aprendiendo, o bien la llena cruelmente con una avidez compulsiva que lo hace sentirse loco. Si es capaz de alcanzar el vacío mismo y tolerarlo,

gracias a su dependencia del yo auxiliar del analista, puede iniciarse la incorporación como función placentera; puede entonces comenzar un comer que no es una función disociada (o escindida) como parte de la personalidad; asimismo, de este modo pueden comenzar a aprender placenteramente algunos de nuestros pacientes que no lograban hacerlo antes.

La base de todo aprendizaje (así como del comer) es el vacío pero si ésta no fue experimentada como tal al comienzo, se convierte en un estado temido, aunque perseguido compulsivamente.

No-existencia

El afán de no-existencia personal puede examinarse de la misma forma. Se comprobará que en este caso la no-existencia es parte de una defensa. La existencia personal está representada por los elementos proyectivos, y el individuo intenta proyectar todo lo que pudiera ser personal. Puede tratarse de una defensa relativamente compleja, cuya finalidad es evitar la responsabilidad (en la posición depresiva) o la persecución (en lo que yo llamaría la etapa de autoafirmación, o sea, la etapa del YO SOY, con el corolario inherente YO REPUDIO TODO LO QUE SEA DISTINTO DE MI. Aquí conviene recordar como ejemplo el juego infantil en el que un niño le dice a otro: "Yo soy el rey del castillo, tú eres un sucio* bribón").

En las religiones, esta idea puede presentarse en el concepto de ser uno con Dios o con el Universo. Puede verse refutada esta defensa en los escritos y enseñanzas existencialistas, donde se hace un culto del existir, en una tentativa de contrarrestar la tendencia personal a la no-existencia que forma parte de una defensa organizada.

En todo caso puede haber un elemento positivo, o sea, un elemento que no sea una defensa. Cabe sostener que *sólo a partir de la no-existencia, la existencia puede comenzar*. Es sorprendente advertir cuán precozmente (aun antes del nacimiento, y por cierto en su transcurso) puede ser movilizado el aperibirse o un yo prematuro. Pero el individuo no puede desarrollarse a partir de una raíz yoica si ésta se halla divorciada de la experiencia psicosomática y del narcisismo primario.

* Sobre este término, véase la nota del autor en la pág. 142 [T.]

Precisamente en este punto se inicia la intelectualización de las funciones yoicas. Cabe apreciar que todo esto es temporalmente muy anterior al establecimiento de algo que sea dable denominar el self.

RESUMEN

He intentado mostrar que el miedo al derrumbe puede ser el miedo a un hecho pasado que aún no ha sido experimentado. La necesidad de experimentarlo es equivalente a la necesidad de recordar que se presenta en el análisis de psiconeuróticos.

Esta idea es aplicable a otros miedos conexos, y he mencionado el miedo a la muerte y la búsqueda de vacío.