

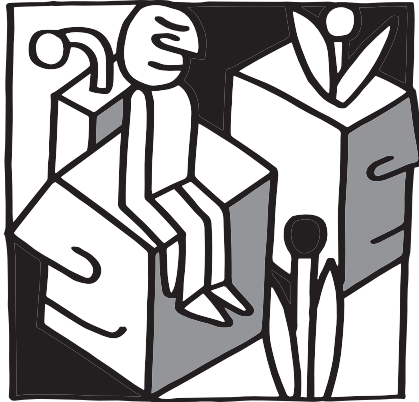
# PSIHANALIZĂ CONTEMPORANĂ

Colecție coordonată de  
Vasile Dem. Zamfirescu



# De la pediatrie la psihanaliză

PSIHANALIZĂ  
CONTEMPORANĂ



TREI

D.W. WINNICOTT

Traducere din  
limba engleză de  
Claudia Alecu, Ioana Lazăr

Editori:  
SILVIU DRAGOMIR  
MAGDALENA MĂRCULESCU  
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Redactare:  
VLAD VEDEANU

Design copertă:  
FABER STUDIO (ADELINA BUTNARU)

Director producție:  
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:  
MIHAELA GAVRILOIU

Corectură:  
IRINA MUȘĂTOIU

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**WINNICOTT, DONALD WOODS**

**De la pediatrie la psihanaliză** / D.W. Winnicott ; trad. din lb. engleză de Claudia Alecu și Ioana Lazăr ; coord. trad. și introd. de Cătălin Popescu. - București : Editura Trei, 2026  
ISBN 978-606-40-3208-9

- I. Alecu, Claudia (trad.)
- II. Lazăr, Ioana (trad.)
- III. Popescu, Cătălin (trad. ; pref.)

159.9  
61

Titlul original: COLLECTED PAPERS: THROUGH PAEDIATRICS TO PSYCHOANALYSIS  
Autor: DONALD W. WINNICOTT

Copyright © 1958 by Donald W. Winnicott  
Winnicott Trust: winnicott-trust.org.uk

Copyright © Editura Trei, 2026  
pentru prezenta ediție

C.P. 27-0490, București  
Tel./Fax: +4 021 300 60 90  
e-mail: comenzi@edituratrei.ro  
www.edituratrei.ro

ISBN 978-606-40-3208-9

# Cuprins

9 *Introducere*

## Partea întâi

25 I. O observație asupra normalității și anxietății

56 II. Mișcări necontrolate

## Partea a doua

73 III. Apetitul și tulburările emoționale

105 IV. Observarea bebelușilor într-o situație prestabilită

135 V. Consultații în cadrul Departamentului pentru Copii

160 VI. Psihonevrozele oculare ale copilăriei

170 VII. Reparație în privința apărării organizate a mamei împotriva depresiei

- 6 180 VIII. Anxietatea asociată cu insecuritate  
187 IX. Toleranța la simptom în pediatrie  
O istorie de caz  
214 X. Un caz gestionat acasă

### Partea a III-a

- 231 XI. Apărarea maniacală  
258 XII. Dezvoltarea emoțională primitivă  
279 XIII. Pediatrie și psihiatrie  
308 XIV. Amintirile nașterii, trauma nașterii și  
anxietatea  
340 XV. Ură în contratransfer  
356 XVI. Agresiunea în relație cu dezvoltarea  
emoțională  
380 XVII. Psihoză și îngrijirea copilului  
394 XVIII. Obiecte tranziționale și fenomene  
tranziționale  
417 XIX. Minte și relația sa cu psiho-soma  
437 XX. Retragere și regresie  
448 XXI. Poziția depresivă în dezvoltarea emoțională  
normală  
475 XXII. Aspecte clinice și metapsihologice ale regresiei  
în cadrul psihanalitic

|     |        |                                    |   |
|-----|--------|------------------------------------|---|
| 502 | XXIII. | Varietăți clinice ale transferului | 7 |
| 510 | XXIV.  | Preocuparea maternă primară        |   |
| 520 | XXV.   | Tendința antisocială               |   |
| 536 | XXVI.  | Pediatrie și nevroză infantilă     |   |
| 545 |        | <i>Bibliografie</i>                |   |
| 553 |        | <i>Index</i>                       |   |



# Introducere

Cu greu ar putea fi gândită psihanaliza contemporană, atât în teorie cât și în practică, în termeni care să excludă viziunea lui Winnicott. Dacă Freud a inventat o disciplină minunată, de un ajutor real pacienților și care aducea succese nebănuite profesioniștilor acesteia, Winnicott reușește să o transforme și în ceva inteligibil pentru toată lumea.

Citind această carte, intrând în acel dialog neîncetat pe care Winnicott îl lansează și întreține pe tot parcursul ei, trăiești un sentiment de perplexitate, regăsești aici propriile tale reflecții, cele mai profunde, dar și cele mai intime, spuse însă într-un mod neobișnuit de simplu, de clar, de armonios. Și tu te-ai gândit de exemplu că activitatea minții poate fi un mod de apărare al unei structuri nepotrivit solicitate, la faptul că oamenii din jurul tău (și poate chiar tu însuși) funcționează mai mult sau mai puțin autentic, că ei sunt sau nu, într-o măsură mai mare sau mai mică, că între ființa care se naște și mediul ca întreg trebuie să existe un anumit echilibru și o păstrare a unui anumit mers neperturbat, te-ai gândit la manie ca o apărare de depresie, depresie care nu este totuna cu poziția depresivă și la multe altele. Winnicott este

10 partenerul cu care poți începe să discuți despre aceste lucruri, este cel care te va ajuta mai întâi să-ți pui propriile gânduri și intuiții în termeni simpli și elocvenți, cum ar fi conceptele care corespund reflecțiilor tale anterioare, adică ideea de sine fals și sine adevărat, de retragere și regresie, de apărare maniacală, de poziție depresivă, de ingerință din partea mediului, de obiect tranzițional. Winnicott reușește însă mult mai mult decât atât — nu doar să dea cuvinte și formă propriilor tale intuiții, ci mai ales te ajută să nu rămâi captiv lor, să le privești ca pe niște valoroase unelte și nimic mai mult. Experiența pe care ți-o propune Winnicott nu constă în a dobândi capacitatea de a înțelege și folosi niște termeni foarte valoroși, ci constă în aceea de a fi viu.

În ciuda faptului că articolele care compun această carte sunt destinate în special unei audiențe cu pregătire psihanalitică, ele nu numai că pot fi citite, dar sunt pline de înțeles și pentru cititorii cu un minim de cunoștințe în domeniu, și asta se datorează nu doar capacității sale de a aduce înțelesuri profunde și complexe în cuvinte simple, ci și abilității sale de a crea acea punte a comunicării în așa fel încât fiecare să rămână cu sentimentul că acea observație a fost rostită numai pentru el, că la el și la structura lui s-a gândit Winnicott când a scris acea frază, că Winnicott i se adresează personal.

*De la pediatrie la psihanaliză* reprezintă o colecție de texte scrise între 1931 și 1956. Cele trei părți ale cărții reprezintă trei perioade distincte ale gândirii lui Winnicott: cea timpurie, a unui pediatru care se îndreaptă spre o formare psihanalitică, apoi aceea a pediatrului format ca psihanalist și, în cele din urmă, texte ce reprezintă pe de-a întregul viziunea psihanalitică a lui Winnicott. Textele sunt scrise într-o manieră orală, fiind prezentate colegilor psihanalisti în diferite ocazii. Acest fapt nu afectează însă în

niciun fel complexitatea ideilor prezentate, nu de puține ori textul dovedindu-se solicitant pentru mintea cititorului.

Donald Woods Winnicott s-a născut în 1896, într-o familie prosperă, în Plymouth, Anglia. A studiat medicina la Cambridge, terminându-și studiile (întrerupte de Primul Război Mondial) în 1920. Prin opera sa și, mai mult, prin felul său de a trăi și de a face psihanaliză, Winnicott se va înscrie în istoria psihanalizei drept creatorul unei școli și al unui sistem de gândire care va influența într-o importantă măsură gândirea psihanalitică ce îi va urma.

În 1923, Winnicott obține un post de medic pediatru la spitalul de copii Paddington Green din Londra. În același an începe și prima sa analiză, cu James Strachey, traducătorul lui Freud în limba engleză. În anul 1927 este primit în formare de către Societatea Britanică de Psihanaliză, obținând titlul de analist de adulți în 1934 și pe cel de analist de copii în 1935. Rămânând în același timp pediatru la spitalul Paddington Green, va comenta mai târziu: „în acel moment niciun alt analist nu era și pediatru, și douăzeci-treizeci de ani am rămas un fenomen izolat”.

Contactul neîntrerupt cu copiii tulburați psihic și cu mamele acestora i-a furnizat lui Winnicott material pe baza căruia va construi unele dintre cele mai originale teorii din istoria psihanalizei. Această experiență este un fundal perceptibil al tuturor textelor reunite în acest volum.

În 1926, un alt eveniment istoric avea să influențeze atât viața, cât și opera lui Winnicott. Melanie Klein se mutase în Londra, formând în scurt timp un grup important de discipoli. În această perioadă, Winnicott va urma o a doua analiză, de orientare kleiniană, cu Joan Riviere. Winnicott mai împărtășea cu kleinienii și credința legată de importanța copleșitoare a primului an din viață asupra dezvoltării psihopatologiei, credință susținută

12 și documentată prin experiența sa din ce în ce mai bogată de pediatru. Această orientare avea însă să devină în anii următori din ce în ce mai divergentă față de viziunea clasică a lui Freud, divergență care avea să se acutizeze o dată cu venirea la Londra a lui Freud și a Annei Freud, la rândul ei analist de copii. În timp ce Freud datase apariția Supraeului în cel de-al patrulea an de viață, Klein susținea importanța acestuia în primele luni de viață. Klein opunea primatului pulsioniilor sexuale pe cel al pulsioniilor agresive și, mai important, nu accepta teoria conform căreia factorii de mediu și cei pulsionali ar fi avut contribuții egale la formarea psihicului. Cu ajutorul unor jucării special alese, Klein analiza copiii aflați la o vârstă la care orice freudian i-ar fi considerat inanalizabili.

Societatea Britanică de Psihanaliză era amenințată de o scindare între freudienii ortodocși și kleinieni, stare de fapt ce avea să fie rezolvată în 1945 prin acea celebră „înțelegere între domni”, care a reprezentat mai degrabă o înțelegere între cele două doamne, Anna Freud și Melanie Klein. Ca urmare a acestui compromis de un practic tipic britanic, în cadrul Societății Britanice de Psihanaliză s-au stabilit trei grupuri aflate în relații mai mult sau mai puțin amiabile, și anume Freudienii, Kleinienii și un așa-zis „Grup de mijloc”, căruia îi aparținea și Winnicott.

Anii războiului i-au oferit lui Winnicott ocazia să se confrunte cu cazuri ale unor copii cu tulburări grave, copii care fuseseră evacuați din Londra și din alte orașe mari, și separați de familiile lor. Experiența obținută în postul de consultant psihiatric al Organizației Guvernamentale pentru Evacuare i-a oferit un nou impuls către conceptualizarea rolului central deținut de către mamă. În același timp, a devenit conștient atât de importanța gestionării extra-analitice a acestor cazuri, cât și de faptul că acțiunea

terapeutică era constituită din mult mai mult decât din faptul de „a face interpretarea cuvenită la timpul potrivit”.

După război, Winnicott a devenit șeful Departamentului de Copii al Institutului de Psihanaliză din Londra, funcție pe care a deținut-o timp de 25 de ani. A deținut în două rânduri funcția de Președinte al Societății Britanice de Psihanaliză, continuându-și în același timp atât practica privată cât și funcția de pediatru la spitalul Paddington Green.

Încercarea de a descrie gândirea lui Winnicott sau măcar de a realiza o enumerare a contribuțiilor acestui autor la teoria și clinica psihanalitică se dovedește o sarcină mult mai dificilă decât pare la o primă vedere, și asta și pentru că sistemul teoretic winnicottian s-a aflat într-o continuă evoluție, chiar pe parcursul cronologic ce încadrează textele reunite în această carte. Pe de altă parte, este foarte dificil chiar și să fie menționate, într-un cadru atât de restrâns cum este cel al acestei introduceri, multiplele aspecte teoretice, clinice și chiar filosofice pe care opera acestui autor le prezintă. Mai mult, Winnicott nu face nicăieri vreo prezentare sistematică a teoriilor sale, rareori rezumându-și viziunile, în diferitele lor stadii de evoluție. Nici măcar nu își propune acest fapt: ar fi fost împotriva felului său de a gândi. Și totuși, Winnicott nu scrie altfel decât folosind limbajul cel mai simplu, prezentările sale fiind aproape orale. Ipotezele pe care le propune par atât de apropiate simțului comun, încât dau iluzia de a fi adevăruri pe care le cunoaștem dintotdeauna, doar că nu am avut cuvinte cu care să le exprimăm. Mult mai important decât aceasta, Winnicott reușește o performanță inegalabilă: aceea de a ne seduce pentru a vedea lumea într-un mod nou, atât pe cea interioară cât și pe cea exterioară, fără să demoleze în niciun fel vechile teorii despre aceasta. Este de presupus că acest mod exemplar de

14 a aduce schimbarea este responsabil de faptul că, spre deosebire de alți clasici ai literaturii psihanalitice, Winnicott se dovedește în mod special dificil de repudiat, indiferent de unghiul teoretic din care este privită opera sa. Surprinzător, freudienii îi „iartă” lui Winnicott atât atenția infinită acordată perioadei preoedipene, cât și totala ignorare a faimoasei pulsioni de moarte. La fel de surprinzător este faptul că tabăra kleiniană pare să fie prea puțin deranjată de faptul că Winnicott nu are nevoie în teoria sa de o agresivitate și de o distructivitate primară. Se pot oare datora aceste atitudini faptului că Winnicott reușește prin teoriile sale să umple golurile și să îndrepte inadvertențele și contradicțiile interne ale celorlalte teorii, sau faptului că el face toate acestea fără să nege aceste alte teorii, ci sprijinindu-se pe acestea din urmă?

Tocmai această simplitate și naturalețe în prezentarea celor mai complexe adevăruri despre mintea omului au făcut ca Winnicott, unul dintre puținii analiști care au acceptat în analiză pacienți psihotici, cazuri vorace la adresa timpului și resurselor analistului, să fie totodată cel care a dezvoltat și forme mult mai simple de tratament, cum ar fi consultația clinică, jocul „mâzgăliturilor” (*squiggle*), „gestionarea”, tehnici ce s-au dovedit deosebit de utile lucrătorilor sociali sau terapeuților de alte orientări decât cea psihanalitică.

Una dintre influențele ce nu pot trece neobservate în aparatul teoretic winnicottian este aceea a teoriilor Melaniei Klein. Conform acestora, dinamica dezvoltării bebelușului se bazează la început pe dorința acestuia de a poseda, pentru a avea întotdeauna la dispoziție „obiectele bune”, cum ar fi sânul dător de lapte. Inițial, aceste obiecte sunt parțiale, cum ar fi sânul mamei, având o existență proprie, separată. Bebelușul „ia înăuntru” aceste obiecte, într-un mod mai mult sau mai puțin metaforic. „Obiectele rele”,

cum ar fi un sân nesatisfăcător, ajung însă inevitabil și ele să fie „luate înăuntru“, iar acestea din urmă trebuie să fie evacuate, prin proiecție, odată cu sentimentele agresive înnăscute ale bebelușului, manevră care nu rezolvă complet problema, deoarece obiectele rele se pot întoarce în fantasma inconștientă, persecutându-l pe bebeluș. Klein denușește acest stadiu „poziție schizo-paranoidă“.

Mai târziu, bebelușul descoperă faptul că obiectele „bune“ sau „rele“ din primele luni sunt de fapt aspecte ale aceleiași persoane întregi, și se teme că propriile sale impulsuri agresive ar fi putut să îi facă acesteia rău. Astfel este atins un nou stadiu, numit de Klein „poziție depresivă“. Dezvoltarea poate continua doar după ce se dovedește că mama a supraviețuit, și astfel că forțele agresive primare sunt mai puțin distructive decât păreau, intrând acum în joc factori ca sentimentul de vinovăție și dorința de a face o reparație.

Winnicott a găsit în practica sa pediatrică multiple confirmări ale acestor idei. A găsit aici confirmarea teoretică a importanței primelor luni de viață și a recunoscut importanța introiecției și proiecției ca mecanisme ale bebelușului prin care acesta gestionează frustrarea și frica, dar nu a dat credit și ideii unei pulsuni agresive primare. Studiul aprofundat al elementelor ce își aduc contribuția la o dezvoltare normală l-a convins de importanța comportamentului și a dispoziției mamei pentru dezvoltarea ulterioară și pentru fundamentarea sănătății psihice a bebelușului. Apogeul acestei viziuni este constituit de celebra afirmație: „de fapt nu există acel ceva numit bebeluș“, ceea ce înseamnă că este lipsit de sens să fie studiat psihicul bebelușului ca o unitate încapsulată, bebelușul și mama neputând fi, din punct de vedere psihologic, separați. Cei doi trebuie să fie priviți, cel puțin în primele luni de viață, ca o singură entitate. Mai târziu el va subsuma

16 termenului de „mediu“ un context social mai larg, incluzând mediul matern, viziune perceptibilă în articolele care constituie prezenta lucrare. Deși Winnicott este adesea așezat împreună cu Melanie Klein în grupul „școlii relației de obiect“ și, cu certitudine, el dă o importanță deplină relațiilor dintre obiectele incorporate, nu poate fi evitat sentimentul că, în vreme ce obiectele Melaniei Klein au o oarecare rigiditate, Winnicott a văzut „persoanele dinăuntru“ ca având o mai mare variabilitate, ca și o libertate a dezvoltării independente.

În viziunea lui Winnicott, lucrurile importante pentru dezvoltarea psihicului încep dinainte de naștere, ceea ce poate avea diferite semnificații, în funcție de cantitatea de ingerință pe care o implică asupra nou-născutului. Din momentele ulterioare nașterii, cursul dezvoltării bebelușului se încredințează, de la sine, cuplului (ce poate fi privit pentru un timp ca o unitate) format de mamă cu bebelușul ei. Dezvoltarea normală poate avea loc doar în măsura în care această mamă este „suficient de bună“, termen surprinzător prin care Winnicott nu vrea decât să desemneze acea femeie obișnuită, ale cărei instincte materne nu sunt pervertite de propriile ei incapacități și nici influențate de sfaturile așa-zis experte. Această mamă oferă, instinctiv la început, o adaptare perfectă la nevoile bebelușului ei. Rolul ei este în principal acela de a proteja bebelușul de ingerințe din partea mediului, în consecință de momente de reacție la aceste ingerințe, momente de non-existență ale bebelușului.

Rolul acesta ia ființă întâi de toate prin „susținere“, care este de natură fizică, dar și de natură psihică, aceasta presupunând constanță și coerență. În acest moment unitatea nu este individul; unitatea este un aranjament mediu-individ. „Prin adaptare activă la nevoile bebelușului, mediul îi permite să se afle

într-o izolare neperturbată. În această stare, el face o mișcare spontană și mediul este descoperit, fără o pierdere a sentimentului de sine.” Adaptarea este defectuoasă atunci când mediul este cel care intervine, cerând o reacție. Sentimentul de sine este pierdut, și nu poate fi recâștigat decât printr-o reîntoarcere la izolare. Terapia ulterioară a unei astfel de tulburări, ce este de calitate psihotică din cauza pierderii sentimentului de sine și din cauza anxietăților de dezintegrare asociate, trebuie să furnizeze o adaptare activă la pacient și trebuie să construiască în mod gradat un respect pentru procese. Iubirea mamei și identificarea sa strânsă cu bebelușul o fac capabilă să ofere ceva, mai mult sau mai puțin în locul potrivit și în momentul potrivit. În acel loc, bebelușul va crea iluzia că ceea ce a fost oferit este, de fapt, propria creație. Acest proces se întâmplă în timpul alăptatului, suprapunerea sânelui halucinat cu cel real facilitând un prim contact gradat și în totalitate protejat al bebelușului cu realitatea. „Fantasma este mai veche decât realitatea, iar îmbogățirea fantasmei cu bogățiile lumii depinde de experiența iluziei.”

Această zonă intermediară a iluziei, nechestionată în privința faptului de a fi fost creată de bebeluș sau de a fi fost acceptată ca o porțiune de realitate percepută, va evolua ulterior, în cazul fericit, spre obiectul tranzițional, un alt concept celebru propus de Winnicott. Cazul mai puțin fericit este acela în care sinele se dezvoltă ca reacție la ingerință, una dintre consecințe fiind totala scindare între viața interioară, rămasă incomunicabilă, și sinele care se dezvoltă bazat pe reacție, un sine fals, lipsit de orice sentiment de a fi cu adevărat viu.

În ceea ce privește obiectul tranzițional, el ia naștere întocmai în acest regat al iluziei, atunci când adaptarea mamei la nevoile bebelușului creează iluzia că există o realitate externă

18 care corespunde cu propria capacitate a bebelușului de a crea. Bebelușul percepe sânul doar în măsura în care un sân ar putea fi creat chiar aici și acum. Din această clasă de experiențe derivă în viața adultă folosirea iluziei în artă și în religie, ca și orice altă experiență iluzorie. Winnicott ne arată lumea perceptibilă într-o nouă lumină, ca moștenitoare a regatului iluziei, o lume pe care o halucinăm secundă de secundă, cu o capacitate dobândită de a acorda halucinația la percepție, iar aceasta doar în măsura în care adaptarea mamei sau a persoanei care a îndeplinit această funcție a fost suficient de bună pentru a ne permite să învățăm acest proces. Aceste texte sunt mai mult decât o teorie psihopato-genetică, ele reprezintă aproape o cosmologie.

În mod evident, această iluzionare are ca urmare un proces gradat de deziluzionare, care include printre consecințele sale și înțărcațul. Acesta poate surveni în mod natural, ca un act spontan, sau poate să nu survină de fapt niciodată. Măsura în care înțărcațul poate să se producă „de la sine” este în directă legătură cu măsura în care procesul de deziluzionare subiacent poate avea loc. Totul depinde de felul în care constanța mediului primitiv de îngrijire și respectiv a obiectului tranzițional reușesc să creeze cadrul propice creșterii. Întreruperea alăptatului nu este în niciun fel echivalentă înțărcațului, acesta din urmă se poate realiza doar în cazul în care renunțarea la alăptat este un efect al creșterii minții individului într-o asemenea măsură încât lumea exclusivă a sânelui matern să devină neîncăpătoare. Cei care au experiența travaliului cu pacienți cu un mod de funcționare primitiv nu pot să nu îi dea dreptate lui Winnicott, unii dintre aceștia par să nu fi avut niciodată ocazia să experimenteze înțărcațul.

Winnicott nu desparte psihicul de corp. Creșterea nu este una exclusiv psihică, așa cum nu este niciuna exclusiv fiziologică. În

baza acestei teorii, Winnicott se opune deschis modei lobotomiilor și terapiei prin electroșocuri, caracteristică anilor patruzeci. O ipoteză mai surprinzătoare chiar este aceea că mintea poate fi în anumite momente dușmanul individului. Intelectul se dezvoltă în încercarea de a umple golurile de adaptare ale mediului la individ, iar acest fenomen poate merge până la o adevărată prostituare a minții în scopul protejării unei continuități a existenței, aflată în pericol. Pacientul ajunge să-și privească propria minte ca pe un inamic, cerând un tratament care să oprească activitatea acesteia sau, după cum vedem în zilele noastre, drogându-se cu acele psihotrope care au un astfel de efect, cum ar fi heroina, care duce la anularea minții individului. Plângerile pacientului ne pot conduce la ideea că am putea lupta alături de el împotriva acelei minți persecutoare, multe curente terapeutice bazându-se pe această idee, numai că integritatea sinelui pacientului include și această minte. În concluzie, încercarea de a anula mintea pentru a salva individul este lipsită de șanse, cele două reprezentând o unitate indisolubilă, psiho-soma. Această argumentație era destinată la vremea ei descurajării lobotomiilor, dar poate fi privită și dintr-un punct de vedere mai modern, aplicându-se în egală măsură și folosirii drogurilor psihotrope, și aici mă refer atât la cele de stradă, așa-zis recreaționale, cât și la psihotropicele de uz psihiatric.

O importantă parte a textelor cuprinse în această carte exploatează conceptele de bază ale teoriei lui Melanie Klein, oferindu-le un nou înțeles și o nouă bogăție. Winnicott reia conceptul de poziție depresivă, privindu-l ca pe o fază de integrare, aceea în care atât sinele cât și persoanele exterioare cu care acesta ia contact devin întregi. Această poziție nu este întotdeauna achiziționată cu fermitate, în viața psihică a oricărei persoane adulte putând

20 exista momente în care aceasta se referă la obiecte sau atribute ale acestora ca la obiecte parțiale, scindate. Singura posibilitate de a trăi experiențele în deplinătatea lor, din poziția unei persoane întregi, este calea dificilă a integrării obiectelor noastre interne parțiale și a dobândirii poziției depresive, înțelegând relativitatea și perisabilitatea lumii în care trăim.

Dificultatea de a susține un mod de funcționare care să includă o înțelegere a acestei lumi ca fiind degradabilă, în schimbare permanentă, o lume în care putem răni, distruge și la rândul nostru putem fi răniți și chiar distruși, antrenează puternice apărări, dintre care cea mai comună este apărarea maniacală. Aceasta constă în încercarea de a fugi din viața psihică înspre cea exterioară, încercarea de a îneca în vitalitate sentimentul de gol și de lipsă de sens din interior. Cu greu ar putea fi găsită o explicație mai elocventă și o descriere mai precisă a tendinței generale a societății actuale. După lectura textului dedicat apărării maniacale, rămânem cu sentimentul că viața la începutul secolului al XXI-lea educă oamenii nu în sensul unei priceperi în a trăi, ci mai mult în sensul învățării unor mai bune tehnici de a ne apăra maniacal de a trăi, cu iluzia, desigur aparținând unei forme de sine fals universal, că aceasta ar fi viața.

Una dintre întrebările care apar citind această carte este „unde am pierdut sau cum de ignorăm, în zilele noastre, toată această cunoaștere?” Cum se putea înțelege în decadele de mijloc ale secolului al XX-lea adevărata dimensiune a patologiei psihosomatice, atât în practica medicală generală, cât și în cea pediatrică, iar în zilele noastre să se caute iluzorii rădăcini somatice oricărei tulburări, până și celor evident psihogene? Explicația poate consta întocmai în faptul că ignorăm dimensiunile apărării maniacale, sau universalitatea ei. Într-o lume care moștenește vicisitudinile