



La teoría winnicottiana de la maduración como guía de la práctica clínica*

Winnicott's theory of maturation as a guide for clinical practice

 Elsa Oliveira Dias**

Resumen: Partiendo de la concepción winnicottiana de que la naturaleza del disturbio psíquico está relacionada con el punto de origen del mismo, en la línea de la maduración, este estudio visa mostrar que la teoría del proceso de maduración personal sirve de horizonte teórico para el diagnóstico clínico e orienta la tarea terapéutica. Son presentados, inicialmente, los presupuestos básicos que nortean esa teoría e sus características centrales. En seguida, se presenta, sucintamente, la clasificación más simple y usualmente formulada por Winnicott, la que incluye las psicosis, las depresiones y las neurosis. Por último, como ilustración, se muestra que un mismo disturbio, del punto de vista de la sintomatología — en el caso, la paranoia — puede tener distintas naturalezas, según el momento en que la falla ambiental hizo surgir la dificultad en la vida del individuo.

Palabras-clave: Winnicott, Maduración, Diagnóstico, Clasificación, Paranoia.

Abstract: Based on Winnicott's conception according to which the nature of the psychic disorder is connected with its origin – within the maturation process – this study aims to show that the theory of the personal maturation can be used as a theoretical horizon for clinical diagnosis purposes and as a guide for clinical work. At first, fundamental presuppositions upon which the theory is based as well as its main characteristics are provided here. Secondly, we present briefly the simplest classification normally used by Winnicott which includes psychoses, depressions and neuroses. At last, by way of example, we show that one same disorder in terms of symptoms, in this case paranoia, can have different natures, according to the moment of the maturation process when the environmental failure made the difficulty emerge in the individual's life.

Keywords: Winnicott, Maturation, Diagnosis, Classification, Paranoia.

* Traducción del portugués por Walter Moure, Doctor en Psicología Clínica por la Universidad de São Paulo.

** Psicoanalista; doctora en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil (PUCSP); directora de enseñanza y formación del Centro Winnicott de San Pablo.

1. Introducción

Hay varias maneras de enunciar la novedad del psicoanálisis de D. W. Winnicott. Una de ellas se refiere a la práctica clínica que deriva de su nueva perspectiva teórica. Mientras que en el psicoanálisis tradicional hay un método que caracteriza por excelencia la propia tarea analítica — la interpretación de los conflictos inconscientes relativos a elementos reprimidos —, no se puede decir lo mismo de la clínica winnicottiana.¹ Aunque sea perfectamente posible explicitar las implicaciones clínicas de su teoría, no se puede formular, en un enunciado general, un método o una técnica que definirían la forma de trabajar psicoanalíticamente en la perspectiva winnicottiana. La razón es simple: lo que determina la forma del trabajo a ser realizado — y la manera como se debe conducir un determinado tratamiento — es la necesidad del paciente, y ésta varía enormemente según la naturaleza del disturbio que se presenta. Sabemos que, a partir de los textos winnicottianos ya clásicos, lo que sirve, por ejemplo, para un paciente neurótico o aun para uno depresivo, no sirve, de ninguna manera, para pacientes cuya problemática central sea psicótica o antisocial. Los disturbios psíquicos pueden tener naturalezas radicalmente diferentes, como ocurre con los dos pares de disturbios mencionados: mientras las neurosis y las depresiones denotan conflicto inconsciente, relativo a un material reprimido, y ocurren en individuos cuyas personalidades estuvieron bien fundadas en el inicio de la vida, y que, en un cierto momento, se enfermaron al tener que lidiar con la ansiedad resultante de las urgencias instintuales. Las psicosis, así también como la tendencia antisocial, son resultado del fracaso ambiental en favorecer la continuidad de los procesos de maduración, en las etapas más primitivas en las que impera la dependencia. Esos disturbios señalan fallas en la estructuración de la personalidad o del carácter.

Por el hecho de haber una diferencia crucial entre la naturaleza de los disturbios y, por lo tanto, entre lo que se requiere en el tratamiento de un disturbio u otro, Winnicott remarca la importancia esencial del diagnóstico como guía de la acción terapéutica²:

Lo esencial es que baso mi trabajo en el diagnóstico. Sigo elaborando un diagnóstico del individuo y un diagnóstico social cuando continúo, y en definitiva trabajo realmente de acuerdo al diagnóstico. En ese sentido, hago psicoanálisis cuando el diagnóstico de un individuo, en su ambiente, requiere psicoanálisis [tradicional]. Puedo incluso intentar establecer una cooperación inconsciente, cuando el deseo consciente por el análisis esté

¹ La existencia de un método psicoanalítico único es posible en el psicoanálisis tradicional debido al hecho de que los disturbios psíquicos, en general, nos llevan, en último análisis, a un conflicto pulsional de carácter edípico o pre-edípico.

² Aunque la cuestión del diagnóstico haya sido esencial en el psicoanálisis de los años 30 y 40, la razón era enteramente diferente: se trataba, en aquél momento, de distinguir los llamados casos bien escogidos, teniendo en vista que Freud y Anna Freud entendían que el psicoanálisis servía apenas para el tratamiento de la neurosis, y no para la psicosis. Winnicott le dará la razón a los dos, con la salvedad de que se trataba del psicoanálisis tal como aquellos lo formularon y entendían.

ausente. Pero, por lo general, el análisis [cuyo método, por excelencia, es la interpretación del conflicto reprimido inconsciente] es para aquellos que lo desean, necesitan y pueden tolerarlo (1965d[1962]/1983, p. 154).

En otro artículo, de 1968, dice: “Si nuestros diagnósticos fuesen mejores, nos ahorraríamos, y les ahorraríamos a nuestros pacientes, mucho tiempo y desesperación”(1989xb/1994, p. 182).

Existen, además, algunas complicaciones adicionales para la clínica que es regida por la teoría de la maduración, pues las necesidades de un determinado paciente pueden variar en una misma sesión, en la medida en que el mismo, a pesar de padecer un aspecto enfermo de su personalidad, tiene también aspectos sanos. El analista tendrá que lidiar con ambos aspectos simultáneamente, y estar atento al hecho de que, si hay un aspecto enfermo, *éste es tan enfermo cuanto posible*, y no se puede aflojar el cuidado, pensando contar con la parte desarrollada de la personalidad. Además, si el análisis transcurre bien y el paciente madura, las necesidades variarán a lo largo del tratamiento, y el analista necesita estar preparado para reconocer y lidiar con todos los aspectos y fases de la maduración, desde los más sofisticados a los más primitivos.

Más allá de que no se puede hablar de una única técnica, en Winnicott, tampoco se puede entender el trabajo analítico, tal como Winnicott lo concibe, como una técnica. Al formular su concepción sobre la tarea terapéutica, en la introducción de su libro *Consultas terapéuticas en psiquiatría infantil* (Winnicott, 1971b/1984), Winnicott afirma que el trabajo terapéutico allí descrito difícilmente puede ser entendido como una técnica, ya que no hay dos casos iguales; el trabajo ni siquiera puede ser copiado porque “el terapeuta deberá estar involucrado en cada caso como persona, razón por la cual no hay siquiera dos entrevistas que sean semejantes cuando son realizadas por dos psiquiatras”(1971vc/1984, p. 17).

2. La teoría de maduración como guía de la acción terapéutica

La clínica winnicottiana está basada en una teoría de los disturbios psíquicos que tiene, como fundamento, la teoría del proceso de maduración personal del individuo. Esa teoría, según el propio autor, es la “espina dorsal” (*back-bone*) de su trabajo teórico y clínico³. Winnicott es explícito al trazar la íntima conexión que existe entre la teoría de los disturbios psíquicos y la teoría de la maduración. él dice: “Precisamos llegar a una teoría de la maduración normal para que podamos ser capaces de comprender las enfermedades y las diferentes formas de inmadurez, ya que no podemos

³ Winnicott, además de afirmar innúmeras veces a lo largo de su obra que la teoría de la maduración es central en su pensamiento, usa la expresión decisiva “espina dorsal” (*backbone*) en 1984e[1969]/1989, p. 184.

darnos por satisfechos a menos que podamos prevenirlas y curarlas”(Winnicott 1965vc[1962]/1983, p. 65).

La teoría está basada en varias concepciones que se pueden presentar resumidamente como:

1. La idea de que todo individuo humano es dotado de la tendencia innata a la maduración, esto es, a la integración en una unidad. A pesar de ser innata, esa tendencia no es automática, como si bastara el mero pasaje del tiempo. Se trata de una tendencia y no de una determinación. Para que la tendencia llegue a realizarse, el bebé depende fundamentalmente de la presencia de un ambiente facilitador que le proporcione cuidados suficientemente buenos. Esto es tanto más verdadero cuanto más primitivo sea el estadio que consideremos.

2. La maduración comienza en algún momento después de la concepción y, cuando hay salud, no cesa hasta la muerte.

3. Contrariamente a la concepción de la psiquiatría, y del propio psicoanálisis, que conciben la salud como ausencia de enfermedad — lo que a Winnicott le parece altamente insuficiente — éste defiende la idea de que la salud es un estado complejo, que tiene sus propias exigencias y debe ser pensada en sí misma. Por esa razón, en su teoría, él indica las dificultades que pertenecen al propio hecho de estar vivo y de madurar. Esa concepción de salud atraviesa todo el pensamiento winnicottiano y tiene implicaciones aún mayores de lo que pueda parecer a primera vista, a saber, que desde el inicio, *la vida es difícil en sí misma*, y la tarea de vivir, de continuar vivo y de madurar es una batalla que siempre permanece.

4. No hay ningún aspecto de la existencia humana — saludable o enfermo — cuyo sentido sea independiente del momento del proceso al cual pertenece o en el cual tuvo su origen. Es decir, no se puede responder a la pregunta sobre lo que significa, por ejemplo, la agresividad para Winnicott, sin establecer el momento de la maduración al que nos estamos refiriendo.

3. Aspectos centrales de la teoría de la maduración

En que consiste la teoría de la maduración? En la descripción y en la conceptualización de las distintas tareas, conquistas y dificultades que son inherentes al crecimiento en cada una de los estadios de la vida, desde el momento en que un estado de ser tiene su inicio, incluso en la vida intrauterina, extendiéndose por la infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez, hasta la muerte. El énfasis de la teoría recae sobre los estadios iniciales, puesto que es en ese período que se constituyen los cimientos de la personalidad y de la salud psíquica. Las tareas que caracterizan los estadios iniciales — la integración en el espacio y en el tiempo, la instalación de la psique en el cuerpo, el inicio de las

relaciones objetales, y la cuarta tarea, la constitución del sí mismo — jamás se completan y continúan siendo las tareas fundamentales de toda la vida. Esas tareas no son de naturaleza instintiva — como serán algunas de ellas, un poco más tarde —, sino que pertenecen a la línea identitaria de la maduración; se refieren a la necesidad de existir, de sentirse real y de llegar a establecerse como una identidad unitaria.

A pesar de que el proceso de maduración no sea lineal, algunas conquistas tienen prerequisites y solo pueden alcanzarse después de otras, que son su condición de posibilidad. O sea, la resolución satisfactoria de las tareas de cada estadio depende de que haya habido éxito en la resolución de las tareas de los estadios anteriores. Si ocurre un fracaso en la resolución de la tarea de una cierta etapa, nuevas tareas van surgiendo, pero el individuo, no habiendo hecho la adquisición anterior, carece de la madurez necesaria para hacerles frente; en todo caso, hasta puede llegar a resolverlas, movilizandole la mente y/o una integración defensiva de tipo falso sí-mismo, pero, al ser apoyadas en bases falsas, ellas no formarán parte intrínseca de su sí-mismo como adquisiciones personales. En ese caso, el proceso de maduración personal es paralizado, y se establece un disturbio emocional o psíquico.

4. Criterios para una clasificación de los disturbios psíquicos

Según la teoría winnicottiana de los disturbios psíquicos, la naturaleza del disturbio está relacionada con el punto de origen en la línea de la maduración en que la dificultad surgió y no hubo facilitación ambiental, o sea, con la naturaleza de la tarea con la cual el bebé, o el niño, estaba involucrado al ocurrir el fracaso ambiental. Más precisamente, está relacionada al punto, en la maduración, en el que el bebé perdió la esperanza de comunicar al ambiente que algo andaba muy mal, que algo de esencial le faltaba y que nadie lo percibía. En general, la naturaleza del disturbio tiene que ver con el tipo de patología materna (o paterna) que es responsable por el patrón ambiental traumatizante. Eso nos lleva a la siguiente exigencia con relación al diagnóstico: cualquiera que sea el fenómeno que queramos considerar, en la enfermedad o en la salud, sólo puede ser debidamente apreciado si tomamos en cuenta todo el proceso de maduración del individuo, desde los estadios más primitivos, y si somos capaces de localizar el estadio en que el fenómeno tuvo su origen. “Uno de los problemas más difíciles de nuestra técnica psicoanalítica”, dice Winnicott, “consiste en saber cuál es la edad emocional del paciente en un momento dado de la relación transferencial” (1958f[1949]/2000, p.263). Sólo así podremos comprender la naturaleza del problema con el cual el individuo está involucrado, proceder a una clasificación del disturbio y proporcionar cuidados específicos según la

necesidad. Es necesario “pensar siempre en términos del *individuo que se desarrolla*, y esto significa retornar a épocas muy remotas e intentar determinar el punto de origen” (1984c[1960]/1989, p.64).

Ampliamente, se puede decir que, según Winnicott, las psicosis son disturbios relacionados al fracaso ambiental en la facilitación de las conquistas de los estadios iniciales — que comienzan en algún momento de la vida intrauterina y van hasta el estadio del YO SOY, que ocurre, en general, alrededor de un año y un año y medio de vida. Si el ambiente falla, repetidas veces — al modo de un patrón establecido —, en adaptarse a las necesidades del bebé durante la etapa de dependencia absoluta, e incluso relativa, ocurren traumas, y el proceso de maduración personal es interrumpido en ese momento primitivo en que se están constituyendo los cimientos de la personalidad. Eso da origen a un disturbo psicótico. Naturalmente, habrá diferentes tipos de disturbo psicótico según la etapa, dentro de los estadios iniciales, en que el bebé haya sido traumatizado por las fallas ambientales.

Después de la conquista de la identidad unitaria (en ese marco de la maduración que es el estadio del YO SOY), el niño, que tiene ahora entre uno y dos años, tendrá que enfrentarse, en el estadio del *concern*⁴, con la tarea de integrar su impulsividad instintiva. Deja de ser incompadecido (*ruthlessness*) para tornarse compadecido (*concern*), lo que significa que el niño adquiere la capacidad de sentir culpa y de responsabilizarse por los resultados de la instintualidad hecha personal. Cuando el ambiente favorece la conquista, el individuo se apropia, sin mucho susto, de la destructividad que le pertenece a su naturaleza humana y, con eso, conquista la capacidad, natural y saludable, de deprimirse cada vez que la destructividad se manifieste. Si la madre falla en su tarea, específica para este momento, de sobrevivir a los ataques impulsivos del niño, habrá riesgo de *depresión patológica*, pues el niño no sabe qué hacer con la culpa relativa al hecho de que él se ve destruyendo exactamente aquello que más precisa y a quien ama.

En los casos favorables, en que también se alcanza esa conquista de la capacidad para el compadecimiento, el niño, que ya pudo sedimentar las bases de su personalidad, pasará a lidiar con las ansiedades que resultan de las relaciones con otras personas, percibidas como externas y cuya existencia no depende de él. En especial, tendrá que enfrentarse a la situación triangular en que el complejo edípico puede ser efectivamente experimentado con personas enteras (*whole persons*)⁵. Las

⁴ Podemos traducir *concern* en este caso por: *compadecimiento*. (Nota del traductor)

⁵ Para Winnicott, el individuo solo se torna persona entera, una *whole person*, cuando, después de integrarse en una identidad unitaria, en un yo, integra también su instintualidad. Es decir, la integración en el yo aún no basta; es preciso que sepa de las consecuencias del hecho de estar vivo y tener apetitos y tenga la capacidad de tener en cuenta al otro como persona. Con respecto al Edipo, Winnicott dice: "No puedo ver ningún valor en el uso del término 'Complejo de Edipo' en el que uno o más de uno de los que forman el triángulo es un objeto parcial. En el Complejo de Edipo, al menos para mí, cada uno de los tres que forman el triángulo es una persona entera [*whole person*], no solo para el observador, sino también y especialmente para el niño." (1988/1990, p. 67).

ansiedades aquí movilizadas son relativas a los instintos, a los afectos y a la fantasía que tienen lugar en la realidad psíquica personal y desarrollan allí toda una novela interior. En esta etapa, el ambiente ya no tiene la misma importancia que tenía en las etapas anteriores, pero es vital que se mantenga estable de manera que propicie buenas condiciones para que el niño, despreocupado con la seguridad del hogar, que se mantiene por sí mismo, pueda enfrentarse y elaborar su problemática personal interna y no sucumbir en una neurosis.

Una de las cuestiones de mayor relevancia para la clínica winnicottiana consiste en que en el análisis de cualquier tipo de paciente, a medida que el trabajo prosigue y la confiabilidad se establece, la posibilidad de que una psicosis pueda aparecer, o de que surjan elementos psicóticos, nunca puede ser excluida en principio. Para aquellos analistas que dicen no tener ningún interés en casos de psicosis, Winnicott ofrece su experiencia como respuesta:

Debe partirse de la base de que mi experiencia es la de un psicoanalista que, le guste o no, se ve involucrado en el tratamiento de pacientes fronterizos y de aquellos que, quizás imprevistamente, se vuelven esquizóides durante el tratamiento (1968c[1967]/1994, p. 151).

Según Winnicott, la teoría concebida originalmente para la comprensión de las neurosis es insuficiente para dar cuenta de la comprensión y del tratamiento de las patologías psicóticas o de los episodios de naturaleza psicótica que surgen en el tratamiento analítico. él es incisivo al afirmar que “la llamada técnica psicoanalítica clásica es inaplicable al tratamiento de la esquizofrenia” (Winnicott 1964h/1994, p. 372). En una neurosis pura, si es que tal formación puede ser supuesta aún, la estructura de la personalidad está intacta, y el individuo se enferma al lidiar con las dificultades inherentes a la instintualidad en el marco de las relaciones interpersonales. En las psicosis, sin embargo, la maduración se ha paralizado en un cierto momento de los estadios iniciales, en función de las fallas ambientales traumáticas. En ese caso ocurre una escisión. El verdadero si-mismo, espontáneo y creativo, queda retraído y protegido de la amenaza de aniquilación, mientras un falso si-mismo se edifica; éste es el que lleva a cabo la tarea de integrarse en una unidad y relacionarse con la realidad externa, y quien se presenta en el mundo en lugar del yo, siendo, no obstante, una prótesis. Esos son los casos de individuos que, pudiendo ser altamente competentes en sus áreas de actuación e incluso habiendo alcanzado éxito, se quejan del sentimiento de inutilidad, de una permanente falta de sentido, y de sentirse en el fondo de sí mismos que la vida no vale la pena. El hecho es que, en relación a la capacidad de lidiar con las exigencias de la realidad compartida, sus experiencias fueron tan deficientes o distorsionadas que el analista tendrá que ser la primer persona

en la vida del paciente que le proporcione ciertas cosas que son simples o esenciales, y que solo pueden ser ofrecidas por lo que se llama ambiente suficientemente bueno. Esas personas precisan que se les brinde la oportunidad de vivir experiencias primitivas, esta vez, con un ambiente que atienda exitosamente, en vez de fracasar, las necesidades específicas del momento. En el caso de las patologías psicóticas, si se quiere llegar al problema efectivo del paciente, la regresión a la dependencia es necesaria. Esa afirmación está basada en una necesidad del paciente y no en una teoría, o de lo que sería una “técnica” winnicottiana (cf. 1955d[1954]/2000, p.387–392).

5. Las diferentes naturalezas de un mismo disturbio según la teoría de la maduración

La clasificación winnicottiana de los disturbios psíquicos sigue un criterio madurativo, y no sintomatológico. Esto nos lleva a lo siguiente: disturbios con sintomatologías muy semejantes pueden ser de naturalezas diferentes. Un buen ejemplo puede ser dado, para ejemplificar este punto, por los diferentes fenómenos clínicos reunidos bajo el término paranoia. Según Winnicott, los disturbios paranoicos no configuran una categoría nosológica en sí mismos, sino que son siempre una complicación — lo que hace que el pronóstico sea más negativo — o de la esquizofrenia, o de la tendencia antisocial, o de la depresión. Por lo tanto, siendo estas perturbaciones de diferentes naturalezas, exigen, como tales, diferentes abordajes terapéuticos.

Cuando es un aspecto de la esquizofrenia, se puede suponer que la susceptibilidad a la persecución ha sido instalada desde muy temprano. Es posible encontrar una disposición paranoide en bebés muy pequeños. La primitividad del fenómeno hizo con que algunos investigadores, en especial los de orientación kleiniana, le atribuyesen al disturbio el factor constitucional. Según Winnicott, sin embargo, no precisamos de la hipótesis constitucional si, al enfrentarnos con fenómenos precoces de ansiedad persecutoria podemos tener en cuenta: 1) la prehistoria del bebé — la vida intrauterina, el nacimiento y el período inmediatamente subsiguiente al nacimiento, y 2) *aquello que es extremadamente importante y que no puede dejar de ser tomado en cuenta en la apreciación de los disturbios persecutorios primitivos: el hecho de que la dependencia sea máxima y significativa* ni bien se inicia un estado de ser y a lo largo de los primeros meses de vida. Cuando se habla de cuidados suficientemente buenos se está hablando de la confiabilidad ambiental, y esto significa, en primer lugar, ser capaz de proteger al bebé de acontecimientos imprevisibles para él, es decir, de las discontinuidades que traumatizan.

Una disposición paranoide primitiva puede derivar de una experiencia de nacimiento traumática, debido a la demora o adelantamiento del parto, en el que se expone al bebé a una discontinuidad más prolongada de la que podría tolerar (cf. 1958f[1949]/2000, p. 273). Pero, en general, la disposición paranoide precoz deriva de las invasiones ambientales, que ocurren en seguida después del nacimiento, derivadas de un ambiente que no es lo suficientemente capaz de proteger al bebé de lo imprevisible. Esas invasiones generan reacciones inmediatas, que son traumáticas pues interrumpen la continuidad de ser en una etapa muy inicial de la vida. Si ese es el patrón ambiental, el bebé, en vez de simplemente ser, despreocupado con lo que ocurre en el ambiente, es tomado por un estado de alerta que le impide descansar. Lo que ocurre, entonces, es una escisión, como parte esencial de un sistema defensivo primitivo, que apunta a prevenir la invasión que pasa a ser potencial. En eso consiste propiamente, en la teoría winnicottiana, las patologías esquizofrénicas. Winnicott dice que la palabra enfermedad se vuelve apropiada cuando *“el sentimiento de seguridad no llegó a tiempo en la vida del niño como para ser incorporado a sus creencias”* (1946b/1995, p. 122).

Hay que recordar que el ambiente es invasivo por no ser facilitador: antes de que la psique se aloje en el cuerpo, las tensiones instintivas son tan intrusivas como cualquier cosa intrusiva que venga del ambiente, y para que esas tensiones no interrumpen la continuidad de ser, el bebé precisa de la facilitación activa por parte de la madre. Si ésta proporciona apoyo del yo y propicia experiencias globales, que incluyen mutualidad y comunicación, todo el recorrido desencadenado por la tensión instintiva se vuelve una experiencia que fortalece al yo y favorece la cohesión psicósomática del niño. Sin ese apoyo, las tensiones instintivas, en vez de ser gradualmente integradas y personalizadas, permanecen externas y, con el tiempo, se vuelven persecutorias, llegando a establecerse una disposición paranoide, que puede tomar la forma de hipocondría, debido a la permanente amenaza de despersonalización.

Un otro aspecto relativo al origen muy primitivo de la paranoia ocurre cuando el impulso creativo del bebé es inhibido, juntamente con la motilidad que lo acompaña, y el movimiento pasa a acontecer sólo como reacción a la invasión. Aquí se puede establecer en el individuo un patrón de reactividad en el que toda espontaneidad queda sepultada. Hay casos, dirá Winnicott, en los que *“el bebé vive porque fue atraído por la experiencia erótica, pero, más allá de la vida erótica, que nunca parece real, hay una vida puramente reactiva y agresiva, dependiente de la experiencia de oposición”* (1958b[1950]/2000, p. 303). Esa situación desfavorable está en el origen de una de las formas de disposición paranoide: el individuo está siempre procurando la persecución que provocará el

movimiento y solo se siente un poco más real al reaccionar a ella. Para sentirse vivo, pasa a necesitar de una persecución continua.

Un origen un poco más tardío de la ansiedad paranoica, pero aún dentro de los estadios iniciales, se ubica en el momento en que, a partir de la adaptación absoluta, comienza a ocurrir la desadaptación de la madre. Existen casos en que la confiabilidad ambiental, que se había establecido en el período de la dependencia absoluta, falla exactamente en el momento en que se inicia la separación de la unidad fusional madre-bebé, y comienza a abrirse el primer espacio entre la mamá y el bebé, el espacio potencial, a ser llenado por los objetos transicionales. En ese punto, Winnicott dirá:

Ocorre un peligro alternativo, el de que ese espacio potencial pueda ser llenado con lo que en él es inyectado a partir de otro que no sea el bebé. Parece que todo lo que provenga de otro, en ese espacio, constituye material persecutorio, sin que el bebé disponga de medios para rechazarlo (1967b/1975, p. 141).

Es probable que sea ese mismo tipo de falla ambiental, aliado a una explotación precoz de las funciones mentales, lo que está en el origen de una categoría extremadamente incómoda de paranoia, en la cual pueden estar incluidas personas que ocupan posiciones de autoridad o responsabilidad. Se trata de individuos cuyo impulso creativo fue inhibido, pues es evidente su falta de contacto con la experiencia siempre mutable de la vida, cuando ella está viva. Esas personas viven *dominadas por un sistema de pensamiento*, y sus vidas están rígidamente estructuradas alrededor de ese sistema; mantienen una convicción absoluta, que jamás puede ponerse en duda, de que solamente es posible vivir dentro de un sistema donde se esté separando rígidamente el bien del mal. Las dudas, de manera general, son excluidas del sistema, pues ellas generan inquietación y movimiento. Además, ese tipo de individuos, juntamente con los que lo rodean, son los únicos elegidos para estar siempre del lado de la verdad: “El sistema debe ser constantemente puesto en práctica para explicar algún hecho, siendo la alternativa (para el individuo que tiene esa enfermedad) una grave confusión de ideas, una sensación de caos y de pérdida de cualquier previsibilidad” (1969c/1975, p. 189).

Un otro tipo de disposición paranóide, enteramente distinto de los anteriores, es el que proviene del temporario sentimiento de persecución, que pertenece a la maduración normal, relativo a la adquisición del estatuto de la identidad unitaria. La adquisición del estatuto del YO SOY es sentida, por el niño, como una osadía, pues la separación del yo, como identidad unitaria, implica el repudio de todo lo que sea no-yo, y el individuo recién-integrado pasa a aguardar la persecución retaliadora de la realidad externa repudiada. Se trata, señala Winnicott, de un pasaje difícil, en el cual

el niño se siente “infinitamente vulnerable”; si no fuera debidamente protegido por el ambiente, en ese momento, la susceptibilidad a la persecución, que en principio es pasajera, puede instalarse como una característica paranoide de la personalidad.

Una otra forma de paranoia es la que está asociada a la ansiedad por el aspecto destructivo inherente a la impulsividad instintiva. En ese caso, es necesario considerar varias hipótesis. Una de ellas consiste en que toda la línea de la agresividad, desde sus raíces en la simple motilidad, ha sido perjudicada, pues puede ocurrir que la madre no haya tolerado los estados excitados del bebé, y que éste haya tenido sus impulsos inhibidos. Al no poder ejercer la impulsividad primitiva voraz, de manera incompadecida, el niño no tiene cómo integrar, al madurar, la destructividad que es inherente a la instintualidad primitiva. Los impulsos acaban volviéndose invasivos o persecutorios, acarreado, tal vez, un estado de hipocondría, que es la forma de la paranoia cuando la persecución viene desde dentro. Ese tipo de paranoia se manifiesta por el temor constante de que alguna chispa de la agresividad o de la destructividad pueda escaparse del control y ganar terreno. Pero también puede ocurrir, cuando existen perseguidores internos, que el individuo provoque al mundo externo para que lo persiga, de tal modo que pueda obtener un alivio de la persecución interna, sin exponerse mucho a la locura del delirio. Tal vez la manera más común por la cual la paranoia haya sido comprendida en el pensamiento psicoanalítico tradicional, y que también fue considerada por Winnicott en relación a la conquista de la capacidad para el *concern*, es aquella en que el individuo es incapaz de llegar a un acuerdo en el círculo benigno. En esos casos, el individuo, maciza y sistemáticamente, proyecta para afuera, en el mundo y en los otros, los impulsos destructivos que, naturalmente, acaban por retornar bajo forma de perseguidores.

A luz de la teoría de la maduración, cada disturbo podrá ser visto bajo ese largo espectro, lo que exige un examen atento, por parte del analista, de la maduración de un determinado paciente, desde las fases más primitivas. Sin eso, dice el autor, quedaremos empacados en nuestro trabajo. Ese también es el sentido de su afirmación: “La única compañía que tengo, al explorar el territorio desconocido de un nuevo caso, es la teoría que llevo conmigo y que se ha tornado parte de mí, y en relación a la cual no tengo siquiera que pensar de manera deliberada” (1971vc/1984, p. 14).

Referências

Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (1975). A localização da experiência cultural. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1967b)
- Winnicott, D. W. (1975). Conceitos contemporâneos de desenvolvimento adolescente e suas implicações para a educação superior. In D. Winnicott (1975/1971a), *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1969; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1969c) [Imaturidade do adolescente. In D. Winnicott (1989/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes]
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971a)
- Winnicott, D. W. (1983). Análise da criança no período de latência. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958h[1958])
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965b)
- Winnicott, D. W. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965d[1962])
- Winnicott, D. W. (1983). Provisão para a criança na saúde e na crise. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1965vc[1962])
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971b)
- Winnicott, D. W. (1984). Introdução à parte um. In D. Winnicott (1984/1971b), *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1971vc)
- Winnicott, D. W. (1989). Agressão, culpa e reparação. In D. Winnicott (1989/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1984c[1960])

- Winnicott, D. W. (1989). A liberdade. In D. Winnicott (1989/1986b), *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1984; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1984e[1969])
- Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1986b)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1988; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1988)
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989a)
- Winnicott, D. W. (1994). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In D. Winnicott 1994/1989a, *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1968; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1968c[1967])
- Winnicott, D. W. (1994). O uso da palavra uso. In D. Winnicott 1994/1989a, *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1989xb)
- Winnicott, D. W. (1994). Resenha de *Memories, Dreams, Reflections*, de C. J. Jung. In D. Winnicott 1994/1989a, *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1964h)
- Winnicott, D. W. (1995). Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil. In D. Winnicott (1995/1984a), *Privação e delinquência*. São Paulo, Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1946; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1946b)
- Winnicott, D. W. (2000). A agressividade e sua relação com o desenvolvimento emocional. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958b[1950])
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1955d[1954])

- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958a)
- Winnicott, D. W. (2000). Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise: textos selecionados*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958; respeitando-se a classificação de Huljmand, temos 1958f[1949])