

**LA REGRESIÓN COMO CONCEPTO Y EN LA  
TRANSFERENCIA.  
LA REGRESIÓN COMO PARTE DEL PROCESO CURATIVO.**

Inés de Belaunde<sup>1</sup>.

**Resumen 1**

El artículo presenta el concepto de regresión en sus múltiples acepciones y se centra fundamentalmente en uno de sus aspectos: la regresión en la transferencia. Examina la regresión a la dependencia como parte del proceso curativo desde la perspectiva de Donald Winnicott. Presenta el poder curativo de la regresión a la falta básica de Michael Ballint. Muestra el testimonio de Margaret Little de lo que significó su análisis con D. W. Winnicott. El artículo demuestra el valor del vínculo terapéutico y plantea una técnica en donde el acompañar y cuidar es más importante que interpretar. Finaliza mostrando su perspectiva de la importancia de la contratransferencia en el uso correcto de la regresión curativa.

---

<sup>1</sup> Psicóloga y psicoterapeuta. Egresada del Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima. Egresada de la primera promoción de la Maestría de Estudios Teóricos en Psicoanálisis de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Miembro Asociado de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima (Addp). Miembro de la Sociedad Peruana e Internacional de psicoterapia y psicoanálisis de pareja y familia (Sppppf). Miembro de la Sociedad Peruana e internacional de Rorschach y métodos proyectivos. Actualmente candidata en formación en la Sociedad Peruana de Psicoanálisis.

## Resumen 2

El término regresión es utilizado con mucha frecuencia en psicoanálisis, por ser uno de los más antiguos e importantes. La mayoría de las veces se concibe como un retorno a formas anteriores de desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto y de la estructuración del comportamiento.

En la presente exposición nos centraremos en uno de sus aspectos: la regresión en la transferencia. El objetivo es demostrar el valor del vínculo terapéutico y plantear una técnica donde el acompañar y cuidar es más importante que interpretar.

La regresión como parte del proceso curativo, significa generar condiciones favorables, en el setting analítico, para que el paciente regrese a una situación de carencia, o de falta básica, ocurrida en la primera infancia, para que a partir de ello pueda tener una nueva oportunidad para el desarrollo hacia adelante. Esta regresión a la dependencia supone una técnica en donde el acompañar, el sostener es más importante que interpretar. Lo básico es el cuidado.

Estas ideas fueron desarrolladas básicamente por Donald Winnicott, Michael Ballint, Margare Little y Christopher Bollas. Nosotros aquí intentaremos mostrarlas, para luego terminar presentando el testimonio de Margare Little, analista que fue analizada por Winnicott.

## Introducción

El término regresión es utilizado con mucha frecuencia en psicoanálisis, por ser uno de los más antiguos y centrales. La mayoría de las veces se concibe como un retorno a formas anteriores de desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto y de la estructuración del comportamiento. Entenderlo significa entender parte del mecanismo de los sueños, el funcionamiento del inconsciente, las técnicas psicoterapéuticas no-clásicas, el desarrollo del psicoanálisis y otros conceptos como transferencia, contratransferencia, encuadre, mecanismo de defensa, entre otros.

En el presente trabajo nos centramos en uno de sus aspectos: la regresión en la transferencia, deteniéndonos antes en el concepto mismo de regresión.

La regresión como parte del proceso curativo, significa generar condiciones favorables en el setting analítico, para que el paciente regrese a una situación de carencia, o de falta básica, ocurrida en la primera infancia, para que a partir de ello pueda tener una nueva oportunidad en el desarrollo hacia adelante. Esta regresión a la dependencia supone una técnica en donde acompañar y cuidar es más importante que interpretar.

Estas ideas fueron desarrolladas básicamente por Donald Winnicott, Michael Ballint. Nosotros aquí las resumimos y luego mostramos la experiencia vivida por Margare Little: psicoanalista, que fue analizada por Winnicott. Ella concibió que llegó a la regresión total, hecho necesario para superar sus dificultades y desarrollar su verdadero self. En agradecimiento a Winnicott nos relata con afecto su testimonio demostrando cómo se dio en la práctica, es decir con ella, esto de la regresión en la transferencia y cómo la regresión forma parte del proceso curativo.

Posteriormente y dentro de la línea del presente trabajo, presentamos algunas ideas de Harold Searles en su trabajo con pacientes esquizofrénicos. Finalmente concluimos con algunas reflexiones.

## **1. La regresión como concepto.**

Parafraseando a Aristóteles podemos decir que la regresión se dice de muchas maneras, es un concepto con múltiples acepciones. Así, tenemos que regresión significa volver atrás, tanto desde el punto de vista lógico como espacial o temporal. En Psicoanálisis podemos hablar de regresión en muchos contextos: al explicar el carácter del sueño, como un mecanismo de defensa, cuando queremos explicar la regresión de la libido a un modo anterior de organización, como paralelo al concepto de fijación, como el resurgimiento del pasado en el presente, en la compulsión a la repetición y, por último, en la transferencia, esto es, en la terapia psicoanalítica.

La mayoría de las veces se concibe como un retorno a formas anteriores de desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto y de la estructuración del comportamiento. En este orden de ideas, Laplanche y Pontalis (1977) en su diccionario afirman que: “Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente” (p. 371).

La noción de regresión es tan antigua como el psicoanálisis. La palabra regresión surgió impresa por primera vez en el capítulo VII de “La Interpretación de los Sueños”, obra en donde Sigmund Freud (1900) habla de cómo “el sueño posee un carácter regresivo”(p. 675). Se considera que durante el sueño se produce una profunda regresión del funcionamiento del Yo a un nivel característico de la vida muy temprana; de esta manera, el pensar se hace al modo del proceso primario antes que del secundario y es esencialmente pre-verbal, consiste en una mayor parte en “imágenes” sensoriales con un predominio de las visuales. Mas adelante Freud, en 1914, en la tercera edición de “La interpretación de los Sueños”, resumió el aspecto teórico de la regresión en dos funciones: como mecanismo de defensa y como factor patógeno.

En este sentido, distingue tres aspectos en la regresión: el topográfico, el temporal y el formal. El topográfico se refiere a consciente-inconsciente (en el sentido de sistemas psíquicos), a proceso primario y a proceso secundario, aquí no hay tiempo ni lógica. El temporal se refiere a lo cronológico (como un retorno a formaciones psíquicas anteriores). Por último, el formal se refiere a lo estructural, esto es, al Yo, el Ello y el Súper-Yo (donde se vuelve desde los métodos de

expresión más maduros a los más primitivos). Afirma que estos tres tipos son como uno solo, pues señala que lo más viejo en el tiempo es lo más primitivo en la forma y lo que está topográficamente más cerca del polo perceptual. Más tarde, en 1917 Freud distingue sólo dos formas de regresión: la topográfica y la temporal y deja completamente de lado el aspecto formal, aspecto que, sin embargo, sería hoy en día uno de los más importantes.

Por su parte, Nancy Mc Williams (1994) tiene una mirada de la regresión como un mecanismo de defensa secundario. Ella define los mecanismos de defensa como “una etiqueta diagnóstica” (p. 96), esto es, una manera abreviada del patrón defensivo habitual de la persona. Los mecanismos de defensa primarios son aquellas defensas que están relacionadas con los límites entre el Yo y el mundo exterior, involucran la barrera entre el Self y el mundo externo, están asociadas a la fase pre-verbal del desarrollo; los secundarios son los considerados como más maduros y que lidian con barreras internas, como las existentes entre el Yo, el Súper Yo y el Ello. El mecanismo de defensa de la regresión, suele encontrarse de manera habitual cuando, para combatir la ansiedad, la persona regresiona a etapas anteriores del desarrollo como un proceso normal en la vida del individuo y que en su forma patológica se manifiesta de manera completamente inconsciente en la somatización. Algunas enfermedades mentales importantes (como en los procesos psicóticos y la esquizofrenia, por ejemplo) tienen que ver también con varios mecanismos de defensa combinados y entre ellos está la regresión sufrida por el individuo que enfermó.

Coderch (1975) nos habla de la regresión como mecanismo fundamental de las psicosis. También, alude tanto a: “un retroceso a un estado anterior de las relaciones objetales, de la organización del yo, de las pulsiones (...) como para significar un estado de desintegración en el que se presentan elementos correspondientes a distintas fases evolutivas”(Coderch, 1990, p. 27).

En este orden de ideas, podemos decir que en la regresión se produce una marcha atrás en dirección a una fase anterior del desarrollo hasta alcanzar uno o más puntos de fijación. Se habla de fijación cuando el monto de retención de las pulsiones libidinales y agresivas bloqueadas en uno de los estadios evolutivos es suficiente para producir una perturbación en dicho desarrollo, de modo que la vida pulsional queda fuertemente vinculada a la imagen predominante en aquel periodo,

a las pautas de relación, a las zonas erógenas propias de tal momento y a las formas de descarga y satisfacción de los impulsos predominantes.

Regresar significa caminar hacia atrás, volver atrás. El resurgimiento del pasado en el presente forma parte de la noción de Compulsión a la Repetición, es decir, la forma regresiva de la transferencia es volver, desde el estado actual, a un estado que existía antes. Los conflictos no resueltos provocan una tensión que exige alivio; la compulsión a la repetición tiene como tarea reproducir sin fin tales conflictos inacabados para dar, de esta manera, ocasión a la posibilidad de que se restablezca el equilibrio perturbado. Sin embargo, Coderch (1995) señala que no hay que confundir a la transferencia con la compulsión a la repetición, pese a que esta última intervenga en su desarrollo. La compulsión a la repetición reproduce las experiencias primitivas, impidiendo cualquier cambio, mientras que la transferencia procura reactivar las antiguas pautas de relaciones objetales frustrantes a fin de reintroducirlas en la situación presente y darles otro desenlace.

El surgimiento del pasado en el presente, a decir Nasio(1998-1999), puede darse de tres modos. El primero a través del recuerdo consciente; el segundo a través de lo actuado en los síntomas, que reproduce deformadamente una antigua experiencia olvidada, sin que se conozca su origen; el tercero (en la cura) es el retorno de un pasado doloroso, a saber, neurosis de destino, neurosis traumáticas, *neurosis de transferencia*. Si se logra nombrar la emoción dolorosa entonces el dolor tiene todas las posibilidades de integrarse en la vida y hacerse tolerable.

## **2. La regresión en la transferencia.**

Hemos visto que la palabra regresión ha sido utilizada con diferentes sentidos dentro del psicoanálisis y uno de ellos, se refiere a una particularidad del proceso psicoanalítico: el surgimiento del pasado infantil acompañado con la reaparición de modos de funcionamiento que han sido superados en el desarrollo individual del paciente, llamándose a esto regresión en la transferencia. Sandler (1973) sostiene que así la regresión tiene otra función, la de ser aliada en la terapéutica analítica.

Se puede hablar de tres tipos de regresión en la transferencia (Etchegoyen, 1988). El primer tipo se llama regresión en el setting. El setting analítico promueve un proceso regresivo que instaura la neurosis de transferencia. La regresión se

produciría como respuesta a las características del setting. Los principales defensores de esta posición son los psicólogos del Yo. Quienes distinguen dos tipos de regresión, a saber, la regresión patológica característica de la enfermedad que trae el paciente al tratamiento y que tiene un carácter defensivo; y la regresión útil, operativa o al servicio del Yo, que favorece la tarea terapéutica. Piensan que el encuadre fue diseñado por Freud para provocar la regresión del paciente y para que pueda ser regulada por el analista

La segunda teoría que intenta comprender la regresión es la de Etchegoyen. Él sostiene que la regresión la da la patología del paciente y no el setting, es decir, la regresión en el proceso psicoanalítico tiene que ver con la enfermedad y no con el encuadre. El encuadre no la fomenta, solo la denuncia, la detecta, la contiene y la hace analizable. El paciente viene con su regresión, su enfermedad es la regresión, y el grado de regresión depende de la enfermedad y no del setting.

La tercera teoría que intenta explicar el concepto de regresión es la llamada *regresión curativa*. Según esta teoría la regresión es parte del proceso curativo en la neurosis de transferencia. El setting permite, más no promueve, una regresión que es un proceso esencialmente curativo y no patológico; al final de este proceso regresivo el paciente se curará.

Painceira (1997) examina el significado de la palabra “cura” y destaca dos significaciones “una (...) es la de cuidado: curar es cuidar (...) y la cura es sinónimo de “curación” (p. 36).

### **3. La regresión curativa**

Entre los autores más sobresalientes que conciben a la regresión como un proceso curativo están Winnicott, Balint, Bolas y Margaret Little. Por los límites de espacio sólo veremos algunas ideas.

Coinciden en considerar que hay pacientes con determinadas características que no responden al tratamiento llamado clásico. Estos requieren de un tipo especial de vínculo, de un encuadre que reúna las condiciones necesarias para favorecer su regresión a etapas más primitivas del desarrollo emocional, en el que el mundo no era otra cosa que la relación diádica con la madre y en ese sentido el espacio de la sesión terapéutica brindaría una segunda oportunidad para el

desarrollo, otorgando esta vez, el sostenimiento, suficientemente bueno que el individuo no tuvo en su infancia.

Consideran que lo que confiere al encuadre analítico esta capacidad es el hecho de que el analista brinda una presencia predecible, está allí, se preocupa por el paciente, expresa su amor y su odio, no juzga moralmente el material que le es presentado ni a la persona que se lo presenta. Es decir, el marco del análisis reproduce las técnicas de materialización más tempranas. Invita a la regresión por su confiabilidad. Aquí la técnica no consiste en interpretar sino en acompañar y en cuidar al paciente, permitiéndole que 'use' al terapeuta.

Se plantea un cambio de la actitud analítica del analista, un cambio de la interpretación al sostenimiento. Al respecto, mencionamos que Rey de Castro (2003) considera que: "cualquier interpretación, por la naturaleza evasiva del inconsciente, resulta incompleta" (p. 145)<sup>2</sup>. Para él, esto podría ser una consecuencia de que los procesos primarios propios del inconsciente son, por su misma naturaleza, imposibles de ser descritos con el lenguaje, pues éste está regulado por procesos secundarios. Pensamos que esto tiene que ver con el valor que se le otorga a la actitud, al lenguaje no-verbal, en la regresión en la transferencia, cuando esta forma parte del proceso curativo.

A continuación presentaremos algunos de las ideas al respecto de Balint y Winnicott puesto que "en la obra de los dos está en común la preocupación por la regresión del paciente (...) a una regresión a las fases de dependencia absoluta (Winnicott) o a la fase de la falta básica (Balint)" (De Mello Filho, 1999, p. 294).

### **3.1. Winnicott: la regresión a la dependencia es parte de un proceso curativo.**

Para Winnicott "el concepto de regresión ha cambiado en la metapsicología psicoanalítica" (1959-1964, p.153) y sostiene que durante años se entendía como un regreso a fases anteriores de la vida instintiva, es decir, se regresionaba hasta un punto de fijación. Pero en 1954 él afirma que al hablar de regresión se refiere "a la regresión a la dependencia y no específicamente a la regresión en términos de zonas erógenas" (Winnicott 1954 c).

---

<sup>2</sup> La traducción es nuestra.



Básicamente para Winnicott, “la teoría de que la regresión es parte de un proceso curativo” (Winnicott, 1954 b, p. 381), dentro de la transferencia analítica. Implica un retorno organizado hasta la dependencia, al nivel de la primera infancia, para afrontar situaciones de fracaso ambiental, sin las defensas propias del falso self, defensas cuyo objetivo era la de proteger al verdadero self (Winnicott, 1954 b). Regresión “implica el sentimiento de confianza en el ambiente que permite dejar en suspenso las defensas y retornar a estados de no-integración” (Abadi, 1996, p. 188)

Winnicott (1954 b) propone que cuando los fallos ambientales tempranos son repetitivos existe un congelamiento de la situación de fracaso. El análisis, en la medida que reúna las condiciones de un holding (sostén), promueve la regresión a esta situación de fracaso ambiental vivida en la primera infancia. Así el proceso analítico retoma el desarrollo del sujeto en aquel punto donde quedó congelado a consecuencia de la falla en el medio ambiente. Winnicott concibe la regresión como una vuelta al estado de dependencia del niño, en el que los instintos están desorganizados y su mundo está constituido básicamente por la relación diádica con este proceso. El paciente en regresión no recuerda su pasado sino que lo vive. El la madre. Las pulsiones fálicas, genitales y anales tienen un papel secundario en el pasado. El estado regresivo favorece las actuaciones en donde el analizado podrá revivir el fracaso ambiental y la externalización de su enojo permitirá su superación y el logro de un nuevo sentimiento del self. Por lo tanto, para Winnicott (1954 b) la regresión tiene que ver con el proceso analítico, su temporalidad permite desarrollarse y establecerse.

A Winnicott le parece esencial la elección de los pacientes susceptibles de este tipo de terapia. Pues para él, los esquizoides necesitan recibir apoyo y “sostenimiento, ajeno a la comprensión o inteligencia” (Winnicott, 1963 a, p.295), a diferencia de los casos neuróticos.

Distingue tres tipos de pacientes (1954 b). El primer tipo sería los clásicos neuróticos de Freud, pacientes capaces de relacionarse con las personas como objetos totales, con fantasías conscientes e inconscientes que enriquecen y dificultan a esa relación y además, siempre están ligados al complejo de Edipo. El segundo tipo se compone de pacientes preocupados por su mundo interno y por su organización interna; son los pacientes con dificultades en la “posición depresiva” estudiados por Melanie Klein. El tercer tipo de paciente, es aquel que es portador de

fallas en sus relaciones de objeto pre-edípica, anteriores a la posición depresiva de Klein. Estos pacientes tienen fallas en su desarrollo emocional primitivo y tienen una estructura básica psicótica.

Según Winnicott (1954 b) en los pacientes de tipo uno y dos se puede seguir la técnica clásica, pero los pacientes tipo tres requieren de algunas modificaciones.

Aquí el paciente necesita que el analista sea capaz de ver su odio y su amor hacia sí mismo. Además, en estos pacientes, las fallas ambientales en su temprana infancia fueron tan grandes, que no conciben la posibilidad real de ser amados, también, por su misma situación de enfermedad mental, no tienen a nadie que los soporte (Winnicott 1963 b). En estos casos, Winnicott (1954 a) propone que, si el paciente busca odio objetivo o justificado debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario, es imposible que sea capaz de encontrar amor objetivo: “Parece ser que es capaz de creer que es amado solo después de haber sentido que es odiado” (Winnicott, 1954 a, p. 274).

Para lograr esto, es necesario la respuesta total del analista a estas necesidades del paciente, para lo cual debe usar su contratransferencia, sobre todo, en aquellos casos que se encuentran inmersos en un estado temporal de regresión y dependencia (Winnicott, 1960, p.199).

Para Winnicott “la psicosis (...) esta ligada con el fallo ambiental (...) en la fase de dependencia” (Winnicott, 1963 b, p. 275), por lo tanto esta falla puede ser remediada en la regresión a la dependencia, a través de lo que él llama un nuevo renacimiento.

Winnicott (1949) sostiene que la mente no es en principio una entidad para el individuo, que se desarrolla satisfactoriamente, es simplemente una modalidad funcional de su psique-soma (esquema corporal). En algunos individuos, la mente se diferencia como algo aparte, como una entidad con una falsa localización. Este desarrollo desviado se da como resultado de una conducta equivocada por parte de la madre. Se desarrolla una oposición entre la psique-soma que provoca un falso crecimiento, un falso self. De esta manera Winnicott considera que la psicosis es una falla que lleva al individuo a configurar un falso self, que protege al self verdadero (Winnicott, 1960 b).

El desarrollo emocional primitivo que se malogró y desvió, se remediará cuando se le permita al paciente *volver atrás y comenzar de nuevo*, a través de una

experiencia singular. El setting analítico le da el adecuado sostén para que se dé esta regresión. Una regresión temporal y con toda la profundidad necesaria para llegar hasta el punto donde se había congelado la situación, para así empezar de nuevo. Aquí no hay más remedio que reparar lo dañado; lo importante es darle al analizado las condiciones para que se instale el sano proceso de la regresión todo el tiempo que sea necesario y hasta la profundidad necesaria. Para lograr este proceso la técnica no consiste en interpretar sino en acompañar, en comprender, sin interferir en el proceso de regresión que emprende el paciente (Winnicott, 1954 b).

### **3.2. Balint: el poder curativo de la regresión a la “falta básica”.**

Para Balint, M. (1989) la “falta básica, (...) es una falta en la estructura básica de la personalidad, algo como un defecto o una cicatriz” (p. 110). Las personas portadoras de una falta básica, son personas que tienen la sensación que alguien les falló o los descuido.

Balint divide a los analizados en dos categorías, a saber, los que alcanzan el nivel edípico genital y los que no lo logran; éstos son los poseedores de una falta básica.

Balint (1989) piensa que el origen de esta falta básica puede remontarse a discrepancias, en las primeras fases del bebé, entre sus necesidades y los cuidados que se le brindaron, así como también la atención y el afecto del que fue objeto, en los momentos oportunos. Esta discrepancia crea un estado de deficiencia. La causa de esta discrepancia temprana puede ser congénita o ambiental. La primera puede responder a excesivas necesidades del infante y la segunda puede revelar cuidados insuficientes o una actitud demasiado ansiosa, sobre protectora, rígida, inoportuna, incomprensible o indiferente de la persona que estaba a cargo del bebé. Es decir, hay un desajuste entre el niño y las personas que representaban su medio, fundamentalmente su madre. De tal manera que el niño queda herido, no por un hecho aislado, sino por una situación que dura algún tiempo y que se debe a una penosa falta de comprensión, una falta de ajuste entre el niño y su ambiente.

En el ámbito de la falta básica la estructura propia es una relación exclusivamente de dos personas, todos los acontecimientos que en ella tienen lugar transcurren entre dos personas –no hay un tercero–, no se tiene un conflicto y el lenguaje adulto es inútil cuando no erróneo.

En general, el análisis opera con dos instrumentos básicos e igualmente importantes, la interpretación y la relación de objeto, y en el nivel de la falta básica el factor realmente importante es la relación de objeto.

Balint sostiene que ante los pacientes poseedores de la falta básica, el terapeuta debe de responder a las necesidades del paciente no con interpretaciones o palabras, sino más bien con algún tipo de conducta adecuada que responda al nivel de regresión del paciente. Lo fundamental es el vínculo y los aspectos interpersonales. Balint (1989) menciona el “poder curativo de la relación” (p. 189) y la necesidad de un ambiente sostenedor, que no ofrezca resistencia, en donde el terapeuta acepte ser usado por el paciente. Así la función del analista es comprender lo que está detrás de las palabras, y generar un clima tal en donde pueda cicatrizar esta falta básica. Así, lo fundamental es la comprensión y la tolerancia, “lo que realmente importa es crear y mantener condiciones en las cuales puedan producirse ciertos hechos internamente, en la psique del paciente” (Balint, 1989, p. 174).

Balint piensa que el manejo de un paciente regresionado es una tarea delicada y difícil de llevar a cabo satisfactoriamente. La dificultad estriba en el analista para convertirse en un objeto primario, que permita al paciente en estado de regresión, repetir sus antiguas experiencias traumáticas en la relación terapéutica y mantener esta atmósfera el tiempo suficiente, para que el paciente descubra nuevos medios que eviten la repetición del trauma original, conduciéndolo así a la curación de la falta básica. Otra situación difícil es la conducta de algunos de estos pacientes que comienzan a saber mucho de sus analistas y tienen más conciencia de los estados anímicos de su analista que de los suyos propios, incluso su interés se aparta de los propios problemas y sufrimientos que lo llevaron a buscar ayuda terapéutica. De esto se deriva la otra dificultad, que es que “el analista debe evitar parecer a los ojos de su paciente como un ser omnipotente” (p. 199).

La finalidad es que el paciente llegue a ser capaz de encontrarse a sí mismo, aceptarse y continuar consigo mismo, sabiendo que en él hay una cicatriz –su falta básica– que si bien no puede ser eliminada, anulada mediante el análisis, tal vez podrá curarse dejando una cicatriz, lo cual significa que existió en el pasado y será siempre perceptible. En este sentido dice Balint que “aunque la falta pueda curarse, su cicatriz se conservara para siempre” (p. 216).

Por otra parte, Balint sostiene que es importante dejar al paciente obtener un periodo de duelo, para lo que requiere de esta situación bipersonal, esta relación analítica de tolerancia. El proceso de duelo tiene que ver con que el paciente debe de abandonar la esperanza de lograr un impecable e intachable ideal de uno mismo, lo que implica la renuncia de una imagen narcisista de uno mismo como defensa compensatoria ante la falta básica. Un buen tratamiento debe conseguir que el paciente acepte el hecho de que tuvo una falta básica y se adapte de manera realista a este hecho y que sea capaz de establecer nuevos vínculos afectivos y favorables con las personas y su medio.

#### **3.4. Margaret Little: Su testimonio.**

Consideramos de sumo interés el relato de Margaret Little (1995) de su análisis con Winnicott. En este fascinante testimonio se puede percibir cómo se sentía la paciente Margaret Little sostenida, acompañada y protegida por Winnicott, así como también la manera en que Winnicott trabajaba la regresión en la transferencia.

Little (1995) en su análisis con Winnicott, consideró que llegó a la regresión en la transferencia hasta la dependencia total. Hecho necesario, según su criterio, para superar sus ansiedades psicóticas, sus profundas dificultades de personalidad y llegar a desarrollar su verdadero self, convirtiéndose en una persona con ganas de vivir, con capacidades creativas y en una analista capaz de sostener a otros. En agradecimiento a Winnicott nos da su testimonio de cómo fue su análisis con él.

Por otro lado, Winnicott (1949, 1954 b) al tratar el tema de la regresión en la transferencia, expone un caso, que después de leer a Margaret Little se puede sospechar que se trata del caso de ella. Creemos que ambos hablan de lo mismo, haciéndolo cada uno desde su perspectiva.

Winnicott la considera como “una de las pacientes que quizá mas me haya enseñado acerca de la regresión” (Winnicott, 1954 b, p. 379. Así, Narra el caso de una señora de 47 años, que aparentaba ser una persona eficazmente adaptada a la vida, que había establecido una relación con el mundo que era buena a ojos de los demás, pero no a los suyos pues se sentía completamente insatisfecha, como si siempre tratase de encontrarse a sí misma y sin conseguirlo jamás, al punto de tener ideas suicidas. Winnicott consideraba que esta paciente tenía la necesidad de

“llevar a cabo una regresión muy seria (...) seguir la tendencia regresiva” (Winnicott, 1954, pp. 338-339), y luego de ese proceso, emergería el self verdadero en lugar del falso self. Little (1985) testimonia como Winnicott realizó con ella, lo que él consideraba más importante: la capacidad del analista para sostener al paciente durante la regresión.

Margaret Little, por su lado, relata que ella llega a Winnicott después de trece años de la primera vez que buscó ayuda. Ella había tenido dos análisis anteriores, calificados como “clásicos”. Conoció a Winnicott en 1945 cuando leyó su comunicación frente a la Sociedad Británica de Psicoanálisis que le permitiría ser miembro titular de dicha sociedad. Después de algún tiempo y de algunas dudas empezó su análisis con él. En la primera sesión se repitió la situación de terror que tuvo en sus otros dos análisis anteriores. Se recostó en el diván acurrucada, completamente oculta bajo la manta, sin poder hablar, ni moverse. Ella nos narra cómo Winnicott se mantuvo en silencio y sólo dijo al finalizar la hora “en realidad no lo sé, pero me parece que por alguna razón me está evitando” (Little, p 44). Esto alivió a Little, ya que él pudo admitir que no sabía y podría aceptar la contradicción en el caso de que ocurriera.

Little narra que en el inicio de su análisis con Winnicott él le enseñó que es posible *reparar* el daño que se causa: en sesión ella se sintió angustiada y con desesperación por considerar que no obtendría la comprensión que necesitaba, tiró al piso un florero, entonces Winnicott se retiró de la habitación hasta el final de la sesión. Al regresar la ve a ella ordenando el desastre que había ocasionado, a lo que él le comenta que pensó que eso lo haría mas adelante. En la siguiente sesión Winnicott había colocado una replica del florero. Unos días después le comentó que ese objeto era muy apreciado por él. Años más tarde de haber terminado su análisis, Little le mencionó a Winnicott que ella lo había agredido a lo que Winnicott agregó que “fue útil “ (Little, 1995, pp. 44-45.).

Little se dio cuenta que durante la primera mitad de las sesiones no podía hablar, no pasaba nada, pues tenía la necesidad de sentir una condición de confiabilidad, sentir que podía estar allí sin intrusiones, sin ser cuestionada acerca de lo que le pasaba. Era como si tuviera que adoptar dentro de ella misma el silencio y la tranquilidad que él le proporcionaba. Esto contrastaba completamente con el ambiente perturbador de su infancia, el estado angustiante de su madre y la

hostilidad general de la que siempre necesitó apartarse para hallar tranquilidad. A partir de entonces las sesiones fueron más largas, durando hora y media, hasta el fin de su análisis.

Little nos dice que Winnicott utilizaba la palabra sostén no sólo en sentido metafórico sino también en sentido literal. Es decir, la apoyaba, le daba la fuerza que su yo no podía encontrar en sí misma y siempre estaba al tanto de lo que le ocurría tanto en su interior como en su mundo externo. Y desde lo literal ella expresa: “durante horas sostenía mis manos entre las tuyas como si fuera un cordón umbilical, mientras permanecía recostada, generalmente oculta bajo la manta, en silencio, inerte, presa del pánico, la ira o el llanto, dormida (...) soñando” (Little, 1995, p. 46). En esas situaciones si bien ella se sentía metafórica y literalmente sostenida emergían sentimientos de enojo, de terror e incluso sentía como si la golpearan. Ella pensaba que Winnicott durante todo ese tiempo se había aburrido o agotado, incluso hasta le habrían dolido las manos, pero ahí estaba.

Little sostiene que para Winnicott el sostén siempre formó parte de su conducción hacia la cura. Significaba asumir toda la responsabilidad, proporcionando fuerza al yo del paciente, fuerza que no podía encontrar en sí mismo y luego, la retiraba gradualmente, en la medida que el paciente pudiera hacerse cargo de sí mismo. El ambiente facilitador promueve el desarrollo y ayuda a que el paciente deje de lado antiguas medidas defensivas y de esta manera el self verdadero emerja. Ella considera que sólo en contadas ocasiones sostén significó restringir o controlar.

Little nos dice que Winnicott era compasivo, consistente en su firmeza y a veces hasta el punto de ser cruel cuando lo consideraba necesario para la seguridad de su paciente. Él podía prohibir la acción, lo que resultaba muy efectivo, ya que aunque podía ser desobedecido no podía pasar desapercibido.

#### **4. Reflexiones finales.**

Encontramos que el tema de la regresión es de especial interés tanto en la metapsicología psicoanalítica como en la terapia. Creemos que, de los elementos que distinguen a la técnica psicoanalítica de otras técnicas terapéuticas, la regresión en la transferencia ocupa un lugar central. Nuestra posición es una fuerte

identificación con la necesidad del cuidado terapéutico con este tipo de pacientes, especialmente al estilo de Winnicott y Balint.

Consideramos que el manejo terapéutico de la regresión requiere de mucha responsabilidad por parte del analista o terapeuta, ya que es una herramienta sumamente poderosa, como podría serlo el bisturí en una operación quirúrgica. Por lo que el trabajo con este tipo de pacientes exige del terapeuta además de conocimiento y entrenamiento, tener capacidades personales, y sobre todo, un mundo interno en paz. En caso contrario, se corre el riesgo de sentirse agobiado por las identificaciones proyectivas del paciente y reaccionar con violencia ante ellas, lo que haría sentir al paciente que aquello que ha disociado y proyectado le es devuelto con una violencia y destructividad incrementada. Por otro lado, pero no menos grave, puede ocurrir que el paciente quede seducido y se complazca con una relación narcisista de mutua gratificación. También podría ser que no entienda su necesidad de regresar a la dependencia y que sea agobiado por mil interpretaciones, en un momento en donde solo necesita del acompañamiento.

Nosotros compartimos las ideas expuestas acerca de la regresión curativa en la terapia analítica. Consideramos necesario la regresión del paciente en las sesiones pero creemos que es una tarea difícil de ser llevada a cabo a plenitud, pues exige una intensa compenetración con el paciente; ésta debe ser al mismo tiempo auténtica y profesional. Por lo tanto es de responsabilidad del terapeuta su conducción y manejo, para lo cual es clave una adecuada elección del tipo de paciente, así como lograr una adecuada preparación por parte del terapeuta. Ella tiene que ver con sus conocimientos, su entrenamiento, su experiencia, su propio análisis, así como también tener la capacidad de determinar si se encuentra en disposición de sostener a ese paciente, en ese momento, en una regresión de tales características.

Asimismo, nos sentimos muy identificados con el concepto de Balint acerca de los seres humanos portadores de la “falta básica” y cómo lo que se puede lograr, en la mayoría de este tipo de pacientes, es una adecuada cicatrización. Creemos que es fundamental la paz interior del terapeuta para saber actuar con profesionalidad ante pacientes que padecen de esta falta básica.

Nos ha impresionado profundamente la manera como Margaret Little narra el sostenimiento que ha tenido Winnicott con ella. Además impacta percibir, en su



relato, el nivel de regresión al que ha llegado, así como la profundidad de sus dificultades personales, que al superarlas, llegó a desarrollar su ser verdadero y fue capaz de importantes aportes al psicoanálisis. Saludamos su valor al escribir sobre su análisis.

En la línea del presente trabajo, queremos señalar que pensamos que determinados pacientes requieren una terapia de corte analítico no-clásico, con pocas reglas rígidas, con escasas interpretaciones y mucho sostenimiento, en donde la escucha y la comprensión están guiadas por el cuerpo teórico de la teoría psicoanalítica. Allí consideramos que debe de ocupar un lugar privilegiado las teorías sobre el vínculo y la contratransferencia como herramienta terapéutica. Asimismo, consideramos necesario que la honestidad y la coherencia del terapeuta vayan de la mano con sus conocimientos y entrenamiento.

Por otro lado y de acuerdo a todo lo expuesto hasta aquí, queremos mencionar la experiencia de Harold Searles en su trabajo con pacientes esquizofrénicos. El considera imprescindible permitir a estos pacientes una fase de *transferencia simbiótica*, pues piensa que para que el paciente llegue a una individuación saludable tiene que tener la “posibilidad de pasar por una fase de simbiosis terapéutica” (Corveleyn, 1997, p. 171). Paralelamente Corveleyn muestra como los pacientes psicóticos pueden generar en el analista confusión, ansiedad, sentimientos de desamparo, ante los cuales el analista puede defenderse con interpretaciones racionales, o con una estricta neutralidad. Coincidimos plenamente con Searles cuando señala que todo ello “no sirve, bloquea a los pacientes y esterilizan el proceso terapéutico en un vago status quo” (Corveleyn, p. 173).

Todo lo cual coincide con Rey de Castro en su consideración sobre las dificultades de entender los fenómenos inconscientes ya que estos se mueven con la lógica del proceso primario y por lo tanto son imposibles de describirse adecuadamente con el lenguaje que es regulado por los procesos secundarios. De ahí que se haga necesario tolerar las contradicciones y los dilemas que devienen.

*Sostener a nuestros pacientes y ser sostenidos por un cuerpo teórico de naturaleza evasiva es nuestro reto como portadores del marco teórico psicoanalítico.*

## Referencias Bibliográficas.

- Abadi, S. (1996). *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*. Buenos Aires: Editorial Luman.
- Balint, M. (1989). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Corderch, J. (1995). *La interpretación en psicoanálisis. Fundamentos y teoría de la técnica*. Barcelona: Herder..
- Corveleyn, J. (1997). *Acerca de la contratransferencia: ¿obstáculo o instrumento?*. *Revista de Psicología PUCP*, Vol XV, Nº 2. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- De Mello Filho, J. (1999). En: J. Outeiral, S. Abadi (coord.). *Donald Winnicott en América Latina. Teoría y clínica psicoanalítica* (pp. 287-299). Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Etchegoyen, H. (1988). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. (Trad. López Ballesteros, 1972). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1977). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Labor.
- Little, M. (1985). *Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicótica y contención*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: The Guilford press.
- Nasio, J. D. (1998-1999). *El concepto de compulsión de repetición*. En: *Revista de Psicoanálisis*, N ° 6. Buenos Aires: Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Painceira Plot, A. J. (1997). *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Buenos Aires: Editorial Lumen.

- Rey de Castro, A. (2003). In search of the elusive nature of clinical psychoanalytic theory. En: *psychoanalytic Quarterly*, LXXII.
- Sandler, J., Dare, Ch., Holder Y. (1973). *El paciente y el analista. El marco clínico de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott (1949). La mente y su relación con el psicósoma. En: D. W. Winnicott. (1981). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp.331-346). Barcelona: Laia.
- Winnicott (1960 a). Contratrtransferencia. En: D. W. Winnicott (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 191-200). Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott (1960 b). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. En: D. W. Winnicott (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 169-184). Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott, D. W. (1954 c). Replegamiento y regresión. En: D. W. Winnicott. (1981). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 347-355). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1963 a). El trastorno psiquiátrico en términos de los desarrollos infantiles de maduración. En: D.W. Winnicott (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 281-296). Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott, D. W. (1954 a). El odio en la contratrtransferencia. En: D. W. Winnicott (1981). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 267-280). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1954 b). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la Regresión dentro del marco psicoanalítico. En: D. W. Winnicott (1981). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 377-398). Barcelona: Laia.
- Winnicott, D. W. (1959-1964). Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiatría?. En: D. W. Winnicott (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 149-168). Barcelona: Editorial Laia.
- Winnicott, D. W. (1963 b). Los casos de enfermedad mental. En: D. W. Winnicott (1979). *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp. 265.280). Barcelona: Editorial Laia.