

# TEORÍA DE LOS OBJETOS Y PROCESO DE CURACIÓN EN EL PENSAMIENTO DE DONALD WINNICOTT

Ocuparse de Winnicott es ocuparse de un autor cuyas teorías produjeron efectos particulares. Ante todo efectos de tipo emocional, ya que suscita sentimientos marcados de aceptación o rechazo, en los que tal vez no sea ajena, como se ha señalado, su identificación predominante con una madre suficientemente buena, identificación que le permitió descubrir ciertos hechos y le impidió ver otros.

Otro efecto particular de sus teorías, y que el mismo Winnicott comentó, fue el don de ubicuidad de las mismas, que hizo que fueran integradas parcialmente en distintos modelos teóricos.

Por último, Winnicott abrió caminos en la investigación de una serie de cuadros graves como las esquizoidías severas, los cuadros fronterizos, los pacientes con tendencias antisociales, los pacientes psicóticos, etcétera.

Antes de entrar en la teoría de Winnicott, creo pertinente comentarles algunas características propias del estilo de este autor. Ustedes saben que Winnicott escribió en un lenguaje cotidiano, casi en un lenguaje coloquial. En general, el lenguaje coloquial está más cerca del pensamiento intuitivo, del conocimiento intuitivo, que del conocimiento científico. Por otra parte, el mismo Winnicott señaló que la intuición se vincula más con la magia y los fantasmas que con la realidad objetivamente percibida. Ahora bien, el estilo de un autor, sobre todo en nuestra disciplina, no es ajeno a las mismas teorías que construye. Por eso creo que es imprescindible referirse a un texto de 1962, en el que Winnicott contrasta dos tipos de comunicación: la comunicación directa y la indirecta. La primera es la que tiene lugar con el objeto subjetivo, la segunda es siempre deliberada, explícita, valiéndose de distintas técnicas entre las cuales Winnicott ubica el lenguaje. Pero una idea importante a consignar es la imposibilidad de la comunicación indirecta de ser totalmente explícita. Más aún, el pensamiento de Winnicott lo lleva a sostener que si la comunicación fuera totalmente explícita carecería de sentido. Aun en

la comunicación científica un cierto umbral de cosa no dicha permite que el lector participe de una experiencia, creando aquello que le es dado.

Pienso que estas ideas que incluyen la relación entre los modos de comunicación y la teoría de los objetos permiten explicar, en cierta medida, el estilo de Winnicott. Existe, además, otro orden de dificultades, que no dependen del estilo sino de otro tipo de razones: sabemos que Winnicott rechazaba la creación de nuevos términos teóricos, afirmando en cambio la necesidad de "remozar un poco" viejos términos. Así, por ejemplo, el concepto de *self*, en algunos textos, tiene más que ver con el concepto de yo como instancia, con la parte del yo que está más en contacto con las pulsiones. En otros escritos parece más ligado a la segunda definición que da Hartmann sobre el narcisismo, constituyendo la persona como opuesta al objeto.

También por momentos parecería referirse al concepto de *self* tal como está planteado en algunos textos kleinianos. En ellos, el concepto de *self* aparece vinculado con la identificación proyectiva patológica.

Ciertos autores kleinianos suponen que la identificación proyectiva patológica compromete más al *self* que al yo, mientras la identificación proyectiva normal compromete más al yo que al *self*. Como pueden observar, el sentido del término varía de acuerdo con el contexto.

Seguramente esto produjo algunos fenómenos curiosos: así, por ejemplo, la traductora de su libro *Fragmento de un análisis* le pidió a Winnicott que definiera el concepto de *self*. Winnicott responde con una nota en la que relata que al recibir el pedido de definir más claramente el concepto de *self* advirtió que no lo tenía suficientemente claro en su espíritu. Va dando a continuación una serie de aproximaciones, que son notables, porque permiten apreciar cómo Winnicott trabaja los conceptos. Otro elemento a tomar en cuenta es que ciertos conceptos winnicottianos están estrechamente vinculados con algunas líneas filosóficas particulares: así, la idea de "continuidad en la propia existencia" que este autor introduce, está muy cerca de la idea de historicidad de Heidegger.

Otros conceptos propios de su teoría están vinculados con la obra de algunos poetas, de los cuales fue Winnicott un incansable lector, como John Donne, Alfred Tennyson, Ted Hughes, etcétera. Hasta ahora les he hablado del estilo de Winnicott y de ciertas razones que dificultan su lectura. Ahora me referiré a algunos conceptos básicos para entender la teoría de la curación en Winnicott.

En la actualidad prácticamente no hay conceptos dentro del psicoanálisis que no estén sometidos a polémica. Si bien esto sucede en general con casi todos los conceptos, sin embargo, en algunos de ellos la cuestión polémica es prácticamente su marca de origen. Esto sucede con el término "curación".

Basta recordar que uno de los textos clave de Freud, clásicamente traducido con el título de "Análisis terminable e interminable", surgió en polémica con los autores reunidos en Marienbad. A su vez, Fenichel discutió las ideas de Freud en un artículo publicado muchos años más tarde con el título de "A review of Freud: Analysis terminable and interminable". Por otra parte, como ustedes recordarán, dentro del psicoanálisis de niños, muy tempranamente, Anna Freud y Melanie Klein polemizaron en torno a la cuestión de la dirección del proceso en el análisis de niños, problema estrechamente vinculado con el de la curación.

Esta cuestión polémica en torno al concepto de curación se extiende hasta la actualidad. Aun la discusión en torno a la adecuada traducción del texto de Freud, si debería ser "Análisis terminable e interminable" o "Análisis finito e infinito", encierra una importante discusión teórica. ¿Por qué? Porque la perspectiva cambia según se ponga el acento en la cuestión de la terminación de un análisis y en la elaboración de una teoría de la técnica que permita que éste llegue a un buen resultado, o en la cuestión de los obstáculos que impiden la curación. Freud se refiere a este cambio de acento y de perspectiva al afirmar en "Análisis terminable e interminable" que la pregunta que nos deberíamos hacer no es tanto cuáles son las medidas y los factores curativos, sino cuáles son los obstáculos que se oponen a la cura. No se me escapa que en la práctica esta división entre aquellas líneas teóricas que ponen el acento en lograr una instrumentación técnica para "superar" las dificultades y las que ponen el acento en los obstáculos (admitiendo que algunos son insuperables por la misma estructura de lo inconsciente) puede resultar demasiado esquemático. ¿Por qué? Porque inevitablemente la

clínica conduce a palpar obstáculos a los que afrontamos de cierto modo, y este modo influye en lo teórico. También es evidente que en nuestro trabajo partimos de ciertas ideas, a no ser, como dijo alguien, que queramos llevar el paciente a la deriva.

Referirse a Winnicott es referirse a un autor en el que teoría y práctica están profundamente ensambladas en su cuerpo teórico. Ahora bien, dentro del cuerpo teórico de cualquier esquema referencial existen teorías que son fundamentales en la medida en que establecen los parámetros de la práctica.

Una de estas teorías fundamentales es la teoría del objeto que cada teoría construye. Por eso pensé que podría ser útil rever el concepto de objeto que Winnicott va construyendo a lo largo de su teoría del desarrollo emocional, de la etapa que va de la dependencia absoluta a la independencia.

Winnicott postula la constitución de tres objetos: el objeto subjetivo, el objeto objetivamente percibido, que forma parte del mundo común, y el objeto transicional. Para Winnicott, el objeto subjetivo es el objeto que se construye en los primeros momentos de dependencia absoluta –en el que no hay diferenciación no yo–. Para que se forme este objeto subjetivo se requiere una experiencia de ilusión que la madre favorece en función de una identificación con el bebé. El estado particular mental de la madre en los primeros días de vida del bebé favorece un nivel de regresión que permite dicha identificación. Esto hace que la madre sienta que el bebé es un pedazo de ella y que el bebé sienta que el pecho es un pedazo de él. Esta unidad madre-bebé marca un punto importante en la teoría, en el sentido de que afirma la idea de que se comienza en la unidad y no de a dos, como en otras teorías, por ejemplo la kleiniana. Por otra parte, para que se produzca esta situación se requieren dos condiciones: 1) que se lo deje al bebé tomar la "iniciativa", aunque al principio el bebé no tenga idea de que a través del aumento de su tensión de necesidad produce cierta alteración externa captada por la madre; 2) que haya una provisión ambiental, una mamá suficientemente buena como para responder casi de una manera perfecta a las necesidades del bebé. A través de esta repetición de respuestas adecuadas a las necesidades del bebé, éste va a pasar a la idea de ser el creador de la experiencia. Tanto el concepto de "iniciativa" como el de "experiencia de omnipotencia" son fundamentales para la creación del objeto subjetivo.

Una palabra clave en Winnicott es la palabra experiencia. En esto Winnicott se acerca a Bion: que el bebé pase por un período, un breve período de omnipotencia, que la pueda experimentar, que crea que todo está bajo su control es absolutamente necesario para la creación del objeto subjetivo que siempre precede a la creación del objeto objetivo. En uno de sus escritos, Winnicott señala que en ciertas condiciones mórbidas, patológicas, en ciertos estados regresivos, en realidad es la magia la que mueve el pensamiento del paciente, de tal modo que la persona cree que el objeto aparece cuando se lo desea o desaparece y se evapora cuando no se lo desea. En esas circunstancias, la magia librada a sus propias fuerzas puede exponer a la persona a efectos alarmantes. Sin el sostén de la diferenciación entre el mundo interno y el mundo externo, el amor y el odio tienen efectos devastadores.

Winnicott dice: "Mucho se ha hablado de los efectos frustrantes que tiene la realidad, mucho menos del alivio que produce su contacto". Si la experiencia de ilusión es imprescindible para que el bebé configure el objeto subjetivo, la experiencia de desilusión es imprescindible para la estructuración del mundo externo.

La importancia acordada a la construcción del objeto objetivo no es original de Winnicott, se la encuentra en cualquier modelo teórico. Lo que sí es original es el camino que Winnicott postula como necesario para poder pasar del objeto subjetivo al objeto objetivamente percibido. En ese camino va a ser central el papel que otorga a la agresión. El modo de concebir la agresión y el lugar que le atribuye en la constitución de la realidad externa van a constituir puntos clave, a través de los cuales Winnicott denuncia las insuficiencias de la teoría kleiniana.

Cuando Winnicott habla de agresión no piensa en términos de instinto de muerte, ni tampoco en términos de envidia primaria; mientras en Klein la agresión deforma la realidad, para Winnicott la agresión funda la realidad. Instinto de muerte y envidia son para Winnicott elementos ideológicos, nuevas formas de llamar al pecado original.

Según este autor, el elemento agresivo forma parte del impulso amoroso primitivo. En la vida intrauterina, la agresión es fundamentalmente movilidad, contractibilidad. En la fase más temprana del desarrollo del yo, la agresión forma parte de la expresión primitiva del amor. El

bebé desea poseer el objeto. Si aparece destructividad, ésta es siempre incidental, casual, secundaria a la satisfacción del impulso amoroso. La satisfacción instintiva, que debería ser siempre parcial, permite que se fusione cierto *quantum* de movilidad pero deja libre otro *quantum* de movilidad que para desarrollarse requiere cierto grado de oposición.

En los primeros momentos, la madre debe tener la capacidad de tolerar el ataque instintivo del bebé, sólo paulatinamente debe oponerle una resistencia. En la oposición de la madre a este ataque instintivo es donde va a aparecer la primera distinción yo/no yo.

Winnicott afirma: "El bebé, dicho crudamente, necesita algo que empujar a menos que deba seguir sin experiencia". El adecuado grado de oposición al amor excitado del bebé ejercido por el objeto materno, en el momento oportuno, es fundante en varios sentidos: a) permite que el bebé descubra sus propios límites; b) permite que el bebé comience a ubicar sus impulsos como algo proveniente de su interior (ya no son vividos como algo externo, "como un rayo o un relámpago"); c) posibilita la conversión de la fuerza vital en potencial de agresión, y d) hace que el bebé comience a diferenciar el objeto subjetivo que forma parte de su realidad interna, de una realidad externa formada por objetos comunes, objetos compartibles y compartidos.

También en ese momento se inicia el fantaseo agresivo; cuando en sus fantasías ataca el objeto de su amor instintivo, ataca también a la madre ambiente. Entonces experimenta una angustia doble, una que toca al objeto externo, otra a su doble en el mundo interior. Si la madre no responde taliómicamente, el bebé percibe que la madre ambiente participa en la experiencia y está allí para ser reconstruida. Ésta es la fase de inquietud o posición depresiva, logro del binomio madre-bebé, que facilita que el bebé experimente sentimientos de ambivalencia, de culpa y sentimientos constructivos.

Con el concepto de posición depresiva Winnicott introduce la hipótesis acerca de que el bebé alcanza en una etapa bastante temprana su unidad y la posibilidad de beneficiarse con un mundo interno.

Pasemos ahora a la teoría del objeto transicional. Winnicott basó su teoría del objeto transicional en el hallazgo y la cuidadosa observación de ciertas acciones emprendidas por el bebé en el momento de succión del pulgar.

Winnicott observó que la actividad de succión del pulgar era acompañada de otra serie de acciones como tomar la punta de la sábana y llevarla a la boca junto con el puño, o chupar una pelusa o producir sonidos, etcétera.

También observó una serie de cualidades especiales en la relación de los niños con estos objetos, objetos que comienzan siendo una "casi nada de objeto" (pelusa, sonido, etcétera) hasta concluir en objetos tales como el osito, una almohada, un juguete en especial, etcétera.

¿Qué es el objeto transicional? En realidad no es un objeto alucinado, tiene materialidad, forma parte del mundo externo. Tampoco es un objeto cualquiera, fortuito, de la realidad externa. Es un objeto singular, especialmente elegido por el bebé (es ese y no puede ser otro), no es tampoco un objeto natural del instinto, ya que si bien puede representar el pecho, las heces o el falo materno, sin embargo lo que le interesa a Winnicott no es esto sino su actualidad, y actualidad significa constituirse como objeto manipulable, como primera posesión no yo.

Winnicott dice: "Acercas del objeto transicional cabe decir que se trata de un acuerdo entre nosotros y el bebé en el sentido de que nunca le preguntamos ¿concebiste esto o te fue presentado desde fuera?". Este acuerdo, este convenio que implica algo del orden de lo simbólico (aunque el objeto transicional es pre simbólico), va a indicar cierta dirección en la clínica: el analista debe aceptar la paradoja sin forzar al paciente a que corrija representaciones cuando no concuerdan con la realidad. Las así llamadas "confrontaciones" no se deben formular. En la teoría de Winnicott cada objeto da lugar a la inauguración de un espacio: el objeto subjetivo inaugura el espacio del mundo interno; la madre como real e independiente del bebé inaugura el espacio de la realidad compartida, el objeto transicional inaugura el espacio de la creatividad.

¿Cuál es el destino del objeto transicional? Se lo relega al limbo, no se lo olvida (no es reprimido), tampoco se lo llora (no se lo duele). Pierde significado, pero el espacio que inaugura es habitado luego por el juego, la creación, los diferentes elementos que componen el mundo de la cultura.

Conocemos bien la idea de Winnicott acerca de que los tres espacios que los objetos inauguran permiten la construcción de una "vida personal" enriquecida por el contacto íntimo de la persona consigo misma; por una relación real con las otras personas y el medio ambiente, y por la posibilidad de gozar de experiencias creadoras. En 1948, Winnicott estableció la hipótesis de que "es posible establecer un lazo clínico entre el desarrollo del bebé y los estados psiquiátricos y del mismo modo entre los cuidados del bebé y los cuidados propios del enfermo mental". La idea que subyace a esto es que si las cosas marchan mal el bebé no tiene posibilidad de modificar el medio. Se modifica él produciéndose mutilaciones y deformaciones de su ser que le acarrearán graves consecuencias. En estos casos se produjo en el bebé lo que A. Green denomina un "trauma negativo", comentando las ideas sobre trauma desarrolladas por Winnicott en 1965 (en textos aún no publicados). En estos casos, trauma es aquello que "no se hizo por deficiencia materna". En estas situaciones la persona aparece expuesta: a) a sentir como más real la brecha, la ruptura, que la existencia positiva de los otros; b) y/o experimentar angustias impensables, angustias que preceden a las típicas de la situación esquizoparanoide; c) a que la idea de ausencia esté absolutamente ligada a la idea de muerte y que se obture la posibilidad de ser sentida como pérdida o como presencia potencial; d) a organizar una psicosis de defensa, un falso *self* patológico producto de una disociación extrema vinculada a fallas en la integración; e) a sufrir una perturbación de la vida imaginaria, reducida a un producto estéril como "el fantaseo" encargado de sostener el falso *self* patológico y reforzar la disociación.

Pero también puede ocurrir que la persona encuentre un lugar en el que sea posible "la regresión a la dependencia". Que el análisis se constituya en ese lugar va a depender de una serie de condiciones, fundamentalmente de que pueda crear un espacio potencial que haga posible que el paciente, sostenido por el analista pueda regresar a veces hasta el punto extremo de perder sus límites.



Se trata en este caso de metaforizar el cuidado materno. En este contexto, el *setting* analítico metaforiza ese cuidado: cada uno de sus detalles, silencio, cumplimiento de la hora, espacio, número de interpretaciones, tiene una importancia capital. Para este tipo de pacientes ubicados en esta área de funcionamiento psíquico, es esencial "la paradoja y la aceptación de la paradoja: el bebé crea el objeto, pero el objeto está allí esperando ser creado para ser un objeto catectizado". Por eso Winnicott dice: "Se hallan en mí presentes algunas de las características de un fenómeno transicional dado que si bien represento el principio de realidad y soy yo quien debo estar atento al reloj no por ello dejo de ser un objeto subjetivo de la fantasía". Junto con los cuidados propios del *setting* y para crear un cierto clima de intimidad, que favorezca "la paradoja y la aceptación de la paradoja", son nucleares las experiencias de mutualidad.

Estas experiencias poseen un elemento en común: en ellas se da siempre algo del orden del juego y del jugar. En realidad, como lo señala Masud R. Khan, Winnicott hizo una diferencia significativa entre el sustantivo "juego" y su forma verbal "el jugar" (entre *play* y *playing*), otorgándole a este último un papel prioritario. Es importante consignar que si el análisis es el lugar en el que se puede recubrir el hueco de experiencia que el paciente trae, no lo es solamente por una adecuación casi perfecta a sus necesidades, sino porque el analista, lo quiera o no, produce fallas. Fallas que repiten metafóricamente otras de las que el paciente no tiene recuerdo. Frente a estas fallas, el paciente puede reaccionar como no lo pudo hacer en otro momento.

Como vemos el término "curación" no sólo retoma con Winnicott su viejo sentido etimológico, el de cuidar, sino que también parece implicar un pasaje por lo real. Si en la línea teórica de Winnicott triunfa el mito que Rosolato bautizó como "mito de la emergencia", si en ella la cultura aparece evaluada positivamente y no como malestar, si dibuja una práctica en la que la idea de redesarrollo es más fuerte que la de repetición, sin embargo, no debemos olvidar que tuvo el raro mérito de haber asumido el riesgo de incluir en su práctica y en su teoría a pacientes severamente perturbados.

# OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y CRITERIOS DE CURACIÓN EN LA OBRA DE HEINZ KOHUT

Para hablar de ello hay que estar familiarizado con el modelo del autor. Kohut escribió mucho durante su vida; él falleció hace más o menos dos años. Hay cantidad de libros y trabajos, y un grupo que los sigue publicando. Siempre el énfasis está puesto en el trabajo clínico.

Lo que trataré de hacer, es dar los puntos principales del modelo teórico-clínico de Kohut. Es imposible recorrer todo lo que escribió y lo que habló. Hay gran cantidad de material que se puede consultar.

Voy a esquematizar dando un rápido resumen del desarrollo normal del narcisismo; ésa es el área en que Kohut se especializó; después la parte clínica patológica, y cómo, desde el punto de vista clínico, él percibió la curación y los objetivos terapéuticos. Generalmente prefiero que me interrumpan con preguntas, no sé si será posible, pero creo que de todos modos va a haber tiempo al final.

Kohut hizo todos sus trabajos de investigación en el área del narcisismo, vamos a empezar definiendo el narcisismo sumariamente, desde el punto de vista del que él lo hizo.

Primero definió el narcisismo desde el punto de vista energético, como si fuera la catexia del *self*.

Naturalmente, hay que precisar como él consideraba el *self*.

Hizo una división bien clara entre el *self* y el yo. Al *self* lo definió como una representación interna del individuo, ubicado muy cerca de la experiencia y en relación con cómo el individuo se percibe.

Como dije el otro día, probablemente es la mejor manera de referirse al trabajo de Sandier, cuando éste escribió sobre objetos en el mundo representacional.

El *self*, desde el punto de vista psicológico, Kohut lo describió como si fuese un elemento del aparato psíquico, diferente del yo, del ello, del superyó, con sus propias características, roles, etcétera.

Esto es muy esquematizado y hay que obviarlo, pero en el diálogo podemos discutirlo.

Desde el punto de vista del desarrollo genético del niño, Kohut siguió más o menos donde Freud había dejado, el punto de vista del narcisismo.

Él dijo que el niño nace con un sentimiento, con una sensación de perfección, como Freud había escrito también. Y que a consecuencia de frustraciones, que forman parte del mundo externo, el niño tiene que abandonar su sensación de perfección de alguna manera. Pero como no la quiere perder, trata de conservar esa sensación de perfección, por medio del establecimiento de una imagen del *self* grandioso y exhibicionista.

Si quieren considerarlo desde el punto de vista clínico, podría ser que el niño no deja la perfección sino que crea esa fantasía, una fantasía omnipotente, y la llamó imagen del *self* grandioso y exhibicionista.

Y esa parte tiene la relación más directa con el yo y con el *self* del niño.

La otra manera por la cual el niño trata de mantener la sensación de perfección es otorgándola a un objeto, que naturalmente es el padre o la madre. Y eso lo llamó la Imago parental idealizada, si consideran fantasía, el *self* grandioso y omnipotente y la imago parental idealizada.

Esto es desarrollo normal. Y el punto principal en este camino se vincula con la frustración. Es decir, la madre trata de alimentar al niño pero nunca puede hacerlo en el momento preciso, por eso siempre queda cierto nivel de frustración por más que lo alimente. Eso en un desarrollo genético normal.

Después, Kohut dijo que bajo condiciones óptimas de desarrollo, el exhibicionismo y la omnipotencia, ese tipo de fantasía, va a tomar un camino determinado.

Lo que va a ocurrir es que progresivamente va a ser integrada a la personalidad adulta y proporcionará la energía instintiva para nuestras ambiciones y propósitos egosintónicos, y va a ser un aspecto importante para la autoestima.

Entonces, esa fantasía grandiosa va a ser integrada a través de los años de una manera dosificada. Si la frustración es óptima; óptimo es difícil de definir: porque no es demasiado frustrante ni muy estimulante, para describirlo de esa forma.

Ese aspecto del narcisismo, la fantasía omnipotente, va a ser parte, va a formar y a proveer la energía de nuestras ambiciones. Las ambiciones normales necesitan un desarrollo óptimo para que puedan ser constructivas y no ser destructivas. Vamos a explicar esto un poco más.

La otra estructura psíquica narcisista, la imago parental idealizada, se va a integrar también en la personalidad adulta, introyectada como nuestro superyó idealizado.

El superyó tiene todas las características consecuentes a la internalización de los padres, particularmente desde el punto de vista de órdenes, del "no", del "sí", etcétera.

Pero la idealización, es la que va a proveer la parte, digamos, de ideales, a diferencia de las ambiciones y constituirá parte del superyó idealizado.

Este otro camino del narcisismo, que también puede describirse en términos de fantasía, corresponde a la imago parental idealizada.

Si el niño sufre traumas narcisísticos, Kohut habla de traumas narcisísticos y trauma en general, no es que la madre o el padre sean empáticos con el niño, o de repente se enojan, o lo que fuere. Tiene que ser una privación o una estimulación crónica y constante. Una enfermedad o un fallecimiento en general no provocarán un problema narcisístico grave, a menos que haya

una personalidad en el padre que tenga una relación narcisística con el chico de manera crónica y constante.

Eso es para él lo que va a provocar una personalidad narcisística, una perversión, una adicción, etcétera.

Si hay un grave trauma narcisístico que afecta al *self* grandioso o a la fantasía omnipotente, el *self* grandioso no se funde con el resto de la personalidad, con el yo. En cambio, queda retenido en forma inalterada como una fantasía arcaica, inconsciente. Y eso constantemente presiona.

Una comparación desde el punto de vista de las relaciones objetales edípicas, por ejemplo, sería comparar represiones de conflictos edípicos, que están reprimidos pero siguen actuando, generando presión y creando neurosis. Esto sería comparable pero del lado narcisístico.

¿Cuál sería la consecuencia de eso? Sería, desde el punto de vista clínico, una persona que constantemente está corriendo por conseguir algo, tremendamente ambiciosa, pero nunca conforme.

Es decir, hay una fantasía omnipotente inconsciente, que constantemente empuja. Pero el sujeto, a pesar de que pueda conseguir profesionalmente mucho éxito, permanece insatisfecho y constantemente siente la autoestima baja. Ése sería un ejemplo, si el niño experimentara frustraciones traumáticas de parte del adulto a quien admira. Ésa es una contribución de Kohut muy importante y muy clave, y que la vamos a ver desde el punto de vista clínico. Surgen problemas, idealización y admiración. Creo que hay que diferenciar una de la otra, pero él diferenciaba tipos de idealización desde el punto de vista defensivo y no defensivo, pero más y más concibió la idealización y la admiración como una formación no defensiva.

Quiero decir que, para él, siempre fue importante la posibilidad del niño de idealizar y admirar a los padres; afirmó que es importante que el padre acepte esa admiración e idealización.

Cuando el padre se siente muy conflictuado al respecto, cuando rechaza la persistente idealización y admiración, va a haber problemas en esa área. Eso tiene importancia muy especial desde el punto de vista clínico, como vamos a ver.

Cuando ocurre, la fantasía de la necesidad de idealizar un objeto también se reprime, no forma parte de la personalidad adulta, no se integra con el superyó idealizado, y éste no tiene energía, no está idealizado, hay problemas con ideales, es decir, es difícil mantener un sentido de ideales en general, y la persona constantemente busca alguien para idealizar. Y eso se ve clínicamente con frecuencia.

La persona constantemente está buscando alguien, una persona carismática o no, a la que pueda idealizar.

Cuando se establece ese tipo de relación y hay un desaire, un problema, entonces generalmente resulta una depresión, como por ejemplo cuando una persona mantiene idealizada a otra. Eso puede aparecer en parejas, en relaciones con profesores, y yo creo que es una parte importante de lo que pasa en política, desde el punto de vista de la constante necesidad de buscar un ser idealizado que va a arreglar todo.

Kohut escribió un trabajo, que no sé dónde se publicó, sobre personalidades carismáticas y la relación del individuo con esas personalidades desde el punto de vista de la idealización.

Él describió, y es de importancia para discutir objetivos terapéuticos y criterios de curación, sobre las transformaciones maduras del narcisismo.

Aparte de los dos procesos de integración, del objeto o la fantasía omnipotente dentro del yo para formar la base de la ambición, y, otra, la del *self* idealizado (el objeto *self* idealizado, que va a formar la parte idealizada del superyó), hay otras formaciones maduras del narcisismo.

Y describió también sobre una serie de transformaciones que son el aumento y la expansión del amor objetal. Estamos hablando ahora de la otra línea, la vamos a tener que discutir un poco. Kohut tiene una línea independiente del narcisismo, pero el amor objetal es también influenciado por el amor narcisístico en el sentido de percibir al objeto con carga amorosa u odio, pero el objeto en este sentido es más independiente de la percepción interna.

Parte de la transformación madura del narcisismo va a favorecer esa línea, es decir, la expansión del amor objetal.

Otra transformación del narcisismo es la capacidad de ser empáticos, eso lo vamos a discutir un poco después.

Otra transformación es la creatividad, a eso también le dio un énfasis muy importante, la capacidad de ser creativo es una transformación del narcisismo.

El humor, la sabiduría, no desde el punto de vista de información, sino la del viejo experimentado. Ese tipo de sabiduría es una transformación del narcisismo. Aceptar la muerte es una transformación del narcisismo, probablemente de las más difíciles.

Antes de referirnos a la parte clínica y patológica, ¿cuáles son las implicaciones de la teoría de Kohut en general?

No sé si están enterados, Kohut empezó a describir el narcisismo y después formó una escuela que se llamó Self Psychology, y en este momento tiene bastante popularidad en Estados Unidos, Europa y Canadá. Eso creó una serie de divisiones y gente muy crítica de esta teoría, tengo que recalcar que no estoy de acuerdo con todo. Me pidieron que hable porque conozco el tema, pero no necesariamente estoy de acuerdo con la manera que él pensaba, a pesar de que lo conocí por varios años.

Hay gente que tomó posiciones críticas muy violentas porque, como van a ver, él en realidad cambia la teoría psicoanalítica drásticamente, especialmente dos o tres años antes de morir.

¿Cuáles son algunas implicaciones, en general? El niño, de acuerdo con Kohut, es diferente del niño tal como lo concibe Melanie Klein, especialmente en que la motivación, la energía motivacional, es determinada por la estructura.

Los instintos son primordiales en la teoría de Freud y en la teoría de Melanie Klein. Kohut, más a menudo en los últimos años, los descartó como tales y afirmó que eran secundarios.

La motivación del niño es la relación del *self* con el *self object*, ésta es la unidad.

El niño nace sin estar enojado, sin ser privado –estoy hablando como él hablaría–, nace optimista. Si se vuelve pesimista, enojado, sadista o lo que fuere, es porque la familia, los padres, lo llevan a ser de esa manera.

Es decir, todo el énfasis está en la relación con los padres, no en la fantasía del niño, o cómo el niño reacciona a frustraciones. Generalmente se basa en cómo los padres lo tratan.

Cuando digo la unidad *self-self object*, es el *self* tal como él lo describió desde el punto de vista del niño.

Y el *self object* es la percepción del objeto externo, pero no percibido en forma autónoma e independiente. Y eso es una necesidad de todos, según Kohut, que empieza desde un punto de vista primitivo, es decir, el padre y la madre están percibidos, eso lo describieron todos los autores de una manera u otra: Melanie Klein, Mahler y otros.

Pero Kohut lo describe a partir de la empatía, toda su información es clínica y psicoanalítica.

Al comienzo, esa relación con los padres, *self-self object*, es una relación primitiva que a medida que el chico va creciendo, si la frustración es óptima, va a madurar. Pero eso no quiere decir que va a desaparecer.

Como adultos todos necesitamos un *self object*, es decir, como adultos todos necesitamos alguien que nos apoye, que no necesariamente va a ser percibido como una persona autónoma, independiente, y no hay nada malo al respecto según él decía.

Otro de sus énfasis es considerar el narcisismo no como negativo sino como positivo, ésta es una parte clave en su teoría. No es una defensa contra conflictos instintuales, es parte de un desarrollo genético muy importante en el individuo, que puede traer aspectos patológicos, pero eso no significa verlo como negativo.



El otro aspecto para muchos puede ser chocante en parte porque es culturalmente difícil de aceptar, a veces somos críticos de ello.

Él dice que hay gente que no tiene relaciones objetales, no tiene por qué tener relaciones objetales desde el punto de vista de tener gente percibida independientemente, autónomamente.

Hay gente que vive en su mundo, con un *self object* que le provee cierto apoyo, y ésa es su vida, y si está más o menos satisfecha para qué hay que molestarla, es una manera de vivir, es una manera de vida que es tan aceptable como cualquier otra. Y naturalmente da una cantidad de ejemplos importantes desde el punto de vista de los artistas. Los artistas son gente de creatividad y se encuentran ejemplos de eso en cantidad, es decir, hay artistas que son muy introvertidos, que no tienen mucho interés en el mundo externo y uno diría que tienen una conducta narcisista, pero que en las épocas de mayor creatividad a veces está favorecida una relación narcisista. La relación de Freud y Fliess puede ser un ejemplo de eso.

Toda la gente necesita ese tipo de relación *self-self object* para poder ser creativa.

¿Eso está claro? No es simple de procesar, pero es un punto muy importante en su teoría.

Una de las funciones del *part object* o del *self object*, cuando habla de la relación *self-self object*, es que el segundo no está reconocido como persona independiente, autónoma; desde el punto de vista interno esa persona aporta una función muy primitiva.

La función, por ejemplo, puede ser simplemente calmar, cuando estamos en un estado de ansiedad que no controlamos, cuando alguien nos pone una mano en el hombro y nos sentimos calmos, lo que puede hacer un amigo, un esposo o esposa, para él eso es una función. No necesariamente pensamos en la persona que lo hace, pero el hecho es que la mano en el hombro es suficiente para calmar.

Entonces, dice, eso es lo que hace también la madre con respecto al chico.

Óptimamente, esa función tiene que ser internalizada, o por lo menos parte de la misma, es decir la posibilidad de calmarse a sí mismo en estados de crisis por ejemplo. Es importante, hay gente que no puede calmarse por sí misma, que constantemente necesita de otra persona para poder hacerlo. Él va a decir que ése es un problema, si la madre no cumplió esa función apropiadamente cuando era chico. Constantemente necesitan una persona externa para calmarse, no hubo capacidad de internalización de esa función.

Eso es muy importante cuando veamos cómo se relaciona la parte terapéutica.

Hay una serie de cosas más que me parece que las voy a saltar, para ir entonces a la parte clínica, patológica y terapéutica. Pero quiero poner énfasis otra vez en que no se trata de una psicología de conflictos, sino de una psicología de los déficit, eso es muy importante desde el punto de vista terapéutico.

Kohut sostiene que por no haber internalizaciones, digamos en un caso patológico de estructuras narcisísticas, no hubo tampoco internalizaciones desde el punto de vista de las estructuras psíquicas.

Entonces hay agujeros en esa estructura psíquica. Es la manera más concreta en que puedo describirlo.

Parte del tratamiento es rellenar esos agujeros, y cómo se hace es lo que vamos a tratar de ver.

El tratamiento es diferente del tratamiento de conflictos. Por eso, otra cosa importante es que él describe problemas pre-edípicos, no problemas edípicos, eso hay que tenerlo en cuenta, a pesar de que en sus últimos dos o tres años él generalizó, y ahí es donde surgen los problemas.

La mayoría de su trabajo inicial era en relación con el niño y sus problemas, de probablemente 1 a 3 años y con patologías que tienen que ver con personalidades narcisísticas y con perversiones, adicciones, etcétera.

El punto de vista clínico-patológico está abordado en su primer libro, en mi opinión, su mayor contribución.

También escribió un capítulo dedicado más que nada a diferenciar estados patológicos desde el punto de vista de la psicosis, de las neurosis de transferencia o las neurosis y los estados narcisistas.

Daré un rápido esquema de las diferenciaciones. Tomando por ejemplo la psicosis, él dijo que se podría entenderla de una manera diferente, abordándolas desde el punto de vista de regresiones narcisistas en vez de regresiones de instintos.

Tradicionalmente se entendió la psicosis como que la persona tenía una catexis de amor objetal, que después regresaba a un plano de narcisismo, posteriormente había una fragmentación auto erótica, y después una restitución secundaria delirante de la realidad. Ése fue, digamos, el camino clásico de cómo entender la psicosis.

Kohut dijo que eso no era cierto, que es mucho mejor entender la psicosis como una reacción en el camino narcisístico, en vez de una regresión en el camino del objeto, catectizado, instintualizado.

En la manera como la describió hay: desintegración de formas superiores de narcisismo, ahí es donde empieza; regresión a posiciones narcisísticas arcaicas; ruptura de posiciones narcisísticas arcaicas; fragmentación del *self* y de los objetos del *self* arcaicos. Así explicó Kohut la psicosis desde el punto de vista metapsicológico. Lo que nosotros observaríamos como fenómeno psicótico corresponde a una fragmentación del *self*.

Con la neurosis, entonces, no cambió su posición. Dijo que eran conflictos estructurales acerca de impulsos libidinales, incestuosos y agresivos.

La diferencia es que en las neurosis el *self* es cohesivo y sólido. Eso permite que los conflictos oscilen en un nivel superior entre odio y amor especialmente. Es el conflicto estructurado, el conflicto de la neurosis desde el punto de vista clásico.

En cambio, de la personalidad narcisística dijo que el problema era que había perturbaciones específicas en el ámbito del *self* y de los objetos arcaicos del *self*.

El énfasis está puesto en el aspecto deficitario, que ocurre porque las fantasías omnipotentes o del *self* idealizado no están integradas dentro de la personalidad madura; son arcaicas y, como la personalidad madura y el *self* son muy débiles, no tienen la energía suficiente para actuar apropiadamente desde el punto de vista de la conducta, del sentir, etc. Ésta es una manera muy simple de tratar de definirlo.

Pero a diferencia de la psicosis, en la personalidad narcisística el *self* es todavía cohesivo, a pesar de ser débil. Quiere decir que para él las personalidades narcisísticas podrían ser analizadas también desde el punto de vista del análisis clásico. La técnica y la manera de explicarlo era diferente, pero podía ser analizado porque la regresión era tolerada.

Quiere decir que puede haber fragmentaciones del *self* mínimamente, pero eso puede ser analizado en el contexto de la transferencia narcisista. En la psicosis eso no se puede hacer porque el *self* inmediatamente se fragmenta, entonces no puede haber una regresión terapéutica desde este punto de vista.

Todo esto, naturalmente esquematizado, pero próximo a dar una noción de cómo empezaba a integrar alguna de sus ideas en tratar de redefinir los estados patológicos.

También trató de definir qué es una personalidad narcisística. No vamos a insistir sobre este punto, pero sí sobre cuáles podrían ser los síntomas de una personalidad narcisística.

Decía que uno de los principales problemas lo constituían los pacientes que venían con sentimientos de vacío y de depresión, de soledad. Gente que, aparentemente, son muy exitosos en diferentes campos, algunos tremendamente exitosos pero siempre insatisfechos, vienen con

problemas depresivos, se sienten solos, con sensaciones de vacío y les es prácticamente imposible estar solos por su cuenta, siempre necesitan a alguien con quien estar; puede no haber entusiasmo en el trabajo, no se contactan con sus emociones y claramente no son problemas de inhibición, o no son problemas conflictuales de inhibición.

No es que interiormente entren en conflicto competitivo con el padre, digamos de un profesional exitoso que recibe un ascenso y entra en depresión. Entonces diríamos: bueno, inconscientemente está en un problema competitivo con el padre que no ha sido resuelto.

Kohut diría que en una persona narcisística el problema no es entrar en competición con el padre, sino el miedo de perderlo. Como ejemplo, en una relación al presente con el jefe, éste es la representación del padre.

Pero no es competir lo que le da temor. El problema es que el jefe está idealizado, y si él se hace jefe va a perder el objeto idealizado.

No sé si siguen la comparación, ésa es la manera de pensar de Kohut.

Otro síntoma muy característico de personalidades narcisistas, en general, es la hipocondría: las preocupaciones con respecto al cuerpo.

Otro síntoma importante es la tendencia de las personalidades narcisísticas a erotizar, a sexualizar. ¿Qué es lo que sexualizan? Son los deseos narcisísticos, el deseo de tener una persona que lo admire, o el deseo de idealizar otra persona. Eso, muy comúnmente, se erotiza. Naturalmente, en las perversiones la erotización es un síntoma común. Y eso significa que tanto en la forma clínica como en la de diagnóstico tienen que ser evaluados los significados de reaseguramiento narcisístico de ciertos deseos sexuales.

Antes de empezar con las transferencias narcisísticas descritas por Kohut, y si queremos compararlas, tenemos que diferenciar cuál es el problema de ansiedad en el neurótico y en la personalidad narcisística.

En el neurótico, él diría que la ansiedad principal es la angustia de castración, o el miedo a la pérdida del amor del objeto.

En la personalidad narcisística, la angustia está relacionada con la vulnerabilidad del *self* y el miedo a la pérdida del objeto, del *self object*, porque necesitan el *self object* para mantener cohesionado al *self*.

Eso lo vamos a ver desde el punto de vista clínico: la importancia de las interrupciones cuando uno trata con personalidades narcisísticas, pues el terapeuta se convierte en el *self object* porque la angustia y la ansiedad principal es que el *self object* no va a estar ahí para, por lo menos, equilibrar el déficit narcisístico del paciente.

Kohut describió una serie de transferencias narcisísticas. Mi desarrollo será muy esquematizado, pero si uno sigue lo que describí antes no es difícil de comprender.

1) En el tratamiento hay una movilización terapéutica de la imago parental idealizada, que llamó: la transferencia idealizadora.

Es decir, el terapeuta tomará la posición de esa rama del narcisismo que él describió como el *self object* idealizado. Y eso, entonces, va a construir la transferencia idealizadora.

Ésa es la movilización terapéutica de la imago parental idealizada, una de las ramas en que se ubican las transferencias narcisísticas.

2) La movilización en la terapia o en el análisis del *self* grandioso y exhibicionista va a activar la transferencia especular. Es decir, el paciente busca del terapeuta apoyo en cuanto a que él puede sentirse orgulloso de sus éxitos, de su conducta, y no, digamos, repetir lo que los padres hacían cuando él era chico, y que no fue hecho, según Kohut, de manera apropiada.

Eso es lo que él llama el "*mirror*", es decir, como mirarse al espejo y que el espejo refleje al paciente, eso es lo que espera del terapeuta, y ésa es la transferencia especular.

Dentro de la transferencia especular, él describió tres tipos de transferencia, desde la más primitiva a la más madura. A la más primitiva él la llamó fusión arcaica a través de la extensión del *self* grandioso. Es lo que clínicamente se podría describir como lo que en general llamamos fusión, lo que Mahler llamaba fusión o simbiosis; probablemente el concepto de Bleger sería una apropiada ilustración de esta modalidad.

Hay una fusión muy primitiva en la cual el terapeuta se ve constantemente como una parte del *self*, no hay diferenciación, y hay una constante demanda, no hay algo que pueda satisfacer al paciente.

Después describió una transferencia que llama gemelar, dentro de las especulares, que es cuando el paciente se refiere al terapeuta como si fuera él, espera del terapeuta que sea una persona idéntica a él.

Eso también se ve clínicamente: se escuchan pacientes para quienes es muy importante que uno sea, actúe y se conduzca de una manera idéntica a ellos, no pueden tolerar si hay diferencias.

La última, la más madura, es la transferencia especular en sentido estricto, que es la que describí al principio. El *mirror*, la necesidad constante de que el terapeuta le diga qué bien que hiciste, estoy orgulloso. Es como si fuese una adicción, y hay pacientes que constantemente necesitan esa especie de *feed back*, si lo quieren llamar así, y cuando no aparece, hay problemas.

En los últimos años, él cambió un poco esta disposición, y prácticamente no habló más de la fusión arcaica y de la transferencia especular en sentido estricto, habló de tres transferencias, nada más. La transferencia idealizadora, la transferencia gemelar, que tomó una posición mucho más importante, y la transferencia especular. En su último libro, él reformó un poco lo que sería clínico.

Vamos entonces a los factores curativos y criterios de curación. Naturalmente, de las transferencias se puede hablar uno o varios días, las preguntas pueden ser cómo maneja él específicamente eso, y van a surgir cuando discutamos los factores curativos en el análisis o en la terapia.

Kohut afirmó que en una personalidad narcisística, cuando está en terapia, especialmente en análisis, la transferencia se ve y hay que interpretarla, y se interpreta de la misma manera como se interpreta cualquier otro tipo de transferencia.

Por ejemplo, en un caso clínico, se anuncia una interrupción, el terapeuta se va y el paciente empieza con problemas hipocondríacos dos semanas antes de irse, hipocondría y depresión, con una sintomatología paranoide.

¿Cómo lo interpretaría él? Va a decir, hay una transferencia idealizante. El paciente necesita del terapeuta en la transferencia para mantener su equilibrio narcisista. Cuando existe la amenaza de que el terapeuta se va a ir, el paciente empieza a regresar con problemas sintomáticos. Los síntomas generalmente son del tipo depresión, hipocondría e ideación paranoide.

Entonces, ¿cómo se interpreta? Se interpreta la interrupción, es decir: usted está empezando a tener estos síntomas porque sabe que yo me voy a ir y me necesita, me necesita a mí para mantener su autoestima, para mantener su integración.

Si la interpretación es adecuada, el paciente va a tener memoria de situaciones del pasado, de cuando era chico, en las que, por ejemplo, la madre se fue al hospital para tener otro bebé o se enfermó, o lo que fuere.

Eso sería una correspondencia desde el punto de vista genético, confirmatoria de una interpretación correcta.

Ahora, en la clínica cotidiana desde el punto de vista del proceso psicoanalítico o terapéutico y reflexionando nuestro día de trabajo, siempre se está al tanto de cómo hablamos, cómo



hacemos las interpretaciones, cómo se reacciona ante el paciente, el por qué éste es tremendamente sensitivo al desaire.

Por ejemplo, haciendo una interpretación con una voz fría, Kohut diría: el paciente no querrá hablar con usted por dos días. En cambio, el punto de vista clásico diría: la interpretación no fue correcta, o el contenido de la interpretación no fue correcto.

Kohut diría: lo importante no es el contenido de la interpretación sino la manera en que fue dicha la interpretación. Fue hecha con una voz fría e impersonal, eso fue lo que hizo reaccionar al paciente, no el contenido.

Siempre se tiene que enfatizar que el terapeuta es una función, una función muy primitiva, que el contenido muchas veces no tiene significado, es cómo uno habla y cómo uno se comporta ante lo que tiene significado.

Desde el punto de vista de criterios de curación, él dijo que hay transformaciones terapéuticas en el análisis de personalidades narcisísticas, una parte de la transformación es lo que describí antes. Es decir, si uno continúa con esas interpretaciones de todos esos detalles, eso va a ser la curación del paciente.

Es lo que él llama "la internalización transmutadora", cada vez que uno hace una interpretación correcta; "usted está teniendo estos síntomas porque yo me voy", y después viene el recuerdo de cuando la madre se fue, la interpretación en sí misma es para él una frustración óptima.

Kohut dice que no hay manera de darle una actualidad a lo que el paciente necesita, siempre va a haber una frustración, lo único es que ésta va a ser una frustración óptima. Por medio de la interpretación y de una reconstrucción, diciéndole al paciente por ejemplo: "Usted se siente conmigo de esta manera porque cuando tenía 2 años ésta fue la manera en que se sintió cuando su madre se fue al hospital". Entonces, esa intervención va a provocar la frustración óptima, porque el terapeuta no se queda por el paciente, de todas maneras se irá y además le está dando una interpretación.

Eso provocará una transformación interna, que él llama transformación transmutadora, y un depósito de estructuras psíquicas. Es lo que en la parte clásica sería un tipo de sublimación; acaso no sea lo más indicado pero es una aproximación.

Repitiéndolo durante varios años de interpretación, de frustración óptima, etc., la función de calmarse, la interrupción, serán algunos de los problemas que el paciente tendrá; la ansiedad vendrá porque piensa que si se va su *self object* no podrá calmarme a sí mismo, entonces empiezan todos los síntomas.

Pero si eso se hace repetidamente, hay un agregado de estructura psíquica y el enfermo empezará a poder calmarse por su cuenta, aunque sea por pocos minutos, pero se dará un proceso potenciado y se irán sumando esas experiencias. Esto es lo que él ve como el cambio terapéutico más importante.

Especialmente en los últimos dos años, Kohut no creyó que el *insight* fuera importante para el cambio en terapia. Dijo que no creía en él. Es decir, cuando uno termina un tratamiento, tratar de pensar cuáles son nuestros sueños tiene cierto valor, pero no es ahí donde realmente se expresa. Es en la transformación, internalización transmutadora, donde se da el cambio; si es eficaz, puede conceptualizarse.

También dijo que había cambios específicos y no específicos en el tratamiento.

Cambios no específicos son las transformaciones del narcisismo que mencioné al principio. En un buen tratamiento hay aumento y expansión del amor objetal. ¿Por qué? Porque hay una re-movilización de lazos afectivos libidinales, que anteriormente habían sido bloqueados tras una muralla de narcisismo regresivo.

Pero no se trata de que el narcisismo fuera defensivo, sino que era tanta la patología en el área narcisista que no había suficiente energía para relacionarse con el objeto desde el punto de

vista amoroso o del instinto. Y también porque hay más libido idealizadora para el amor. Sin duda, una característica del amor es la parte de idealización y de admiración.

Si hay problemas en el ámbito narcisístico de la parte idealizadora, va a haber problemas amorosos también.

Si eso se trabaja en el tratamiento, va a haber mayor libido idealizadora que va a hacer posible que el sujeto se sienta más confortable con el amor. Esos son cambios no específicos.

Además el *self* va a estar más cohesivo también, eso va a facilitar la relación objetal con un sujeto percibido más autónomo e independiente.

Los cambios específicos más importantes ocurren en el área de la imago parental idealizada y habrá mayor capacidad en las funciones neutralizadoras del yo.

Una de las vicisitudes de la fantasía del *self object* idealizado es formar parte del superyó idealizado, pero también tiene una función muy importante en neutralizar instintos a la altura del yo. Especialmente la tendencia narcisística de erotizar, de sexualizar; eso en las perversiones se ve claramente, y se ve también en el tratamiento clínico de las perversiones.

Es decir, constantemente los deseos narcisistas se sexualizan. Es típico de las parejas homosexuales.

Cuando se pusieron en práctica estas ideas, se observaron cambios en la modalidad de erotización porque la transferencia narcisista reemplaza todos esos deseos. Parte del tratamiento es cuando se hace el trabajo de actuación de la transferencia idealizadora, parte de esa energía ahora a disposición va a ayudar a neutralizar la parte erotizante que el paciente usa constantemente.

Naturalmente, es una descripción de un nivel metapsicológico muy alto, por eso es quizás difícil de entenderlo. Pero es una manera en que él trató de integrar la parte teórica.

Y otro importante cambio en el área de la imago parental idealizada es que el sujeto tiene los ideales más claros, tiene una percepción del futuro, de lo que le gustaría ser, de lo que le gusta creer.

Es decir, el polo idealizador está más maduro. Eso es parte del cambio.

En el área del *self* grandioso, la grandiosidad infantil se transforma en ambición madura, que es lo que estaba tratando de explicar anteriormente. En vez de ser una ambición primitiva, arcaica, el sujeto tiene ambiciones apropiadas, se siente comfortable con sus ambiciones. Su autoestima será mejor porque no está siempre tratando de considerar lo inalcanzable.

Y siente más placer en sus acciones y en sus éxitos, no necesita constantemente que alguien externo le diga que hizo un buen trabajo para que pueda sentir su autoestima elevada. Se siente satisfecho con lo que hace.

Naturalmente, esto es muy ideal, pero sirve para darse cuenta de cuáles son los cambios que Kohut espera en el tratamiento.

Los demás cambios son los que describe aparte, como maduración normal. La capacidad de empatía está mucho más mejorada, la persona puede tener sentimientos por otras personas, sin envolverlas, y puede sentir lo que al otro le está pasando; si está sufriendo, etc., puede ser un amigo más apropiado.

La creatividad también está mejorada. Una serie de descripciones clínicas de pacientes artistas en los cuales no hubo cambios en el área de la creatividad es un capítulo en sí mismo.

El humor está mucho más apropiado y la parte de sabiduría está también mejorada.

Esos son algunos de los criterios de curación, el énfasis está puesto en el área narcisista.

Quería decirles que en los últimos años, desde un punto de vista clásico, cambió mucho el criterio de curación.

Fui diciendo anteriormente que, para él, curación no es *insight*, no es tanto hacer consciente lo inconsciente, no es tratar de que el paciente haga una mejor diferencia entre fantasía y realidad. Para él eso es educativo.

Cuando uno hace una interpretación diciendo: "Usted está reaccionando con relación a mí como si fuese su padre, pero en realidad usted vio que yo no soy de la misma manera que es su padre", para él eso es educativo, es tratar de educar al paciente en cuál es la realidad y cuál es la fantasía, eso no sería curación.

Curación, según lo que dije antes, es específicamente comunicar en la transferencia, por medio de una explicación, por intermedio de la comprensión, como él dice, y después por la explicación de la experiencia que el paciente está teniendo en la situación terapéutica, y cómo se relaciona en ese sentido a otras experiencias que tuvo anteriormente.

Y la transmutación, o la internalización transmutadora, con adición de estructura psíquica por medio de lo que se realiza a nivel inconsciente, eso es lo que él llama criterio de curación, y lo mencionó especialmente en los últimos dos o tres años.

Dr. Bianchi Villelli: Están a consideración de ustedes las palabras pronunciadas por el doctor Schneider, así que quien quiera hacer preguntas puede hacerlo ahora.

Dr. Schneider: Díganme, para tener cierta idea de dónde están ustedes, si estos conceptos son muy extraños. ¿En qué están de acuerdo o en desacuerdo? ¿Qué es lo que pueden aplicar o no clínicamente?

Realmente estoy en desacuerdo con un montón de cosas que él dice, en la manera en que percibe el desarrollo del niño. Tampoco concuerdo en esa línea demasiado independiente del narcisismo y amor objetal. Estoy en desacuerdo clínicamente en cómo maneja la agresión, por su posición. Desde el punto de vista del terapeuta, si tomamos el lugar que él propone, cualquier cosa que hiciéramos está mal o bien. Es decir, siempre estaríamos pensando cómo es lo que

hicimos, con qué voz hablé, qué puede perjudicar al paciente, y eso trae toda una serie de problemas.

Por otro lado, él está describiendo cuadros clínicos que son muy importantes, y no le dábamos la comprensión y la importancia que tienen y quizás lo interpretábamos rápidamente.

Por ejemplo, cuando un paciente empieza a idealizar al terapeuta uno enseguida pensaba: "Ah, está muy enojado conmigo, está tratando de ponerme en un pedestal porque realmente está con rabia".

En este caso no admitiría la posibilidad, pero esperemos a ver qué pasa. Hay un cambio de posición sin necesidad de estar de acuerdo con lo que él dice. Yo creo que algunas de las cosas que propone son importantes clínicamente.

Intervención: Yo quería preguntarte algo que dijiste en cuanto a que no estabas de acuerdo con cómo él manejaba la agresión.

Pensaba en uno de los ítems que expusiste sobre la personalidad narcisista, que había una erotización, una sexualización del deseo narcisista, donde el objeto no era objeto discriminado sino una proyección de ese *self object*, buscado un poco calmar... en ese modelo de la función que le faltó en su infancia. En ese sentido, yo entiendo lo de la sexualización del objeto narcisista. Y ligado a la agresión, frente a lo que ocurre en Estados Unidos, donde se sexualiza mucho la violencia, en el *Thriller* mismo, en Michael Jackson, en cuanto se propone una erotización del riesgo y la violencia, no tanto de la sexualización en la medida en que hay objeto sexual, homosexual o sexual, sino en cuanto que un individuo puede tener una satisfacción con un objeto narcisista.

Dr. Schneider: Heterosexual. Puede ser homosexual...

Intervención: Puede ser... Pero mi pregunta, unida a lo que decías de la agresión, sería: ¿cómo aparecería la erotización de la violencia y cómo aparecería el modelo de Kohut en cuanto al manejo de esa agresión, de esa erotización de la agresión? No sé si soy claro.

Dr. Schneider: Erotización de la agresión, no está muy claro.

Intervención: Decías cómo se manejaba la agresión, que no estabas de acuerdo con su manejo, sería interesante que nos cuentes un poco más cómo sería el manejo de la agresión en Kohut.

A partir de ahí, ver si podemos hacer alguna discriminación, desde tu experiencia como analista en Estados Unidos.

Lo que vemos a veces desde aquí, es como si hubiese una erotización de la violencia. Y por otro lado la erotización de la homosexualidad en la relación del homosexual, en cuanto a manejo de la agresión y en cuanto a violencia del homosexual.

Dr. Schneider: Está claro. Te puedo contestar de dos maneras, desde una parte social y otra clínica.

Sobre la erotización de la violencia Kohut dijo que desarrolló esta teoría porque, por una parte, la puso en un plano social. Dijo que las patologías que estábamos viendo en los últimos años eran, especialmente en la mayoría de los casos, en el área narcisista. Y era parte de la civilización, y eso era lo que estaba pasando en la sociedad. Él trataría de explicarlo desde el punto de vista de lo social, por lo menos lo que respecta a Estados Unidos, donde trabajaba. A pesar de que llegó allí cuando tenía veintitantos años, todo su trabajo clínico fue hecho en Estados Unidos.

Él estaba respondiendo desde el punto de vista cultural, naturalmente. A eso respondería que todo ese tipo de confusión sadista, sexual, heterosexual, homosexual, la sexualización de la violencia, desde el punto de vista socio-cultural, es básicamente un problema narcisístico.

Todo eso es secundario al problema que tiene un particular sector de la población al tener un *self object* apropiado o una experiencia con un *self object* apropiado.

Naturalmente eso se idealiza. Desde el punto de vista de Jackson, se idealiza una cierta situación que es una proyección de lo que está pasando internamente.

Si eso pasa universalmente, no lo sé. En Estados Unidos ocurre por lo menos en gran parte de su población.

Y es lo que decía; cada vez se ven menos problemas neuróticos, y por eso es que yo estoy interesado. Si es por la industrialización o por un problema cultural de Estados Unidos particularmente, desde el punto de vista clínico, para él la agresión es siempre secundaria. Entonces no piensa, por ejemplo, en la clínica que yo leí de la paciente que reacciona con una serie de síntomas cuando el terapeuta se va. Naturalmente, es un paciente mío lo que estoy describiendo, tengo dos que reaccionaron de esa manera, pienso describirlo más en detalle en el curso.

En general, uno puede reaccionar de dos maneras, puede interpretar como Kohut lo hizo, y si hicieran la interpretación pueden ver que él no hace ninguna mención al paciente, que está enojado, que no se vaya.

Ésa no es mi posición, a este paciente no sólo yo le interpreté la necesidad que tenía, también consideré con qué parte de la sintomatología está relacionada... Yo no puedo tener su punto de vista.

Parte de lo que él explica es valedero para mí porque me sirve a cierto tipo de encuadre. Éstos son pacientes bastante primitivos, con una tremenda deprivación, no estoy hablando de pacientes muy maduros; éste es un paciente muy especial.

Pero también creo que, porque son primitivos, hay una tremenda furia dentro de ese modelo si el *self object* se va. Bueno, creo que eso habría que interpretarlo, hay que lidiar con ello porque la furia también está reprimida.

Kohut y sus discípulos no van a interpretar eso. Aceptan la furia que viene, pero no la buscan. Yo la voy a buscar. No sé si eso te aclara la situación.



Intervención: Sí.

Dr. Dunayevich: Creo que es imposible escapar a un problema ideológico. Hay una ideología subyacente más allá de que uno la tenga consciente o no. Y es evidente que en la teorización que nos mostraste hoy hay una cierta ideología... Como dijiste, por ejemplo, aceptar el narcisismo o aceptar la agresión.

Eso es una ideología previa, con la cual uno puede después afirmar el desarrollo o cuestionarlo.

Lo que expusiste hoy, no nos es ajeno. Por lo menos en el modelo que trabajamos en la Escuela y en el medio argentino es bastante cercano en la clínica; quizás las teorizaciones sean distintas.

Eso es lo que es llamativo, porque es como una teorización de alto nivel especulativo, neutralización de la presión, instinto, etc., con criterios que están muy cerca de la realidad pragmática y clínica. Entonces, uno se queda un poco impactado. Digamos, impactado de ver ese salto entre casi una teorización de la realidad clínica diaria, donde uno trabaja evidentemente con niveles del niño infantil y los padres idealizados que permanentemente forman parte del trabajo diario, y ciertas teorizaciones que tienen un nivel absolutamente especulativo, como sería la neutralización, la capacidad de neutralización de la energía en el yo.

Lo que quería preguntar se refiere a los criterios de curación. Tengo la impresión de que él trabajó mucho con criterios de curación en relación con las modificaciones narcisísticas en forma fundamental.

Hay todo un desarrollo objetal que prácticamente...

Dr. Schneider: ¿Es una pregunta?

Dr. Dunayevich: Sí, es una pregunta. Si hay algún desarrollo en relación con la relación objetal.

Lo que planteaste en cuanto al desarrollo narcisístico creo que es profundo. Lo otro quedó un poco desgajado.

Dr. Schneider: Porque es desgajado. Te voy a contestar de dos maneras.

La primera crítica es la que los psicoanalistas americanos le hacen a él, y siempre la hicieron. Dicen: lo nuevo que se nos está planteando, es lo que hacemos en clínica todos los días: ¿que somos muy sensibles a la parte narcisística del paciente? ¿Qué? ¿Decís que no somos sensibles? Sí que lo somos, y aparte todo clínico lo es. Eso es lo que le criticaban a él; pues decía: no, ustedes no hacen eso, no sólo no lo hacen con la precisión con que lo estoy describiendo sino que además teóricamente no estamos de acuerdo.

Y tenía razón en cierto sentido. Los buenos clínicos siempre son sensitivos a esa parte del área narcisista.

Por eso la gente se sintió muy atacada: ¿Nos vas a enseñar algo que hacemos desde hace treinta años?

Otra cosa que dijiste, respecto a la parte de relación con el objeto. El tema está desgajado porque él, especialmente los dos o tres últimos años, que es donde cambió completamente su posición, dijo que no había análisis de ninguna persona a menos que se analizaran las transferencias narcisísticas.

Incluso él cambió, y escribió el último libro que trata criterios de curación, recién aparecido. Cambió por ejemplo el complejo de castración y modificó su posición respecto al complejo de Edipo.

Con respecto al complejo de Edipo, dijo que había dos. Quién sabe, tal vez esto te puede resultar más claro. Él definió un complejo de Edipo y un desarrollo normal en el cual el chico pasa por un estadio lírico.

Todos pasan por el estadio lírico. Si es normal, no hay complejo de Edipo.

Si los padres, los *self object*, antes de los 4 años responden apropiadamente al chico, éste no irá a tener problemas con la agresión, no va a tener problemas de inhibición sexual, etc.

Pasa por un proceso edípico con actividad, con afección por los padres, pero no va a haber enojo, no va a haber agresividad, ni haber deseos de muerte, tampoco habrá problemas de sexualidad. ¿Te das cuenta que es un cambio radical?

Por eso hay ese tipo de separación. Él pone todo el énfasis en otro lado.

Desde el punto de vista clínico, lo que pasa es que vemos, por ejemplo, candidatos que están sectorizados en la parte ideológica. Yo soy parte del comité que decide la progresión de candidatos en psicoanálisis.

Veo gente que está analizada por quienes seguían a Kohut, en las cuales está analizada una parte de la personalidad, pero la otra parte, la parte del conflicto, no está muy bien analizada.

Como pasa en toda escuela, una vez que se pone énfasis en un lugar, se pierde en otro.

Dr. Navarro: Tengo dos preguntas, una teórica y otra clínica. Voy a empezar por la teórica porque tu respuesta me confundió más todavía, o a lo mejor me hizo más consecuente con lo que estaba pensando en un comienzo.

Parecería que Kohut estimaba las neurosis, o lo que iba a llevar a ella, como complejo de Edipo; dijiste complejo de castración. Para él sería el problema nuclear de las neurosis tal como pensaba Freud.

Pero además de esto, daba dos fantasías primordiales para el caso de las neurosis de las personalidades narcisistas, que correspondían a las dos imágenes del *self* grandioso y la figura idealizada.

Quiere decir que él no parece haber excluido ambas líneas, una que llevaba a las personalidades narcisistas y otra que llevaba a las neurosis y que incluían el conflicto; el conflicto edípico justamente.

A mí me pareció que no lo excluía sino que daba otra alternativa que era válida teóricamente para las personalidades narcisísticas.

En base a esto, yo quería preguntar en primer lugar si es así. En segundo lugar, como las categorizaste como fantasía, yo quisiera saber si esas imágenes del *self* grandioso y la imagen idealizada son coetáneas con el complejo de Edipo en Freud, o si son anteriores. Básicamente, ¿cuál es el referente que tiene Kohut respecto al concepto de fantasías, si es el de Klein o el de Freud? Parece que fuera el de Freud.

Dr. Schneider: Él no las describe tanto como fantasías, habla de imágenes. Yo lo traté desde el punto de vista de fantasías porque clínicamente es más útil, pero son anteriores al proceso edípico; está hablando de uno a tres años, no desde el punto de vista de Melanie Klein. Desde el punto de vista de Freud, es muy anterior.

Después, la fantasía omnipotente y la fantasía del *self* idealizado se integran como parte de la personalidad y coexisten con las fantasías edípicas, y forman o pueden formar parte del complejo edípico.

Con respecto a la segunda, decís que no hay una línea independiente. Por la última descripción te darás cuenta de que, a pesar que al principio no parecía independiente, en los últimos años lo es. Desde el punto de vista clínico funciona de esa manera.

Desde otro punto de vista, Freud, en el desarrollo metapsicológico del objeto, decía que era autoerotismo, narcisismo, amor objetal; del narcisismo se iba al amor objetal, y si había agresión se iba del amor objetal al narcisismo como etapas.

Su hincapié fue claro, Kohut no lo veía de esa manera. Una línea iba para el amor objetal y otra, para las transformaciones del narcisismo. Ésa era la línea independiente.

Desde el punto de vista clínico, tradicionalmente, por lo menos en Estados Unidos, uno entendía la psicosis tratando de formularla como regresiones conflictuales primitivas de amor objetal a narcisismo, de autoerotismo, pero dentro de conflictos entre odio, amor primitivo, etcétera.

Ésa era la teoría, por ejemplo, y sigue siendo, de Brenner, cuando escribe desde el punto de vista de regresión como explicación de psicosis.

Y él decía, no vamos a llegar a ningún lado clínicamente con eso. En clínica, la única manera de entender regresión, personalidad narcisista y psicosis, es que no son problemas conflictivos, son problemas de la línea narcisista. Él decía: hay esquizofrénicos que tienen la capacidad de tener una relación objetal, no tienen problemas conflictivos, tienen una cierta relación objetal, en la cual distinguen a personas desde cierto punto independientes, y que tienen conflictos.

Pero ahí no reside el problema, eso no lo hace esquizofrénico. Es esquizofrénico porque hay un área en la que hay una regresión narcisista, ahí es donde tenemos que aplicarlo clínicamente. No sé si esto te aclara un poco la manera en que él pensaba.

Dr. Navarro: Sí. Tengo otra pregunta clínica. Tengo una paciente de personalidad narcisista en fin de análisis, después de nueve años. Los comentarios que has hecho me han sido muy útiles. En este momento estamos con un problema, y es que se va de viaje como suele hacerlo todos los años, antes de irme yo. En este caso, que correspondería con la finalización de su análisis, se va de viaje durante dos o tres meses.

Por casualidad, la han invitado a trabajar en Estados Unidos durante ese período, lo cual hace que se modifique la fecha posible de terminación de su análisis, y queda librado a su regreso el que planteemos la terminación; no ahora, porque no sabemos a ciencia cierta cuánto tiempo va a estar ausente y tampoco cuánto más análisis va a necesitar.

Entonces, mi primera pregunta es: ¿qué pasa con este tipo de pacientes que al fin de análisis toman una distancia que desde un punto de vista podría ser interpretado como un *acting out*? Y rever si está en momento de fin de análisis o no. ¿Cómo ves esa interrupción de tres meses desde el punto de vista de Kohut? Porque tendería a verlo ahora, después de lo que pensabas como la necesidad de hacer una prueba para ver si puede estar sola, sin el objeto idealizado que siempre tuvo en mí y en parte disociado en su jefe justamente, que fue una persona a quien

idealizó por sobre todas, y que fue una de las razones por las que nunca pudo encontrar pareja. Cambió de pareja en pareja buscando un ser idealizado que nunca encontró.

En este momento lo que más valor tiene para mí como fin de análisis es justamente lo que está centrado en esta cuestión: el hecho de que finalmente encontró un hombre a quien querer, que no puede ser idealizado; esto la tiene en un conflicto muy grande.

Es una persona que tiene un ingreso muy bajo, y ella siempre fue elitista, en el amplio sentido de la palabra, siempre buscó personas con apellido, que también incluía lo económico. Desde hace varios meses, encontró finalmente un hombre que le da mucha rabia porque dice: "A este desgraciado yo lo quiero mucho y no lo puedo dejar".

Esto para mí es un criterio de curación, en cuanto a que ya está en condiciones de irse, dado que es capaz de renunciar a todos los candidatos que dentro de su ambiente podría elegir, que tienen apellido, nombre, dinero.

Y elige quedarse con alguien con quien ya sabe que va a ser relativamente pobre, pero que lo quiere y es capaz de renunciar a todos los otros por este alguien, con quien finalmente estableció una verdadera relación de objeto.

Quería que me des tu punto de vista.

Dr. Schneider: Podríamos hablar todo un día respecto a eso. Indudablemente en una situación así, yo creo que tenemos que reformar el concepto de *acting out*.

Me parece que todo el asunto de terminación está muy formulado, no sólo en personalidades narcisistas, sino en general. Creo que cada persona tiene una manera diferente de terminar su análisis.

Se han hecho trabajos de *follow up*, en Chicago especialmente, de seguimiento, en los cuales observamos que cada individuo tiene su manera especial de finalizar.

En esta situación, quién sabe. ¿Por qué *acting out*? En realidad estaría tratando de experimentar un tipo de separación de prueba, en la cual finalmente tiene un objeto con el que puede relacionarse sin idealizar demasiado, y que estaría lista casi para terminar pero todavía no demasiado segura.

Eso hay que respetarlo y tratar de no verlo sólo desde el punto de vista del *acting out*. Ver que hay una transformación importante y cómo ella está manejando esa transformación.

Hay que verlo también desde el punto de vista transferencial, qué tipo de transferencia tiene, por ejemplo. Está repitiendo lo que Kohut llamaría una maduración narcisista de un polo. Kohut habla de polos:

De un polo de ambición a otro polo de idealización, como cuando trató de separarse de la madre idealizando al padre. Como factor reparativo, en el cual el nuevo objeto puede ser un objeto más maduro para ella, pero todavía está tratando de separarse como objeto narcisístico más primitivo.

Todo eso puede caber, pero yo creo que el problema importante es, primero, que tenés que pensar en el *acting out*, que puede ser apropiada la manera como ella lo maneja. Y, segundo, todo el problema de duelo, que no creo que eso esté realmente estudiado. Cómo personalidades narcisísticas manejan terminación y duelo. En mi experiencia, no hay el duelo que habría en una persona madura, generalmente ponen una fecha, por ahí terminan en dos meses de repente, y me pregunto dónde está el duelo, y no lo hay.

De tanto en tanto ves eso, *acting out*, u otra cosa, o existe algún problema de tener un duelo adecuado que hay que respetar, y no lo vas a provocar porque no sería apropiado en ese momento.

Dr. Bianchi Vilelli: Hablando de terminar, si nos lo permiten, vamos a finalizar.

**Notas**

Trabajo publicado en la *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*,  
n° 11, 1985.