

A LA MANERA DEL PACIENTE: REFLEXIONES BASADAS EN EL PENSAMIENTO DE WINNICOTT.

Valeria Ortiz R
Psicóloga U. Diego Portales.
Diplomada en Psicoanálisis Clínico U. Andrés Bello.
Psicoanalista ICHPA.
Coautora libro
“Terremoto después del terremoto: trauma y resiliencia”.
Editorial Uqbar, Santiago, Chile, 2011.
Coautora artículo “Promoción de la calidad de vida.
Evaluación de impacto del programa
“Fortalecimiento para una vida saludable”.
International Journal of Psychological
Research. Vol 2. N 1. 2009.
Colaboradora Comité Editorial de Revista Gradiva.
E-mail: vortizr@manquehue.net . Santiago. Chile.

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Ortiz R. V. (2014) A LA MANERA DEL PACIENTE:
Reflexiones basadas en el pensamiento de Winnicott.
Intercambio Psicoanalítico 2 (1),
Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

A LA MANERA DEL PACIENTE: REFLEXIONES BASADAS EN EL PENSAMIENTO DE WINNICOTT.

Valeria Ortiz R.¹

1 Psicóloga U. Diego Portales.
Diplomada en Psicoanálisis Clínico
U. Andrés Bello. Psicoanalista ICHPA.
Coautora libro "Terremoto después
del terremoto: trauma y resiliencia".
Editorial Uqbar, Santiago, Chile,
2011. Coautora artículo "Promoción
de la calidad de vida. Evaluación de
impacto
del programa "Fortalecimiento para
una vida saludable". International
Journal of Psychological
Research. Vol 2. N 1. 2009.
Colaboradora Comité Editorial de
Revista Gradiva. E-mail: [vortizr@
manquehue.net](mailto:vortizr@manquehue.net) . Santiago. Chile.

Resumen

Se expone un proceso psicoanalítico, destacando la importancia que tiene especialmente en el inicio de éste, la capacidad del analista para ubicarse en el lugar de "preocupación maternal primaria", pero de manera consciente, otorgándole un carácter secundario. Se trata de concebir la necesidad y estilo del paciente y utilizar la empatía benévola para generar un estado de confianza básica en éste, sobre el cual pueden aparecer las condiciones psíquicas para el desarrollo del análisis.

Palabras clave: preocupación maternal primaria y secundaria - confianza básica- proceso psicoanalítico .

Uno de los planteamientos esenciales en la teoría winnicottiana es la importancia fundamental que tiene la primera etapa del desarrollo emocional del niño, en relación al cuidado de la madre. De ella depende no sólo la salud emocional, sino que toda posibilidad de expresión en el mundo del potencial heredado y la integración entre el verdadero y falso self. Cuando un paciente acude por ayuda terapéutica podemos sospechar que algo de esos aspectos básicos de la personalidad no han sido integrados, el predominio de defensas de diverso tipo han provocado una exacerbación del falso self, con sus diferentes consecuencias. Así como la madre se adapta al tiempo y las necesidades del bebé, así también el analista debe estar atento a ello, antes de imponer la técnica interpretativa transferencial. Una vez que el paciente establece la confianza, el clima relacional permite la aparición de elementos simbolizantes que favorecen el desarrollo de las condiciones básicas para el análisis (asociación libre, neurosis de transferencia, análisis de sueños, etc.).

A continuación intentaré exponer la importancia de la recuperación de un estado similar a "la preocupación maternal primaria" en el espacio terapéutico, ejemplificando a través de un caso. Como no se trata de una madre con un infante, en la clínica analítica propongo hablar de una experiencia de preocupación maternal secundaria (consciente), donde el analista pone todos los recursos de disponibilidad afectiva sobre el consultante. En los comienzos del análisis, se requieren ciertas condiciones básicas para el establecimiento de una interacción de confianza y aseguramiento, ello en el contexto de una dialéctica entre los aspectos más básicos del paciente y los recursos más elaborados del analista. Para el establecimiento de esa confianza, la detección de las necesidades del paciente, la identificación de su lenguaje, su modo, su estilo promueve la generación del espacio potencial que se requerirá para el logro del re-conocimiento y los procesos de simbolización fundamentales para "hacer análisis".

Así también, siguiendo la obra de Freud, que plantea que para que un análisis se pueda realizar, debe combatir y sortear las resistencias del paciente, entonces debemos generar las mejores condiciones para que ello ocurra. No podemos olvidar que son precisamente las resistencias con que se encuentra en la práctica clínica las que lo hacen cambiar su teoría sobre los impulsos. Si la condición básica para que exista análisis es que se despliegue la transferencia, debemos suponer que el paciente tendría que ser capaz de establecer una relación de objeto con el analista. Sin embargo, las condiciones en que esto se pretende, muchas veces son adversas y contradictorias. No siempre el paciente llega con las condiciones básicas logradas para establecer una relación de confianza que le permita exponer sus falencias y dolores. Muchas teorizaciones han surgido en los últimos años que presentan esta dificultad frente a pacientes no neuróticos por ejemplo. De ahí han surgido también muchas modificaciones técnicas, incluso nuevas corrientes teóricas, que se enmarcan en el psicoanálisis, pero que tienen grandes diferencias con los postulados originales freudianos.

Por lo tanto, se postula en este trabajo que para promover la transferencia, el establecimiento de una relación de objeto, y la disminución de las resistencias, es necesario por sobre todo aspecto técnico, un vínculo de confianza. Este vínculo básico requiere de una serie de condiciones no sólo del paciente sino y especialmente por parte del analista. Me refiero a aquellas especialmente importantes en los inicios del análisis en que la relación comienza a establecerse. "En general las madres se identifican de un modo u otro con el bebé que crece dentro de ellas, y así llegan a tener una sensación muy intensa de las necesidades de la criatura. Se trata de una identificación proyectiva. Esta identificación dura un cierto tiempo después del parto, y a continuación va perdiendo gradualmente importancia." (Winnicott, 1993, p. 69). A diferencia de la madre, el analista despliega en forma consciente lo que la madre hace intuitivamente. No sólo debe atender y entender el motivo de consulta manifiesto que el consultante formula, sino que debe ser capaz de "leer" las necesidades y otros motivos que se ponen en juego al establecer un vínculo con otro. Una vez establecida la confianza, pueden aparecer los aspectos más elaborados que se requieren para el análisis de los aspectos inconscientes del paciente, para el cambio y el desarrollo de un proceso analítico. Entonces el paciente es capaz de tomar la mente del analista y sintonizarla con los aspectos que hagan eco en su self, es decir en el contexto de una relación objetal. Las intrusiones del medio pueden ser toleradas, y utilizadas para el desarrollo de los propios recursos.

La identificación del analista con el paciente, que planteo aquí, se relaciona o es un símil con el estado de "sensibilidad exaltada" que Winnicott considera en las madres y que define como "aquello que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comienzo." (Winnicott, 1958, p. 400). Este símil se refiere a una disposición psíquica y emocional más que una adaptación al paciente de sus deseos, demandas o impulsos inconscientes. Hacer esa diferencia no resulta fácil en la clínica, muchas veces podemos diferir o dudar, pero el propio análisis y la supervisión pueden siempre contribuir a ir afinando las distinciones de ese tipo. Si lo anterior se cumple sutilmente, la hipótesis de este trabajo plantea que no será advertido por el paciente como una técnica de trabajo; pero si esto no está dentro de la capacidad del analista, ya sea por su propia historia o por su trabajo de análisis personal, es probable que nunca aparezca lo que Winnicott llama el "gesto espontáneo". El paciente se sobre adapta a la situación terapéutica, probablemente como lo ha hecho toda su vida, llevándolo a éxitos relativos. O puede ocurrir que se produzca una sobre reacción ante la realidad, haciendo que sienta como ataques las intervenciones del analista, o que lo lleve a un desarrollo sordo de defensas que exacerben las resistencias.

Winnicott plantea que en el cuidado materno se ponen en juego una serie de condiciones básicas para el normal desarrollo del infante, de su potencial heredado y la sensación de continuidad del ser.

"Durante la fase de sostén se inician otros procesos; el más importante es el alborear de la inteligencia y el comienzo de la mente como algo distinto de la psique. Allí se inicia la historia de los procesos secundarios y del funcionamiento simbólico, así como de la organización del contenido psíquico personal, que da la base del soñar y a las relaciones de vida." (Winnicott, 1993, p. 58).

De lo contrario, como plantea Winnicott, en un maternaje inadecuado, el aislamiento del self verdadero (necesario en esta etapa y para que haya proceso analítico) no es posible, y se desarrollan tempranas defensas que intentan prevenir las intrusiones del medio. En el análisis, un mal "maternaje" inicial, (por ejemplo, interpretaciones teóricas o a destiempo) es sentido como intrusiones del ambiente, las cuales llevan a tempranas defensas, descritas en la literatura clínica como adoctrinamientos, falsas curas, entre otras. En casos más extremos es posible que aparezcan angustias (de aniquilamiento) imposibles de tramitar en la relación, que quedan no dichas pero registradas y que luego pueden constituirse como importantes fuentes de impasses.

A continuación expondré un caso de proceso analítico finalizado. Lo he dividido, expost, y para efectos de la elaboración teórica, en tres períodos: **I) sostén, II) uso del espacio potencial transicional, y III) logro de autotomía del ser y los objetos.**

l) Claudia tiene 23 años cuando llega a su primera entrevista. Su motivo explícito de consulta dice ser un problema vocacional. No le gusta ni la carrera (está en una carrera matemática y ella es literata), ni la Universidad en que estudia. Está en la universidad más conservadora de Santiago, y ella es totalmente lo opuesto a esa cultura, ni siquiera es religiosa. Su padre la inscribió obligada, postuló por ella, a través del cupo extranjero. Ella se encontraba viviendo fuera de Chile, cursando un año de universidad en plan común. Los padres ya se habían instalado definitivamente en Chile, después de haber vivido todos los años de Claudia fuera de Chile. Dice llevarse mal con sus padres, no les tiene confianza, no habla con ellos de nada verdadero. Su madre "quiere que sea otra persona" (que se vista distinto, se comporte diferente y piense de otra manera). En Chile Claudia (C.) tiene sólo una amiga. Y recientemente estableció una relación de pareja. Una vez ya en análisis, aparece tímidamente un contenido distinto, una relación violenta con un novio de la adolescencia que dura un par de años y que culmina con una violación en un sitio eriazado donde queda abandonada y golpeada. Luego de esa escena traumática aparece en su relato otro trauma: un par de años antes, su mejor amigo había muerto en un accidente de autos. Su relato acerca de la violación aparece entrecortado, no se entiende, no parece tener un hilo conductor, sino más bien frases entrecortadas, como flashes de recuerdos. No había hablado el tema con nadie, lo bloqueó (según sus propias palabras) y ahí había quedado hasta que comenzó su nueva relación de pareja. Los flashes back de la violación no le permiten concentrarse en los estudios, tiene insomnio y angustia flotante. No puede dejar que su novio la toque aunque se siente muy acompañada y querida por él. En la relación con la analista pide perdón cada vez que habla, o cuando se atrasa mínimamente. Parece temerosa de hablar, de lo que yo puedo pensar de ella. El recuerdo la deja en un estado extraño de confusión. A veces intenta llorar, sin embargo, sólo sale un ruido raro de su boca. Muchas veces se coloca en posición fetal sobre el sillón, y queda haciendo esos ruidos. "Llevo demasiado tiempo tratando de actuar que estoy bien". "Tengo ganas de escapar, partir de cero, como cuando nos cambiábamos de país"... En esta etapa C. va completando cuadros del momento traumático y la relación con el ex novio. Paralelamente habla de su relación con la madre, con quien no puede comunicarse, es un vínculo de falsedad, celos y envidia de parte de la madre, emociones que C. no puede entender y que la sorprenden o más bien la invaden constantemente. Siempre parece como si fueran la primera vez. La violencia con el ex novio aparece como un continuo de violencia de la madre hacia ella. Con su padre dice (en este momento del análisis) que es más fácil porque no chocan, aunque tampoco hay un vínculo honesto.

Así, se constituye una primera etapa del trabajo analítico: de "sostén". En esta etapa, las condiciones del trabajo eran anteriores a cualquier interpretación, no había mente para ello. La paciente estaba encapsulada en relaciones y experiencias traumáticas. Y en un falso self que se evidenciaba en una tremenda falta de espontaneidad, un temor a ser. El trabajo de la analista se centra en la escucha y el intento de ordenar sus recuerdos. Aún cuando no entiendo bien los contenidos del relato, ni porqué el nivel de traumatización, intuitivamente, en varias ocasiones, me acerco a abrazarla, y permanecer así en silencio. Éste fue un trato sólo dedicado a ella, no existía en el vínculo con mis pacientes, un trato similar. A veces se quedaba más allá de su hora, se levantaba para irse, pero no se iba, se quedaba ahí parada, como esperando algo. A veces coincidía que no tenía nadie después y yo podía acompañarla en silencio, otras veces la acompañaba (o llevaba) al baño a lavarse la cara, para que pudiera reponerse porque había alguien más esperando. Se trataba de recuperar en ella un estado básico de equilibrio, después de años de sentir el mundo de suma "intrusión". Se requería una neutralidad benevolente, puesta al servicio de ella, que sostuviera sus angustias y miedos, así como sus recuerdos aterradores. Su necesidad era ser contenida, escuchada, sin juicio, crítica o manipulación. Esta etapa duró aproximadamente 4 meses, dos veces por semana sin interrupción. Este periodo de sostén, en el proceso analítico de C. permitió un posterior periodo de mayor simbolización, de utilización del espacio potencial como lugar de experimentación de sentimientos, ambivalencias, miedos, y aparición del verdadero trauma.

II) En la fase siguiente, C. comienza a escribir poemas y ensayos los cuales me comparte vía e-mail. También me escribe en otros momentos de gran angustia o impotencia con sus padres. Empiezo a introducir interpretaciones generales, no transferenciales, que permiten entender y mirar las relaciones con un cierto hilo común. Ella misma se va sorprendiendo de lo que escribe y de las emociones "raras" que vivencia. Aparece la rabia contra el ex novio. También aparece otro tipo de verbalizaciones como... "es que no quiero que me peguen"... Frente a mis interpretaciones me pedía perdón, lo que me hacía pensar que vivía a estas alturas del proceso, las interpretaciones como "faltas" o errores que cometía y que yo le recriminaba. Esta vivencia requirió, en este período, reformular en conjunto y repensar el sentido de estas interpretaciones. Comienzan a introducirse pensamiento, lenguaje, y una creciente diferenciación con su familia de origen. Cuando Winnicott se refiere al espacio transicional "es una zona que no es disputada ...un estado intermedio entre la incapacidad y la capacidad creciente del pequeño para reconocer y aceptar la realidad". (Winnicott, 1958, p. 309.). El espacio potencial es el espacio "entre el objeto subjetivo y el objeto percibido en forma objetiva, entre las extensiones del yo y el no-yo." (Winnicott, 1972, p. 134).

El espacio potencial se favorece sobre la base de una relación de confianza. En la paciente, lidiar con la realidad de sus padres le había sido imposible hasta el momento en que pudo sentirse segura de “poseer” un espacio (el análisis) de calma, de no interferencia ni agresión de su mundo interno. En esta etapa es fundamental, el no hacer la pregunta “concebiste esto o se fue presentado desde fuera?” (Winnicott 1972, p. 30). La realidad interna de la paciente fue tratada como su objeto transicional. Su creatividad, puesta en sus escritos fue respetada y cuidada. La acumulación de recuerdos de cuidado, su introyección y el desarrollo de la confianza en el ambiente setting posibilitan poco a poco la independencia emocional de la paciente así como la comprensión intelectual. Estos aspectos fueron reforzando en C. la idea de sí misma, reparando su experiencia traumática y posibilitando la integración de un sí mismo central. “Puede decirse que el self central es el potencial heredado que experimenta una continuidad del ser y adquiere a su propio modo y a su propia velocidad una realidad psíquica y un esquema corporal personales.” (Winnicott, 1993, p. 59). La confianza en el medio que le proveía el análisis posibilitó el surgimiento de los primeros símbolos de la separación (de la madre) y al mismo tiempo de la relación con su analista, y el reforzamiento de su relación de pareja a través de la liberación de ciertas áreas de conflicto. Durante el año que dura esta etapa, se trabajó la ambivalencia de la relación con la madre, el maltrato y los golpes (sin razón aparente). La vivencia de C. acerca de su madre es de una impredecibilidad constante, un lenguaje pre-psicótico violento y de no reconocimiento del “otro”. Todas características propias de una relación con una madre intrusiva. El lugar del análisis se constituye en una experiencia completamente opuesta a la intrusión: la analista es una persona predecible y confiable, no atacante, que es capaz de seguir atenta los tiempos que necesita para ser y hacer. La paciente ha experimentado el despliegue de su self sin recibir retaliación. En esa etapa ya no hay posición fetal, ni súplicas de perdón ansiosas y sin razón, aparece un lenguaje más directo aunque a veces titubeante, mejora su vocabulario en español incluso. C. se debate entre “salir al mundo”, como dice, o quedarse encerrada en la casa del “terror” en que vive su familia. Tiene miedo a comprobar que su madre tenga razón... “que soy una inútil... que me doy aires de superioridad, pero que no soy nada sin ellos”¹.

1 La paciente refiere en múltiples ocasiones su miedo a ser una perdedora. Los padres se ríen de ella. Una vez una profesora les mostró un escrito de C. y ellos le preguntaron a quién se lo había copiado. Nunca le creyeron. Por otra parte, era deportista destacada, los padres nunca fueron a verla competir.

III) En esta fase, C. afianza una actitud nueva relacionada con “salir creativamente al mundo”. Se cambia a una universidad de su gusto, toma todos los electivos que tengan relación con la literatura, los debates, la escritura (esto ya había comenzado en la etapa anterior); y sigue produciendo poemas, ensayos y cuentos cada vez más imaginativos. Se pone a trabajar part time y participa en grupos de acción social de la universidad. Recupera algo así como lo que Winnicott (1972) llama la creatividad propia del que está vivo, inserto en la sociedad, recupera un sentido de vida.

Esta etapa también está marcada por el cambio de objeto del análisis. Aparece el conflicto con el padre que había sido acallado durante mucho tiempo, toda su vida...y que sólo en este momento es posible que aparezca como contenido en el análisis.

“En un análisis se producen cambios cuando los factores traumáticos entran en el material psicoanalítico a la manera del paciente, y en el seno de la omnipotencia del paciente. Las interpretaciones que producen cambio son las que pueden realizarse en términos de proyección”. (Winnicott, 1993, p. 47-48).

Su padre es un golpeador. Solía golpear a todos los miembros de la familia, pero en la actualidad sólo lo hace con ella y su madre. De a poco, se empieza a configurar la escena traumática completa. Un padre golpeador, especialmente en momentos de consumo de alcohol y cocaína, cosa que hace abiertamente delante de la familia, incitando incluso a los hijos y la madre al consumo. La familia no hace nada. Finalmente la paciente puede hablar de los recuerdos traumáticos relacionados a violaciones reiteradas del padre, durante su pubertad. Una vez más, debemos lidiar con sus sentimientos ambivalentes, de rabia y culpa, y sobre todo de miedo. Sin embargo, esta fase es vivida desde los logros de las dos fases anteriores. El padre suspende el pago del análisis. La madre me manda un mail de amenazas directas a mi persona para que “deje tranquila a su hija”. Sin embargo, y a pesar de la violencia, la analista es capaz de permanecer intacta para ella. Sobrevivo a los ataques directos de los padres, y los indirectos de C. Nada cambia en nuestra relación, excepto que no puedo ser cómplice del maltrato y se lo hago saber. Ella se alivia, adquiriendo mayor confianza para oponerse al maltrato y enfrentar al padre, a pesar que la madre niega los hechos (tanto del maltrato como de las violaciones).

Winnicott considera que lo realmente traumático no es la falta sino el no reconocimiento de ella. Lo diferente y sanador para la paciente es que ahora tiene alguien que empatiza con el trauma, lo escucha y lo denuncia.

Si la madre desaparece, pero regresa en un tiempo determinado (x + y) no genera trauma.

“Pero en x+y+z queda traumatizado. En x+y+z el regreso de la madre no corrige su estado de alteración. El trauma implica que ha experimentado una ruptura en la continuidad de la vida, de modo que las defensas primitivas se organizan para defenderlo contra la repetición de una ansiedad impensable o contra un retorno de un estado de confusión aguda que pertenece a la desintegración de la naciente estructura del yo...los bebés son constantemente curados de los efectos del grado x+y+z de privación por los mimos localizados de la madre, que enmiendan la estructura del yo.” (Winnicott, 1972, p. 112-113).

Todo este proceso de desarrollo emocional, cuando es adecuado permite el logro de la constancia del objeto. Permite el aceptar los elementos de la realidad y genera en el infante la creciente capacidad para tolerar la frustración.

En esta etapa realizo interpretaciones transferenciales asociadas a sus miedos y angustias de dependencia. También al miedo y desconfianza que la hacen alejarse de los otros, sin embargo su necesidad de amar y crear la mantienen en el análisis y en su relación de pareja.

La paciente logra independizarse emocional y físicamente de su familia. Se va a vivir con su novio. Se opone a seguir siendo maltratada. Hace uso de las defensas que le provee la sociedad y demanda legalmente a su padre por violencia intrafamiliar (luego que éste deja a su madre con un TEC cerrado). En el tiempo de vacaciones de verano emprende un viaje fuera de Chile, a la casa de su hermano mayor (casado con hijos), que fue el único que reconoció el maltrato y la apoyó, al menos emocionalmente, desde la distancia. Allá consigue un trabajo temporal y vuelve con una experiencia nueva de reencuentro con este hermano del que se había separado tempranamente.

“Una vez que estas cosas han quedado establecidas, como ocurre en la salud, el niño puede gradualmente enfrentar el mundo y sus complejidades, pues en él ve cada vez más lo que está presente en su propio self. Se identifica con la sociedad en círculos crecientes de la vida social, pues la sociedad local es una muestra del mundo personal del self, tanto como una muestra de los fenómenos verdaderamente externos”. (Winnicott, 1993, p.119).

Unos meses después de su vuelta del viaje, la paciente siente que ya no es necesario seguir en análisis. Tiene razones concretas como los costos, pero por sobretodo es una necesidad de independencia y vuelo propio. Así lo entiendo yo, acorde con los planteamientos de Winnicott. La apoyo en su decisión por lo que implica para ella más allá si yo considerase que debía o no seguir analizándose. Podía considerar más bien que había habido proceso.

Por lo tanto, en este trabajo, la neutralidad es entendida desde la perspectiva de poner entre paréntesis los propios deseos y necesidades, pero no como una ausencia de expresión de los propios aspectos de la personalidad. Al contrario, se requieren, para promover en el inicio una relación de confianza básica, sin la cual me parece imposible realizar un análisis de los aspectos más profundos del paciente. En los términos de Winnicott, esta identificación no elimina los recursos de la madre, al contrario, apela a los propios recursos y la propia experiencia de haber sido maternado, junto con la capacidad de centrarse en ese hijo (paciente) en particular y su potencial de desarrollo. Estos aspectos radican especialmente en la persona particular del analista, los cuales en vez de eliminarlos, serían deseables de potenciar a través del propio análisis y la identificación teórica de ellos.

Bibliografía

Winnicott, D. W., 1958 (1951), "Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión no yo". En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.

Winnicott, D. W., 1958 (1956), "Preocupación maternal primaria", En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Paidós.

Winnicott, D. W., 1972 (1953), "Objetos transicionales y fenómenos transicionales", en *Realidad y Juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Winnicott, D. W., 1972 (1967) "La ubicación de la experiencia cultural", en *Realidad y Juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Winnicott, D. W., 1993 (1960), "La teoría de la relación entre progenitores-infante", en *Los procesos de la maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Winnicott, D. W., 1993 (1963), "De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo", en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Editorial Paidós.