

El campo conceptual de handling en Winnicott: manipulación, manejo, administración del tratamiento.

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2023). *El campo conceptual de handling en Winnicott: manipulación, manejo, administración del tratamiento*. XXXI Encuentro Latinoamericano del Pensamiento sobre Donald Winnicott. Sociedad Colombiana de Psicoanálisis y Board del Encuentro Winnicott, Bogotá.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/17>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSPW/BhU>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

El campo conceptual del *handling* en Winnicott: manipulación, manejo, administración del tratamiento.

Juan D. del Olmo, 2023¹.

1. La extensión del concepto winnicottiano de *handling* al ámbito psicoterapéutico amerita una serie de observaciones, sobre todo al considerar su traducción al español. La función facilitadora castellanizada como *manipulación* alude a los actos de cuidado a cargo de los sujetos parentales, ejercidos en principio, pero no sólo, con las manos, que colaboran en la transformación del soma biológico en un cuerpo subjetivado: movimientos que forman parte del proceso de maduración de personalización, que deviene, en palabras de Winnicott, en el enraizamiento de la psique en el soma. En contextos ajenos a la crianza, resulta más adecuado - idiomática y éticamente - emplear otros términos dentro del mismo campo semántico del *to handle*: manejo, atención, trato, encargarse, que encuentran resonancia en los modos que utilizamos habitualmente para referirnos al trabajo con la subjetividad. En esta serie, y manteniéndonos cercanos a la referencia directa a lo manual, podemos agregar el *tener muñeca*. Este latinoamericanismo indica “una habilidad y una sutileza para manejar situaciones adversas”, según expresa la Real Academia Española.

El tener muñeca implica un saber-hacer basado en la intuición, la experiencia y una lectura justa de las situaciones, que permite implementar una estrategia: en otras palabras, un criterio clínico y la disposición de determinados actos congruentes con él. Supone maniobrar: aquí aparece otra vez la figura de la mano y sus obras, sus usos. Le daremos lugar a esta insistencia y repararemos en algunos atributos de la extremidad y acciones que posibilita: el pulso (la precisión), el tocar – rozar, el hurgar, los pares tomar – soltar, trabajo de pinza – agarre masivo, apretar – relajar, golpear – acariciar, y todos (y, sobre todo) los estados intermedios, las cualidades y sutilezas presentes en lo artesanal y lo singular de los

¹ Trabajo presentado en el XXXI Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Donald Winnicott “Lo suficientemente bueno hoy”, organizada en conjunto entre el Board del Encuentro Winnicott y la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. Bogotá, Colombia. 16 al 18 de noviembre de 2023.
Contacto: juanddelolmo@gmail.com

encuentros clínicos. La flexibilidad se encuentra en la esencia del manejo de las situaciones clínicas, especialmente las complejas.

Little, por su cuenta, utiliza el concepto de *management* como sinónimo de *handling*. Este desvío impresiona provechoso para introducir en el mapa conceptual algunos términos que suenan ajenos a nuestro campo dada su nominación, pero que resultan pertinentes en la práctica: la conducción (de los tratamientos, o de la cura) y la gestión (la provisión del encuadre, la administración de intervenciones, la ampliación del campo clínico si fuera necesario incluir actores adicionales dentro de la situación clínica, tales como otros profesionales para derivar a espacios de tratamiento simultáneos o en reemplazo, o allegados del consultante). Todo ello redundando en una potestad central: la toma de decisiones.

2. La lectura de lo que ocurre, que no es más que un sinónimo del diagnóstico, debe ser solidaria de un acto clínico. Mejor dicho, a la inversa: el acto clínico, como manifestación de la capacidad de *handling* del terapeuta, debe ser congruente con su evaluación. Y estos actos, sobre todo en situaciones complejas o de gravedad, suelen tomar la forma de orientaciones e indicaciones, destinadas al sujeto e incluso a sus familiares.

Quienes nos posicionamos dentro del campo del psicoanálisis, sentimos una incomodidad de monto variable al pensar que le decimos al otro qué debe hacer: nos han enseñado (bien) a tratar de no ocupar esos lugares de autoridad. Pero si ubicamos esta directividad dentro de una lógica de cuidado, situacional, provisorio y con plasticidad, estas condiciones tienden a la construcción de un encuadre que permite el alojamiento de la situación clínica de una manera más segura.

Con Winnicott, sabemos que el encuadre adquiere la función de sostén ambiental para el consultante y mismo para el tratante: el paciente encuentra una regulación de su atención que en el mejor de los casos genera confiabilidad, sabe qué esperar. Por su parte, el terapeuta propone su modo de trabajo y establece las pautas que le generan la tranquilidad suficiente para poder actuar, confiando en que el paciente consienta a ellas y las respete. Se plantean las reglas del juego, a la vez que se delimita el tablero.

Es este sesgo más prescriptivo al que Winnicott ubica como una intervención adecuada para determinados escenarios clínicos, o para lo que denomina un *análisis modificado*: por caso, en pacientes con alguna configuración de tendencia antisocial, desaconseja implementar una práctica interpretativa en primera instancia. Junto a este tipo clínico, ubica otras ocasiones de consulta para las que se vuelve menester hacer otra cosa como psicoanalista: la predominancia del miedo a la locura, el armado de un falso self exitoso, una aguda disociación entre vida interior y mundo externo, una figura parental enferma dominante. Esa otra cosa implica el manejo de la transferencia (y de la contratransferencia) en los movimientos regresivos a estados de dependencia.

Habiéndose adentrado en ese terreno fangoso, el analista deberá cuidarse de mantener su práctica dentro de los parámetros de una regresión benigna en la cual se apuesta a una eventual y progresiva prescindencia de la presencia del terapeuta y la ganancia de autonomía del sujeto, y evitar los ánimos voraces y la demanda pasional y sin término del circuito de los estados malignos. Las prácticas de sostén mal delimitadas conducen a una infantilización de los pacientes adultos, alimentando innecesariamente la intensidad de la dependencia en la transferencia.

3. Volvamos sobre los pasos de este escrito y abramos una vía paralela. Los trabajos del proceso de personalización no culminan en los tiempos de la primera infancia. Como sujetos, a lo largo de la vida nos vemos enfrentados con la necesidad (y en el mejor de los casos, la posibilidad) de reapropiarnos de un cuerpo que se va modificando en potencia y consistencia. Freud señaló a la pubertad y su metamorfosis como uno de sus momentos. Ubicamos también el silencioso e inevitable crecimiento y envejecimiento, del cual sólo se toma conciencia en algunas escenas en las que se presenta una diferencia respecto de la representación de sí de cada uno. En un plano más trabajoso, las enfermedades degenerativas imprimen afectos paradójicos entre la tendencia a libidinizar y un cuerpo que progresivamente va reduciendo su funcionamiento.

¿Cómo acompañar estas actualizaciones en los procesos de personalización? ¿Con qué handling?

Aquí llamamos nuevamente la atención sobre la relevancia del lugar de decisión respecto de cuál sería la intervención más adecuada para la presentación clínica que nos convoca; es decir, el nivel del handling como administración del tratamiento: en este caso, de las formas de tocar el cuerpo.

En el artículo Nada en el centro (Winnicott, 1959), el autor recorta un fragmento de sesión, parte de un prolongado período de regresión:

“... me estaba contando, en términos físicos, de qué manera su madre le había transmitido, cuando él era muy pequeño, que desde el punto de vista de ella él era una nena y no un varón (...) Le pude decir que la madre lo envolvía con el pañal de un modo que habría sido más apropiado para una niña, tal vez como una toalla higiénica que no le dejaba libertad para orinar. Y cuando señalé que la cosa habría sido diferente si él hubiese sido un chico nacido en una choza en medio de la selva, enseguida captó el sentido de mi interpretación, y a través de ésta, la idea de un niño con libertad para orinar. Por lo que recordaba, era la primera vez que sentía su pene como propio.” (Winnicott, 1959; p. 71)

En esta viñeta, Winnicott nos presenta una construcción: una escena probable entretejida a partir de elementos sensoriomotores actuales y las hipótesis elaboradas a lo largo del tiempo del tratamiento. Las palabras tocan el cuerpo, con cierta eficacia al menos en el momento de la intervención y según la referencia del paciente. No obstante, podemos dar extensa cuenta partir de nuestra práctica actual – y del conocimiento logrado en las últimas décadas de desarrollo del psicoanálisis – de los efectos de nuestras intervenciones verbales en la constitución imaginaria y en lo real en términos lacanianos. A eso nos dedicamos.

Por otro lado, no resulta obvio para nosotros, psicoterapeutas, y sobre todo con orientación psicoanalítica, que no podemos intervenir sobre toda situación, sino que nos toca acompañar y eventualmente poner palabras a procesos desarrollados en otros espacios. No estamos cómodos con el reconocimiento de las limitaciones de nuestras prácticas logocéntricas, lo cual puede obstruir la ampliación del campo clínico con la inclusión de otras incumbencias profesionales.

Sonia estaba enloquecida. Las voces que la habitaban susurraban permanentemente, indicándole que se lastime. Eran viejas conocidas para ella; había

aprendido a manejarlas restándole atención o importancia. Pero la convivencia era agotadora. Cuando la vida cotidiana presentaba alguna frustración, las voces gritaban, la ansiedad explotaba dentro del cuerpo de Sonia, y el acto agresivo finalmente acontecía.

Sonia se acercaba al hospital de día a mostrar sus heridas: quemaduras de cigarrillo en los antebrazos, cortes superficiales en las muñecas, algún moretón en las piernas. La enfermera realizaba las curaciones con el cuidado, la contención y la confianza de quienes se ven diariamente. Hablaban, mientras. Le preguntaba qué había pasado, y Sonia le contaba. La tranquilizaba de maneras en que un psicoterapeuta no puede hacerlo.

Las visitas a enfermería se volvieron más frecuentes, como las lesiones, con una demanda que se espesaba: Sonia venía a que la toquen con la mirada y las manos, a que la reparen, casi como la forma exclusiva de relacionarse. Conversando en reuniones de equipo, compartimos la preocupación sobre el fino desfiladero entre la necesidad de la constitución un cuerpo cuidado, y la regresión maligna a la cual podía conducir la pasión por cautivar la mirada del otro. La muñeca clínica de la enfermera le permitió introducir una nueva indicación, sin que Sonia prestara ningún atisbo de oposición: le enseñaría a proveerse sus propias curaciones. Ella supervisaría al día siguiente. La frecuencia de las lastimaduras disminuyó.

4. La extensión del campo conceptual del handling, hemos visto, conserva la moción original de determinados actos orientados a acompañar el proceso de personalización, tanto en la primera infancia como en los sucesivos esfuerzos de reinscribir el cuerpo como propio a lo largo de la vida. A su vez, incluye la habilidad del psicoanalista para disponer de las intervenciones adecuadas a cada situación de acuerdo con el tipo clínico, pero también con el momento en el tratamiento. En consecuencia, podríamos reconocer en el handling una vía de actuación cercana al trato con el cuerpo, otra vía de manejos técnicos para algunos cuadros clínicos, y una vía más general en cuanto administración de tratamiento.

Bibliografía.

Balint, M. (1979): *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Paidós.

del Olmo, J. (2021): ¿De quién es el paciente? Avatares de la integración en la “dispersión de agentes responsables”. XXIX Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de Donald Winnicott. AUDEPP.

del Olmo, J. (2022): Apuntes sobre la integración. Ensamble de notas. En *La clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo*. Entreideas.

Little, M. (1990): *Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicótica y contención*. Lugar Editorial.

Winnicott, D. W. (1953): Nada en el centro. En *Exploraciones Psicoanalíticas 1*. Paidós.

Winnicott, D. W. (1956): La tendencia antisocial. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Laia.

Winnicott, D. W. (1960): Las finalidades del tratamiento psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.