

Winnicott y mi práctica psicoanalítica con adultos¹

Julia Casamadrid P.

Los bebés no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.

Winnicott, 1990, pp.87

...todo analista sabe que, además del contenido de las interpretaciones, la actitud subyacente a la verbalización tiene su importancia, y que esa actitud se refleja en los matices, en la elección de la oportunidad y en miles de formas comparables a la infinita variedad de la poesía.

Winnicott, 1990, pp.127

La identidad y práctica profesional de un psicoanalista, es el resultado de una serie de identificaciones introyectadas a lo largo de su vida profesional, que se consolidan sobre un *self* que, para ejercer adecuadamente la práctica psicoanalítica, debería ser suficientemente fuerte y verdadero. El *self* psicoanalítico es como un crisol en donde se funden una serie de identificaciones con el *self* del analista; identificaciones que surgen entre otras, del reconocimiento y aceptación de presupuestos teóricos y clínicos de psicoanalistas que han entendido el comportamiento humano, y han sentado las bases para ejercer un trabajo analítico que alcance las metas terapéuticas propuestas y que ayude a calmar el dolor psíquico de los pacientes.

En el transcurrir de la vida profesional, el analista va estableciendo vínculos emocionales y transferenciales con docentes, analistas didactas, supervisores, grupos de pares, teorías, e instituciones que van entretejiendo su identidad y van formando parte de su “*novela profesional*” que determinará su actuar como psicoanalista. (Ambrosiano, 2005; Casamadrid, 2014). En mi “*novela profesional*” reconozco identificaciones y aportaciones

¹ Trabajo presentado en el XXVI Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de Winnicott, 24, 25 y 26 de noviembre del 2017. Ciudad de México. (Versión ampliada)

de psicoanalistas y teorías psicoanalíticas que han influido y marcado mi quehacer como profesional.

Mi práctica psicoanalítica de más de 20 años ha sido con pacientes adultos; pacientes que, en el proceso regresivo propio del trabajo psicoanalítico, se convierten y actúan como niños que reviven su historia. Una historia frecuentemente dolorosa y traumática que tiene que ser reconstruida y elaborada para poderla entender y así poderla trascender. Hay que recordar que es en nuestros consultorios, y con nosotros sus psicoanalistas, que nuestros pacientes, gracias al proceso transferencial, tienen la posibilidad de vivir una experiencia reparadora que les permitirá sanar sus heridas y reescribir una historia de vida que los libere del encadenamiento de la interminable repetición compulsiva que la marcaría.

Donald W. Winnicott y mi práctica psicoanalítica.

La importancia de Donald W. Winnicott en la práctica psicoanalítica en México se ve claramente evidenciada en el estudio realizado por Casamadrid y Salinas (2003) Meta análisis de la Productividad Psicoanalítica, en donde Winnicott aparece como uno de los cuatro autores más citados en los artículos publicados en Cuadernos de Psicoanálisis. La elaboración conceptual de este autor, con toda su originalidad, enriquece notablemente el campo de la teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto.

Conceptos propuestos por Winnicott como: preocupación materna primaria, entorno suficientemente bueno, temor al derrumbe, entorno facilitador, utilización del objeto, son algunas concepciones winnicottianas que he utilizado en mi práctica psicoanalítica con pacientes adultos. Pacientes que, por su patología, o por el momento del proceso analítico en el que se encontraban, requerían de un manejo con este enfoque teórico winnicottiano para entender y trabajar su problemática.

En mi trabajo como psicoanalista estos conceptos teórico-clínicos de Winnicott, me son especialmente útiles para tratar patologías de carencia, con características limítrofes, y para tratar otras patologías que, durante el proceso analítico, presentan situaciones regresivas importantes, que requieren, además del conocimiento teórico que las explique, de una gran sensibilidad y empatía para entender y trabajar la transferencia y contratransferencia que las acompaña. En la viñeta que relataré al final de este trabajo, ejemplificaré la utilización de algunos de estos conceptos.

Algunos conceptos teórico-clínicos de Winnicott.

Winnicott (1990, 1993, 1995) menciona que los bebés necesitan de un entorno estable y una madre que viva la preocupación materna primaria, para poder desarrollar sus capacidades heredadas y alcanzar los logros necesarios del desarrollo. Para Winnicott la madre es fundamental para el sano crecimiento del bebé, es ella, quien provee al bebé de este ambiente facilitador; un ambiente en donde los procesos naturales de crecimiento puedan darse. La madre es quien a través de la identificación materna primaria desarrolla la capacidad de identificarse con el bebé, de ponerse en su lugar, lo cual le permite entenderlo y satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas. El bebé, requiere de esta madre suficientemente buena, y de este entorno favorecedor para alcanzar su integración, ya no como una parte de la madre, sino alcanzar la integración que le permitirá llegar a ser él mismo: un ser independiente, autónomo, un ser con salud mental.

La formación de la existencia psicósomática en el bebé, la conjunción de la psique con el soma, es decir con el cuerpo y su funcionamiento, es producto también de un logro, y aunque este logro se basa en una tendencia heredada hacia el crecimiento, para concretarse adecuadamente requiere también del apoyo del yo de la madre. Cuando no se logra esta integración, ya sea porque existe una falla en el proceso o hay una desintegración, el niño puede presentar problemas relacionados con su salud física, así como un sentimiento intolerable, una angustia muy severa considerada inconcebible. (Winnicott, 1990)

Paradójicamente esta angustia intolerable, de las más básicas de la infancia, se presenta en las etapas tempranas del desarrollo emocional del bebé; en la etapa en la que todavía los sentidos del bebé no se han organizado y antes de que exista algo que pueda denominarse un yo autónomo. Esta angustia inconcebible que en algunos desafortunados casos se presenta, se evita con el *“simple cuidado”* que casi todas las madres brindan de una manera innata a su hijo, y con la vivencia de la sana experiencia de las mamás de estar *“locas por su bebé”*. La madre al ofrecerle al bebé la experiencia de un sostén suficientemente bueno, junto con la función yóica auxiliar de la madre, evitará que el bebé sienta esta angustia y que tenga que desarrollar un funcionamiento yóico prematuro ineficiente o caer en una confusión que en ocasiones podríamos considerar cuasi psicótica.

Winnicott menciona que el prototipo de todo el cuidado materno es el sostén que la mamá brinda al bebé. Los bebés, nos dice Winnicott (1993,

pp. 109), “*son muy sensibles al modo como se les sostiene*”. El arrullo amoroso y el abrazo materno, además de una adecuada alimentación, es lo que el bebé requiere para su buen desarrollo. Este sostén seguro y amoroso lo da una madre suficientemente buena. Una madre que contiene, que traduce, que entiende, que calma el llanto y la confusión del bebé.

Hay ocasiones que el sostener al bebé le puede llegar a ser amenazante a la madre, esto ocurre cuando estamos frente a una madre ansiosa que no sabe decodificar y calmar el llanto de su pequeño hijo. La madre ansiosa evita sostener al bebé en sus brazos y prefiere utilizar la cuna lo más posible, privando al bebé con esto, de ese sostén amoroso materno necesario para su sano desarrollo. Frecuentemente la madre ansiosa justifica el uso de la cuna mediante racionalizaciones o intelectualizaciones que la tranquilizan de la decisión tomada. Una madre ansiosa que se siente incapaz de sostener y calmar a su hijo, necesita apoyarse de la cuna para contenerlo y paradójicamente, para contenerse ella misma. Y en ocasiones, cuando la ansiedad de la madre es muy fuerte, puede llegar a optar por entregar al bebé a los brazos de una niñera o de una enfermera, haciendo esto como una estrategia para calmar su propia angustia.

Estamos conscientes que cuando existen problemas en el desarrollo del recién nacido, el bebé puede estar mejor en una cuna que en los brazos de mamá, como es el caso de un bebé prematuro. Una incubadora, o una cuna térmica, pueden ser una opción necesaria para promover el desarrollo sano del bebé; pero esto no vale para un bebé maduro. Un bebé sano y maduro necesita del abrazo humano y del contacto corporal para desarrollarse.

Pero, ¿qué sucede cuando un bebé maduro y sano, por circunstancias especiales, se ve confinado a una cuna, privado del abrazo humano, del sostén afectuoso de la madre, de la preocupación materna primaria, en las primeras semanas de su vida?

Una historia de vida sin el sostén amoroso materno temprano.

Winnicott (1990 pp. 31) nos dice: “*Sólo cuando existe un buen comienzo todo lo que se realiza en las etapas posteriores puede ser efectivo*”. Esta frase me parece lapidaria, pero desafortunadamente puedo constatar la certeza de esta aseveración, al trabajar con pacientes adultos que presentan en su historia, situaciones en donde no hubo un ambiente favorecedor temprano y en donde por circunstancias varias, no se contó con esta madre que pudo haber ofrecido al infante su yo de una manera auxiliar para evitar

caer en estados de angustia desorganizadores.

Tal fue el caso de mi paciente que llamaré Viviana. Viviana, una mujer de 32 años, divorciada, mujer inteligente y exitosa profesionalmente. El motivo de consulta según las palabras de Viviana era que tenía “*un problema relacionado con la alimentación*”. Me dijo en aquella primera entrevista: “*estoy viendo a un médico endocrinólogo pero no he mejorado, estoy desesperada porque ya me dijo el médico que si seguía bajando de peso tendrían que internarme, ya no sé qué hacer*”.

Me relató que todo su problema comenzó cuando su esposo la abandonó hacía ya tres años. Ella lo quería mucho, pero él decidió dejarla porque tenía otra relación amorosa. A raíz de esta separación Viviana empezó a bajar de peso de una manera alarmante, aparentemente sin una causa específica. Viviana ha presentado todos los síntomas de una mujer anoréctica, como son: baja de peso significativo, pulso lento, arritmia, problemas en la regulación de la temperatura, amenorrea, piel seca. Su cabello, que según Viviana había sido uno de sus atributos físicos que ella más valoraba, se le ha caído y ahora es escaso y ha perdido su brillantez. Viviana nunca se ha provocado el vómito, y aunque sí come de una manera restringida, esto no justifica, aparentemente, la pérdida de peso que presenta.

La impresión que me causó Viviana cuando la conocí, era la de una mujer inteligente por la manera como se expresaba, atractiva pero muy pálida y de una esbeltez extrema; recuerdo que algo que me llamó la atención en esas primeras consultas, era la forma en la que ella disfrazaba su delgadez, usando un tipo de ropa muy holgada que la disimulaba y ocultaba. Me relató que estaba preocupada porque recientemente, estando en un viaje en la playa y vistiendo un traje de baño, se dio cuenta que una niña pequeña se le quedaba mirando insistentemente y escuchó que la niña le preguntó a su mamá que qué era lo que yo tenía. “*Ya no puedo seguir tapando las cosas, sí necesito ayuda, yo sola no puedo*” me dijo Viviana.

En mi práctica psicoanalítica le confiero una atención especial a la manera como se desarrolla el primer encuentro analítico con mis pacientes. En ese primer encuentro, las defensas de los pacientes están muy debilitadas, se dan fenómenos de condensación, desplazamiento y representabilidad en su discurso. Cuando los pacientes llegan por primera vez conmigo, estoy convencida que ellos ya han realizado previamente un trabajo psíquico importante que guía su discurso inicial, dándome así, en este primer encuentro analítico, una información valiosa de su funcionamiento psíquico y de su problemática. Recuerdo que en el primer encuentro con Viviana

surgieron en mí varias preguntas, preguntas que partían de las palabras que había utilizado mi paciente en esa primera entrevista: ¿Qué le significó a Viviana el abandono de su esposo? ¿Qué ocultaba *Viviana*? ¿Qué tapaba? ¿Por qué le afectó tanto lo que la niña le dijo a su mamá en la playa? ¿Qué es lo que Viviana no puede sola? ¿Qué es lo que no sabe hacer? Todas estas preguntas que surgieron en mí en el primer encuentro con Viviana fueron claves en el trabajo analítico.

Durante el tiempo que duró el análisis de Viviana se trabajaron muchos aspectos de su historia que habían sido el origen de sus conflictos. Conflictos que Viviana, al no poderles poner palabras, los representaba en su cuerpo y en la calidad de sus relaciones objetales. A lo largo de su tratamiento pudimos ir descubriendo que estas preguntas que yo me hice en esa primera entrevista analítica formaban parte medular de su conflicto emocional. Fueron preguntas que se fueron respondiendo y entendiendo a lo largo del trabajo psicoanalítico que realizamos.

El tratamiento analítico de Viviana fue largo, difícil y principalmente intenso... cinco años, tres veces a la semana de un trabajo analítico profundo. Durante el análisis Viviana presentó momentos regresivos en donde la transferencia irrumpía de una manera explosiva, transferencia principalmente negativa matizada por una rabia primitiva, una gran voracidad y por demandas excesivas imposibles de satisfacer; y también en contadas ocasiones, se presentó una transferencia positiva igualmente intensa, en donde la analista era idealizada. Sus mecanismos defensivos en los momentos regresivos del tratamiento tenían un carácter primitivo: prevalecían mecanismos de escisión, utilizaba frecuentemente la negación, la proyección y la identificación proyectiva. La contratransferencia igualmente fue intensa. Surgieron en mí deseos de cuidarla, de protegerla, de entenderla. Ante su rabia y enojo, emanaban en mí sentimientos de compasión y deseos de ayudarla para evitarle el sufrimiento que me transmitía.

La historia de vida de Viviana era compleja, difícil; como lo son todas las historias humanas. Viviana desconocía la historia de sus padres, decía no haber tenido la cercanía emocional con ellos para poderla averiguar, y con excepción de una tía abuela paterna que vivía en Europa y a quien de muy pequeña visitaba, Viviana no conocía a ningún otro familiar. Sus padres le habían propositivamente ocultado su vida. Tampoco conocía los detalles de su propio nacimiento. En su historia había secretos, secretos inconfesables que después descubrimos y analizamos y que habían “alimentado” su problema alimenticio. Fue a lo largo de su tratamiento analítico, y a manera

de ir uniendo piezas desordenadas de un rompecabezas, que juntas pudimos reconstruir su propia historia.

La madre de Viviana era una mujer de Europa del Este de 56 años. Viviana la describía como una mujer muy atractiva pero muy poco afectuosa, fría, rígida, exigente, y como ella decía “*inalcanzable afectivamente*”. La madre había sido huérfana temprana. Había vivido en la Europa de la posguerra, cuidada por dos personas de edad avanzada que con dificultad tenían para comer. Su madre se había casado en dos ocasiones. La primera de ellas con un hombre alcohólico que la maltrataba y la segunda ocasión, con el padre de Viviana, un hombre 28 años mayor que ella.

Su padre era un empresario europeo poderoso que ofrecía la seguridad económica como única muestra de afecto. Era un padre rígido, con ritos inflexibles que guardar especialmente durante las comidas: horarios, menús y comportamientos en la mesa que exigía seguir de una forma inalterable. Alimentación y afecto para él quedaban vinculados. Con la comida se podía amar, pero también se podía agredir y destruir. Era un padre inexpresivo, con una armadura de hierro que escondía tras de ella una depresión profunda que lo llevaría a la muerte. Un padre cuya historia Viviana nunca conoció.

Viviana había nacido fortuitamente en un país en América del Sur, durante un viaje de negocios que habían realizado sus padres a ese lugar. Durante el parto, la madre de Viviana presentó complicaciones médicas y cayó seriamente enferma, por lo que Viviana tuvo que ser separada de su madre al momento de su nacimiento. Como no tenían parientes ni amistades en ese lugar, Viviana se vio obligada a permanecer en una cuna del hospital más de un mes; fue entonces que Viviana una bebé sana y madura, no tuvo durante las primeras semanas de vida el abrazo materno, los cuidados, y el sostén amoroso y seguro de una madre.

El proceso analítico de Viviana.

Durante el tiempo que duró el análisis de Viviana, se trabajaron muchos aspectos de su historia que habían sido el origen de sus conflictos y que ella representaba principalmente en su cuerpo. A lo largo de su tratamiento analítico se revisaron entre otros aspectos: los secretos familiares, el vínculo de la alimentación con sus padres, la orden que surgía de la cadena transgeneracional materna que determinaba en parte el comportamiento alimenticio que presentaba Viviana (Casamadrid, 2005), la relación ambivalente que establecía con los hombres, y la relación que Viviana tenía

con su madre.

Y aunque fueron varios los elementos que a lo largo de más de 5 años de trabajo analítico la llevaron a resolver sus conflictos, el conocer las circunstancias de su nacimiento y el poder verbalizar, elaborar y revivir esta experiencia en una relación transferencial reparadora fue determinante.

Entiendo que las preguntas que yo me hacía en esa primera entrevista que tuve con Viviana, correspondían a lo que ella de una manera inconsciente quería decirle a su mamá: *¿Por qué me abandonaste, mamá? ¿Por qué ocultabas tantas cosas?* El saberse en riesgo de regresar al hospital, a Viviana le había revivido el miedo inconcebible que debió sentir cuando recién nacida fue separada de su madre y confinada a una cuna de hospital por varias semanas, sin entender nada, sin saber qué hacer; su llanto de aquel entonces debió decir: *ya no puedo más, yo no sé qué hacer, yo no puedo estar sola, necesito ayuda, necesito de ti mamá para estructurarme.*

Viviana necesitaba del yo auxiliar de la madre para que la estructurara y organizara. Necesitaba del abrazo y sostén materno que la contuviera y la ayudara a diferenciarse. Pero Viviana fue abandonada a su yo inmaduro y arcaico, y fue la cuna quien principalmente la sostuvo. Fueron muchos los momentos analíticos, sobre todo en transferencia negativa, en las que Viviana requirió de esa madre analítica suficientemente buena que la contuviera y a través de las interpretaciones, la estructurara. Poco a poco Viviana pudo integrar psique y cuerpo, y pudo entender y aceptar la ambivalencia de los afectos que sus padres le generaban.

Viviana regresó a vivir a Europa, a buscar su propio camino, a buscar la felicidad y su realización como mujer. Y yo, al escribir su historia, me quedo con la inmensa satisfacción de haberle ofrecido, a través del trabajo analítico, la oportunidad de reescribir su historia de una manera diferente.

Resumen

La identidad y práctica profesional de un psicoanalista, es como un crisol en donde se funden una serie de preceptos y prácticas que tienen su origen entre otros, en ideas y conceptos de analistas sensibles que entendieron el comportamiento humano y que sentaron las bases teóricas y prácticas, para ejercer un trabajo analítico eficiente que alcance metas terapéuticas.

Mi práctica psicoanalítica es con adultos principalmente; adultos que, en el proceso de regresión propio de un trabajo psicoanalítico, se convierten en niños que reviven su historia. Una historia frecuentemente dolorosa y

traumática que tiene que ser reconstruida y elaborada para poder entenderla y trascenderla. Es en nuestro consultorio, y con nosotros, gracias al proceso transferencial del análisis, que nuestros pacientes tienen la posibilidad de vivir una experiencia reparadora que les permitirá sanar sus heridas y reescribir una historia de vida que los libere del encadenamiento de la interminable repetición compulsiva que la marcaría.

Conceptos como preocupación materna primaria, entorno suficientemente bueno, entorno facilitador, temor al derrumbe, utilización del objeto, son conceptos que ejemplificaré mediante la presentación de una viñeta en donde se mostrará la importancia de estos conceptos winnicottianos en la estructuración de la psique.

Palabras Clave: Preocupación materna primaria, temor al derrumbe, ambiente suficientemente bueno, abandono temprano, trastornos de la alimentación.

Summary

The identity and professional practice of a Psychoanalyst is like a melting pot in which a series of precepts and practices merge. Precepts and practices that find their origin in concepts by sensitive psychoanalysts who understood human behavior, and who laid the theoretical and practical foundations for exercising an analytical work that reaches therapeutic goals.

My psychoanalytic practice takes place mainly with adults. As these adults journey through the regression process inherent to the psychoanalytic work, they become children re-living their history, an often painful and traumatic history that has to be reconstructed and elaborated so that it can be understood and transcended. It is in our office, and with us, thanks to the transference process underlying psychoanalysis, that our patients have the possibility of living a restorative experience that will allow them to heal their wounds and rewrite a life-story that may release them from the restraints caused by the endless compulsive repetition that conceivably marred it.

Theoretical-clinical concepts by Donald W. Winnicott such as Primary Maternal Preoccupation, The Good Enough Environment, Facilitating Environment, Fear of Breakdown, and The Use of an Object, are concepts that I will exemplify by presenting a vignette. Therein, I will substantiate the importance of these Winnicottian concepts in comprehending the emotional problems of patients.

Key Words: Donald D. Winnicott; Primary Maternal Preoccupation; Fear of Breakdown; The Good Enough Environment; Early Abandonment; eating disorders.

Bibliografía

- AMBROSIANO, L., (2005) The analyst: his professional novel. *International Journal of Psychoanalysis* 86-1611-1626.
- CASAMADRID, J., SALINAS, J.L. (2003) Meta-Análisis de la Productividad Psicoanalítica: Estudio cuantitativo y cualitativo. *Cuadernos de Psicoanálisis*. APM Vol.XXXVI Nos. 1 y 2 pp. (35-53)
- CASAMADRID J., (2005) Eslabones de una cadena generacional. *Cuadernos de Psicoanálisis* APM Vol. XXXVIII Nos. 1 y 2 pp. 35-44
- CASAMADRID, J., (2014) Educar... esa "profesión imposible". *Cuadernos de Psicoanálisis*, APM Vol. XLVII, Núms, 3 y 4. Pp. 82-90
- WINNICOTT, D.W, (1990) *Los bebés y sus madres*. (1ª Edición) México:Paidós
- WINNICOTT, D.W. (1993) *Conozca a su niño*. (1ª. Reimpresión) España:Paidós
- WINNICOTT, D.W. (1995) *Realidad y Juego*. (5ª Edición) Barcelona:Gedisa