

Winnicott como precursor del psicoanálisis relacional

José Guimón*

RESUMEN

Winnicott fue uno de los responsables del abandono de algunos conceptos freudianos a favor de una transformación del psicoanálisis en una terapia relacional. En efecto, Winnicott difundió su obra en escritos y conferencias, especialmente en EE UU. La psicología del yo y sobre todo el pensamiento de los culturalistas, especialmente H. S. Sullivan, desarrollaron en los EE UU una tendencia “relacional”, expresada en los últimos años en su extremo por el pensamiento “intersubjetivo”. Las raíces de esas tendencias se pueden encontrar en Sandor Ferenczi y Winnicott que subrayaron que el terapeuta inevitablemente, además del *insight*, proporciona al paciente un nuevo y crucial tipo de experiencia relacional. PALABRAS CLAVE: Winnicott, terapia relacional, intersubjetivo, *insight*.

ABSTRACT

WINNICOTT AS A PRECURSOR OF RELATIONAL PSYCHOANALYSIS. Donald W. Winnicott was responsible for the abandonment of several Freudian concepts in favour of a transformation of psychoanalysis into a relational therapy. Winnicott transmitted his work through writings and conferences, specially in the USA. Ego-psychology and the culturalists such as H. S. Sullivan developed a relational approach in the USA, expressed in the final years by inter-subjective thinking. The roots of these tendencies can be found in Sándor Ferenczi and Winnicott, whom underlined that the therapist apart from *insight* inevitably provides a new and crucial relational experience to the patient. KEY WORDS: Winnicott, relational therapy, inter-subjective, *insight*.

RESUM

WINNICOTT COM A PRECURSOR DE LA PSICOANÀLISI RELACIONAL. Winnicott va ser un dels responsables de l'abandó d'alguns conceptes freudians a favor d'una transformació de la psicoanàlisi en una teràpia relacional. En efecte, Winnicott havia difós la seva obra en escrits i conferències, especialment als EUA. La psicologia del jo i sobretot el pensament dels culturalistes, especialment H. S. Sullivan, van desenvolupar als EUA una tendència “relacional”, expressada en els últims anys, en la versió més extrema, pel pensament “inter-subjectiu”. Les arrels d'aquestes tendències poden trobar-se en Sandor Ferenczi i Winnicott, que van subratllar que el terapeuta, inevitablement, a més de l'*insight*, proporciona al pacient un nou i crucial tipus d'experiència relacional. PARAULES CLAU: Winnicott, teràpia relacional, intersubjectiu, *insight*.

Desde el psicoanálisis más clásico hay una tendencia a desvalorizar la teoría y la técnica de las aproximaciones “intersubjetivas” con el argumento de que el psicoanálisis es de por sí esencialmente relacional, invocando en especial la omnipresencia histórica de la transferencia. Sin embargo, aunque hay una tendencia del llamado

“psicoanálisis relacional” que se apoya más bien en el paradigma de las relaciones objetales y en las vivencias de relación con el medio interiorizadas, la mayoría de sus partidarios se interesan de forma detallada por la relaciones externas y realizan sólo posteriormente hipótesis respecto a la realidad intrapersonal e interpersonal.

* Catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
Correspondencia: jose.guimon@ehu.es

La importancia del mundo externo según Winnicott

Winnicott fue un testigo y actor privilegiado de las discrepancias que surgieron en la Sociedad Británica de Psicoanálisis tras la Segunda Guerra Mundial, acerca del papel que juega el mundo interno y el externo en el desarrollo de la personalidad y de la psicopatología. En las hoy famosas “Controversias”, envenenadas por conflictos de poder, Winnicott mantuvo una difícil independencia que permitió que florecieran los rasgos más atractivos de su personalidad, su sentido del humor, su capacidad de comunicarse con el público en general y su creatividad, que han hecho que su popularidad creciera en medios psicoanalíticos internacionales (Guimón, 2010). Sus aportaciones teóricas y técnicas nacieron en contacto con los niños (más de 60.000 en distintos centros) que exploraba acompañados, cuando era posible, de sus padres. Pronto trasladaba, sin embargo, sus hallazgos e intuiciones al campo del psicoanálisis de adultos y a su propia personalidad. Por ejemplo, aunque fue con niños con quienes utilizó la realización de “garabatos” (*squiggles*, Winnicott, 1989a) él mismo, según varios testimonios, se entretenía realizándolos, en su sillón tras el diván de sus pacientes, o solo en su domicilio en momentos de ocio.

La descripción del “objeto transicional” fue el concepto que más contribuyó al prestigio internacional de Winnicott y fue utilizado pronto, tanto en la comprensión de las vicisitudes del desarrollo infantil, como en la explicación de la creatividad artística y en su utilización en la terapia por el arte. A partir del tratamiento de algunos pacientes con cualidades artísticas (entre otros Masud Kahn) sugirió que ciertos artistas “no tienen capacidad de sentir culpabilidad y, sin embargo, llegan a una socialización gracias a su talento excepcional” (Winnicott, 1958).

En cualquier caso, la concepción que más repercusión ha tenido en la psiquiatría dinámica actual es la de que, en el género humano, “la unidad no es el individuo sino un sistema ambiente-individuo (...) no existe un bebé por sí mismo”. De ello se desprendía que en psiquiatría infantil era necesario, además de atender a la expresión de las pulsiones infantiles, como señalaban los kleinianos, añadir el “cuidado del niño”, concepción más acorde con las aproximaciones de los seguidores de Anna Freud. Según Winnicott, la motilidad del feto estaría cargada de las experiencias del “ello” (pulsiones inconscientes de destrucción). Sigue en esa explicación

la visión de Melanie Klein en la teoría de la “Succión primaria del objeto”, de un deseo de apropiación, casi canibalística del mismo. Incluye la teoría de la “tendencia primaria a aferrarse”, a agarrarse a otro ser humano, aceptada por Bowlby (entre otros) para explicar su noción de “apego”. Tenía también ese concepto relación con la noción de Michel Balint de “relación de amor primario”.

Esas pulsiones son “contenidas” por un *holding* (sostén) adecuado de la madre, cuando es “suficientemente buena”. El término de *holding* designaría la “infraestructura” de mantenimiento al niño en un estado de fusión con las “necesidades” de la madre que habría alcanzado un “estado de preocupación materna primaria”. En ese contexto de apoyo se incluyen, también, las condiciones ambientales y objetos externos que llenan la cotidianidad. Winnicott atribuyó a su segunda esposa Clare el haber acuñado el término de *holding* al que añadió los de *handling* (acción maternal que lleva a la *personalization*), *object presenting* (acción de la madre que favorece “la capacidad de entrar en relación con los objetos”) y *ego-coverage* de la madre para dar al niño la experiencia de la “continuidad de la existencia”. La madre sana sería capaz, pues, de irle ayudando al niño a independizarse del *holding* (Winnicott, 1986) e irse adaptando a las necesidades externas, a la realidad, aceptando sus limitaciones. Si todo funcionara bien se iría independizándose espontáneamente y adaptándose armoniosamente a las nuevas circunstancias. Pero, si la madre no fuera capaz de facilitar esa relación (porque, por ejemplo, no pudiera soportar que el hijo se independizara), el niño haría mal esa adaptación y desarrollaría un “falso *self*”. Actuaría con mecanismos llenos de “inautenticidad”, a los que M. Mahler llamó un modo de funcionar “como si”.

El “cuidado” de los pacientes adultos

Para los pacientes adultos la aproximación equivalente sería el *management* (gestión) del ambiente que, en paralelo con lo que le ocurre al niño con su madre, considera Winnicott que debe ser un “ambiente suficientemente bueno”. En consecuencia, utiliza el término *holding environment* para denotar el ambiente que debe rodear al paciente grave “regresivo dependiente”.

Aunque fue sobre todo conocido como psicoanalista infantil, Winnicott tuvo una práctica prolongada e intensa con profesionales y pacientes graves adultos.

Su técnica resultaba heterodoxa (por lo excesivamente “interpersonal”) en lo que se refiere al encuadre, como lo muestran distintos ejemplos. En lo que se refiere a profesionales, Donald tomó a su amiga y compañera de formación Marion Milner (en 1944) como paciente y la veía en el consultorio de ésta en un dudoso intercambio de roles hasta que Clifford Scott le dijo a ella que interrumpiera ese análisis. Tomó en análisis durante largos años a Masud Kahn quien, durante el tiempo que duró, actuó como eficaz colaborador científico suyo (Winnicott, 1987) y que comía frecuentemente en el domicilio de Donald. Algunos de sus analizandos eran pacientes graves a los que se podría hoy incluir en los diagnósticos de trastornos *borderline* o antisocial y de psicosis y en los que subrayó la presencia de graves carencias maternas.

Estudió a lo largo de su vida a un número importante de pacientes con trastornos *borderline* graves en los que detectó la presencia de deprivaciones infantiles y a algunos de los cuales trató durante muchos años con una involucración personal masiva. Fue el único analista que aceptó tomar en análisis a Dem Milner, el marido de Marion Milner, a quien atendió con gran dedicación (sin duda excesiva), pues, por ejemplo, en el curso de un fin de semana concreto, “le visitó hasta 13 veces”. En el umbral de su propia muerte, respondió con una carta de tres páginas a un paciente grave que le escribió pidiendo una entrevista. Propuso (*Positive Suggestions*) que la delincuencia y la psicopatía derivarían de carencias afectivas reales percibidas, mientras que las psicosis provendrían de una carencia afectiva experimentada en un estadio anterior a aquel en el que el niño es capaz de percibir una carencia. En cuanto a los adolescentes con trastornos antisociales fue pionero en los abordajes terapéuticos que hoy consideran a esos comportamientos como mecanismos de defensa positivos y necesarios en la evolución de personalidades con carencias maternas, lo que ya había sido señalado por Spitz, aunque éste no les había dado una explicación psicoanalítica.

Quedan, así mismo, testimonios de varios pacientes con psicosis que trató, en algunos casos con muy resultados dramáticos, como al menos dos suicidios. Es con estos pacientes con los que desarrolló las técnicas de “regresión a la dependencia” y de “actuaciones”. En 1948, en el análisis de Margaret Little (psicótica) le tomaba las manos. Rescató (junto a Alice, su primera mujer) a una paciente que estaba hospitalizada y la llevó a vivir con ellos, pagando a Marion Milner para que la

analizara. Finalmente, Donald aceptó que le aplicaran electrochoque, procedimiento que habitualmente criticaba severamente. En esas regresiones “controladas” pudo estudiar transferencias muy primitivas. Señaló que, aunque el analista ame a sus pacientes, no puede evitar odiarles a la vez. Describió distintos tipos de sentimientos en la transferencia positiva. *Like* (gustar) que sería la capacidad del yo de establecer relaciones (*relatedness*) y *Love* (amar) que tendría que ver con relaciones (*relationships*) del ello.

Escribió en una ocasión a Rosenfeld (Winnicott, 1987) aceptando que los pacientes psicóticos pueden ser analizados (como éste pretendía), pero diciendo que necesitan *management* más que interpretaciones: “El hombre no puede vivir sólo de pan (de interpretaciones verbales)”. El terapeuta no debe responder a los ataques de estos pacientes y debe estar dispuesto a ser agredido por ellos. “Los psicoanalistas queremos ser devorados, no inyectados mágicamente (...). Los psicoanalistas se ofrecen para ser consumidos (comidos)”. A su parecer -como le dijo a Rodman su biógrafo en una carta (Winnicott, 1987)- pueden pasar años hasta que el paciente, por su parte, se atreva a tratar con el psicoanalista sin que éste esté protegido.

Utilización de técnicas “activas”

Con estos pacientes utilizó las técnicas “activas” que Hanna Segal no dudó de adjetivar como “peores que las de Ferenczi”. Se refería a algunas intervenciones (parking, es decir envolturas con sábanas); tomar las manos de los pacientes, darles a beber leche etc., con las que actuaba y movilizaba sus transferencias primitivas más que las analizaba. Hay que rescatar en cualquier caso su capacidad de *management* y cuidado de los pacientes, a los que llegó en ocasiones a alojarles en su domicilio (con Alice, su primera esposa). Melenie Klein no le criticó públicamente estas técnicas aunque las afeaba, en cambio, a la discípula de Winnicott, Margaret Little. De hecho, a pesar de ciertas reticencias, consideró que era el único que podía analizar a su hijo Eric y, así mismo, tomó a la esposa de Winnicott en análisis.

Aunque tenía relación con los psiquiatras que lideraban el movimiento británico de las comunidades terapéuticas apenas se apoyaba en esos dispositivos. A propósito de *The ailment* de Main, trabajo que se hizo clásico en los ambientes de las comunidades terapéuticas, en el que habla de doce pacientes especiales,

Winnicott mantuvo correspondencia con él sobre uno de sus pacientes que se suicidó y al que veía ocasionalmente ambulatoriamente. Insistía en que el *management* lo permitiría (Winnicott, 1987). De hecho mantuvo en tratamiento ambulatorio a varios pacientes muy graves con ingresos ocasionales, aunque parece ser que con malos resultados. No es de extrañar si, como dicen algunos testigos, varios profesionales del equipo del *Cassel Hospital* que dirigía Main se deprimieron gravemente. Actualmente apenas quedan comunidades hospitalarias en el sentido estricto del término, aunque no cabe duda de que, si hoy se han abandonado, no es necesariamente por su ineficacia sino por lo extremadamente demandantes (y caras) que resultan para los profesionales y los administradores públicos.

Fue un gran comunicador y poseía una gran capacidad de seducción. En la práctica, su escucha y sus reacciones eran ejemplares en lo que se refiere a la empatía (Winnicott, 1989b). Valga como ejemplo esta observación que hizo en *A Note on a Case Involving Envy* (Winnicott, 1989): “Yo escucho siempre con mi garganta y mi laringe sigue los sonidos que escucho del mundo, en particular la voz de alguien que me habla. Esto ha sido siempre una de mis características y una vez fue incluso un síntoma serio”. Esa toma en consideración de sus reacciones en la relación con los pacientes no fue paralela a un cuidado esmerado de su propia salud. Eso se deduce de la atención que prestó a la evolución de su enfermedad coronaria. En 1949 tuvo una trombosis coronaria tras la muerte de su padre y ocho meses después otro infarto tras la separación de Alice, su primera esposa, con la que no llegó a consumar el acto sexual. Por cierto que, en un trabajo, atribuyó a la frustración sexual la etiología principal de la trombosis coronaria. Años más tarde tuvo otro infarto después del suicidio de uno de sus pacientes (al parecer un antiguo amante de su mujer Clara en un momento en que esta fue a ver a Donald). En julio de 1950 tuvo un tercer infarto poco antes de presentar su trabajo *Transitional Objects* (Winnicott, 1953). En relación con la función de los médicos con los pacientes psicósomáticos, es muy interesante su observación de que habría que tener con estos enfermos, médicos “que no fueran muy médicos”. “En la práctica de la psicósomática, dijo, lo que necesita el psicoterapeuta es la colaboración de un médico no demasiado científico (...) un científico de vacaciones de la ciencia”.

La participación del analista en la cura

Pese a los trabajos de pioneros como los de Winnicott o Ferenczi, durante casi un siglo los psicoanalistas han mostrado una evitación más o menos fóbica a aceptar su participación en el proceso del análisis. La corriente intersubjetiva de orígenes varios es hoy muy viva especialmente en los EE UU (Arnold Modell, Owen Renik, Levenson, Greenberg, Mitchell), pero también en otros países y en España (Coderch, Avila, González Torres), se alejan de la doctrina psicosexual de Freud y ponen el acento en la experiencia transferencial-contratransferencial. Sus propuestas básicas son (Coderch, 2006), que: el analista influye en la experiencia del analizando de muy diversas formas y en mucho mayor grado de lo que pensaron los primeros autores; ese impacto de la conducta del analista no puede nunca ser comprendido mientras está ocurriendo; un análisis eficaz sólo puede ser conducido “a trompicones”, como resultado de negociaciones dentro de cada diada individual; el objetivo de esas negociaciones es hallar una forma de trabajar, única a la diada, que convenga a ambos participantes; la objetividad analítica es muy relativa porque no se puede ser objetivo respecto de nada y porque la memoria y el deseo del analista nunca pueden ser ni evitados ni prohibidos; nuestra contratransferencia es, pues, “el aire que respiran nuestros pacientes”.

Es cierto, dice Greenberg, que, trabajando con esas premisas se rompe el marco analítico clásico y que el analista corre un riesgo y se pone en juego de forma muy personal. Pero la experiencia demuestra que entonces el analista, en un movimiento que no tiene contrapartida en las descripciones clásicas, se ofrece, como persona, para contener las tensiones y las ansiedades que el paciente está experimentando como consecuencia de estar en tratamiento. Es pues fútil el intento de desarrollar una metodología psicoanalítica fija aplicable a todos los analistas, todos los analizandos, todas las diadas.

Recuerda Greenberg que Freud señaló ya que los pacientes también han de experimentar “una transferencia positiva no censurable” que motivaría su participación en el análisis. Las ideas contenidas en la transferencia “no censurable” del paciente incluyen la creencia en el valor del tratamiento, basado en amplias perspectivas del análisis como disciplina y del analista como profesional. El paciente es un miembro de

un grupo social que comparte estas creencias, acude al análisis con la expectativa de ser ayudado y tiene la expectativa de que el analista que ha escogido esté interesado en proporcionar dicha ayuda y sea competente para ello. Se pensó que la transferencia positiva no censurable actuaba de dos maneras: en primer lugar, conlleva para los pacientes la convicción de que el análisis, aunque difícil, les ayudará a mejorar sus vidas. En segundo lugar, dando autoridad a la persona del analista, conlleva a deseos realistas de agradar, de ser un “buen” paciente. La transferencia positiva no censurable no es censurable, a la vez, porque facilita el trabajo y, quizás aún más importante, porque está basada en creencias validadas socialmente y, por tanto, presumiblemente “realistas” acerca de lo que pueden proporcionar el análisis y el analista.

Bibliografía

- CODERCH, J (2006). *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*. Herder, Barcelona.
- GREENBERG, J. R (2001). *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 49, 359-398.
- GUIMÓN, J (2008). *Crisis y porvenir del psicoanálisis*. Bilbao, Ed. Universidad de Deusto.
- GUIMÓN, J (2010). Winnicott y la psiquiatría relacional. *Advances in Relational Mental Health*, 9, 2, *An International On-Line Journal*.
- RODMAN, R. F (2008). *Winnicott, sa vie, sa œuvre*. Toulouse, Éditions Érès.
- SEDLAK V (1997). The dream space and counter-transference. *Int J Psychoanal*, 2, 295-305.
- WINNICOTT, D. W (1953). Transitional Objects and Transitional Phenomena. *Int J Psychoanal*, 34 (89).
- WINNICOTT, D. W (1958). Psycho-Analysis and the Sense of Guilt. In Sutherland, J. D (Ed.), *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, London, Hogarth.
- WINNICOTT, D. W (1986). *Holding and Interpretation: Fragment of an Analysis*. London: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis.
- WINNICOTT, D. W (1987). Selected Letters. In F. R. Rodman (Ed.), *The Spontaneous Gesture*. Cambridge: Harvard University Press.
- WINNICOTT, D. W (1989). A Note on a Case Involving Envy. In D. Winnicott, M. Davis (Ed.), *Psycho-Analytic Explorations*. London: Karnac Books.
- WINNICOTT, D. W. (1989a). The Squiggle game. In D. Winnicott, M. Davis (Ed.), *Psycho-Analytic Explorations*. London: Karnac Books.
- WINNICOTT, D. W (1989b). Two Notes on the Use of Silence. In D. Winnicott, M. Davis (Ed.), *Psycho-Analytic Explorations*. London: Karnac Books.