

TEORÍA DE LA RELACIONES OBJETALES

POSTULADOS BÁSICOS

De la teoría de las Relaciones Objetales, Melanie Klein desarrolla este, su principal concepto y de donde surge las demás variantes de toda su teoría. Esta teoría se sostiene en una relación diádica (madre – hijo), que se basa en la existencia de un objeto real interno, para lo que se requiere la existencia de un objeto real externo. El mundo interno supone la presencia de pulsiones libidinales y agresivas (EROS y THÁNATOS) y requiere de representaciones para ser expresadas.

Fantasías inconscientes; es la expresión mental de los instintos y, por consiguiente, existe desde el comienzo de la vida (para cada impulso hay una fantasía correspondiente).

Las fantasías son contenidos primarios de los procesos mentales inconscientes, y pueden definirse como los representantes psíquicos de los instintos: no hay acto instintivo que no sea vivido como fantasía inconsciente, aunque luego, esta puede pasar a ser un modo de defensa contra los impulsos. La fantasía tiende a considerar que el impulso se satisface efectivamente, mientras que, como defensa, considera que dicho impulso es realmente inhibido o controlado.

Crear fantasía es función del yo (Klein plantearía una constitución temprana del yo), por esto, la concepción de la fantasía como expresión mental de los instinto supone mayor grado yoico del que postula Freud. Plantea que desde el nacimiento el yo es capaz de establecer relaciones objétales primitivas en la fantasía y en la realidad.

Desde el momento del nacimiento el bebe se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos. Estas experiencias con la realidad influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente que a su vez influyen en ellos.

Las posiciones: esquizo-paranoide y depresiva; en cuanto a la primera (del nacimiento a los 6 meses), la ansiedad presente en el bebe es la paranoide y persecutoria. La realidad interna supone un mundo objetal y la realidad externa supone un mundo de personas y objetos. El niño ve objetos parciales de la madre (positivos y negativos a la vez). El mundo interno supone la existencia de pulsiones libidinales y agresivas que requieren de ciertos objetos mentales, es decir, representaciones para ser expresadas. La forma en la cual se establece es la fantasía inconsciente. En el primer año de vida las relaciones objetales son parciales; las relaciones de objeto dicen de una representación del otro cargado con afecto (con valencias positivas y negativas, es decir, amor y agresión).

La pulsión de muerte y la precocidad del yo son componentes psicológicos importantes. Klein supone que los primeros seis meses de vida existe una actividad incipiente del yo, pero coexiste con un mecanismo de defensa básico, para manejar ambas pulsiones. El bebe porta ambos elementos y entonces escinde; este es un mecanismo de defensa primitivo que ayuda al yo poner lo bueno y lo malo separado, es decir, la escisión introyecta y proyecta. La madre viene a reforzar la representación buena, de esta manera el yo se hace más consistente de lo bueno cuando la madre no viene a reforzar los aspectos agresivos y paranoides. En el tiempo el bebe tiene que aprender a frustrarse, como también se fortalece el yo cuando las necesidades están satisfechas. A mayor frustración mayor escisión.

En la segunda etapa, (6 meses a los 2 años) se habla de la relación del yo con el mundo, esta supone un yo mas estructurado y más global, el niño empieza a percibir que el objeto que ama y odia es el mismo y al mismo tiempo. Además se dé cuenta que sus fantasías pueden haber destruido al objeto madre, se encuentra presente el instinto de muerte a nivel mental en el niño, así surge la capacidad de reparar el daño potencial que se establece en la fantasía.

Aquí el sentimiento o ansiedad característica es la depresiva y además se instala la culpa. Cuando el bebe percibe a la madre como objeto total, cambia no solo su relación con ella, sino también su definición del mundo. Reconoce a las personas como seres individuales y separados y con relaciones entre sí; en especial advierte el importante vínculo que existe entre el padre y la madre, esto prepara el terreno para el complejo de Edipo.

La proyección desfigura todas sus percepciones, y cuando se percata del vínculo libidinal existente entre sus padres proyecta en ellos sus propios deseos libidinales y agresivos. Esta situación, en que percibe a sus padres en fin de sus propias proyecciones, le origina una intensa frustración, celos y envidia, ya que percibe a los padres dándose sin cesar precisamente aquellas gratificaciones que él desea para sí. De modo que en la situación depresiva el bebe no solo se encuentra con un pecho y una madre interna destruida, sino también con la pareja parental interna destruida de la situación edípica temprana.

En el curso del desarrollo variara la elección del progenitor y variaran los fines libidinales y agresivos, tanto en la elección de objeto como en la importancia de la zona libidinal. Cuando el bebé entra en posición depresiva y siente que ha destruido omnipotentemente a su madre, su culpa y desesperación por haberla perdido le despiertan el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla externa e internamente.

Surgen los mismos deseos reparatorios en relación con otros objetos amados, tanto internos como externos. Los impulsos reparatorios hacen progresar la integración.

El conflicto entre amor y odio se agudiza, y el amor se ocupa activamente tanto de controlar la destructividad como de reparar y restaurar el daño realizado, lo se basa la capacidad del yo para conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades y la armonía de su mundo interno.

Las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades de la posición depresiva. La repetición de experiencias de pérdida y recuperación, hace que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al yo. Pues en la medida en que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece cada vez más.

Una parte importante de su reparación consiste en que el bebé debe aprender a renunciar al control omnipotente de su objeto y aceptarlo como realmente es. Así queda definido el concepto de *reparación* kleiniano.

Para finalizar los conceptos principales de la teoría de Melanie Klein, creemos importante mencionar sus definiciones respecto a las distintas formas que toma el objeto (teoría de las relaciones objetales).

Objeto bueno: Junto al objeto malo, son los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la vida de fantasía del niño. La cualidad de 'bueno' se le atribuye, no solamente por su carácter gratificador, sino sobre todo porque sobre él se proyectan las pulsiones libidinales del sujeto. Objetos buenos y malos se hallan sometidos a los procesos de introyección y proyección.

Objeto Malo: La cualidad de 'malo' se le atribuye, no solamente por su carácter frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones destructivas del sujeto.

Objeto extraño: Son el resultado de identificaciones proyectivas patológicas, en las que se percibe al objeto escindido en pequeños fragmentos, conteniendo cada uno una parte proyectada del Yo. A estos objetos extraños se los siente cargados de mucha hostilidad.

Objeto Ideal: Es experimentado por el bebé durante la posición esquizo-paranoide como resultado de la escisión y de la negación de persecución. El bebé atribuye todas sus experiencias buenas, reales o fantaseadas, a este objeto ideal al que anhela poseer y con el que ansía identificarse.

Objetos Parciales: Objetos característicos de la posición esquizo-paranoide. El primer objeto parcial que experimenta el bebé es el pecho. Pronto experimenta otros objetos parciales, ante todo, el pene. Objetos parciales son: el objeto ideal (pecho o pene), el objeto malo (o persecutorio), y el objeto bueno.

Objeto Total: Se refieren a la percepción del otro como persona. La percepción de la madre como objeto total caracteriza la posición depresiva.

El objeto total es lo opuesto tanto del objeto parcial como de los objetos escindidos en partes ideales y persecutorias. La ambivalencia y la culpa se experimentan en relación con objetos totales.

PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIAS

En cuanto al psicodiagnóstico, se procura, a través de técnicas como la entrevista, o instrumentos, como las fantasías inconscientes, mecanismos de defensa, etc; establecer el estadio temprano del sujeto, es decir, si el paciente denota más bien una posición depresiva o esquizo-paranoide. De todos modos, este diagnóstico, es la principal variable del psicoanálisis ortodoxo, pues, en general, las técnicas e instrumentos para diagnosticar son parecidas.

Una vez realizado el diagnóstico, se intenta establecer la relación transferencial para, luego, poder realizar la interpretación de esta. Así, se ingresa al periodo de psicoterapia.

La psicoterapia kleiniana, no difiere mucho de la terapia normal del psicoanálisis, lo que si es importante destacar de esta corriente, es que, al desarrollar Klein sus conceptos, desde los estadios tempranos del yo (periodo pre-edípico), que se complementan a la etapa oral y anal descrita por Freud; se da la oportunidad de comenzar a abrir un nuevo foco de análisis: los niños, los bebés. Si bien es cierto, los adultos son diagnosticados según estos estadios, Klein habla respecto a la transferencia infantil que se encontraría, no en la palabra, sino en el juego. En base a esto es que actualmente, se han desarrollado un sin número de terapias infantiles de juegos, como las de Bion o de Paulina Kernberg, que si bien, no se despliegan desde la corriente kleiniana, fueron la base para estas terapias.

En pocas palabras, la teoría kleiniana hace comprender y comenzar a ver al bebe y al niño como un sujeto psicoanalizable.

Finalmente, es relevante mencionar, la creación del test de Phillipson, quién en base a la teoría de Melanie Klein, desarrolla el Test de Relaciones Objetales (T.R.O), muy utilizado en psicodiagnóstico, y que como objetivo general, intenta revelar las relaciones tempranas del

sujeto y la ansiedades y angustia que estas le traen, para así analizar el problema presente tanto para el sujeto como su relación con el entorno.

REPRESENTANTES

En general, Klein contó con el apoyo de la Sociedad Británica de Psicoanálisis, pues por los años veinte, había un creciente interés por el estudio del psicoanálisis infantil. Los autores principales e iniciales que pueden ser asociados a Melanie son Susan Isaacs, Joan Riviere y Paula Heimann quien sea hecho la portavoz de Klein, estos, han hecho sus propios desarrollos y aportes muy originales.

Existen dos analistas cercanos, Hanna Segal y Herberto Rosenfeld, pero sus disciplinas fueron disociándose a las de Klein, por lo que puede incluirseles dentro del grupo denominado neo-kleinianos.

Dentro de los muchos seguidores que integraron su Asociación, E. Roudinesco no vacila en calificar a Klein como *“maitre a penser”* (maestra del pensamiento) de la segunda generación del psicoanálisis mundial; a su vez, Julia Kristeva le consagra el segundo de sus libros dedicados al genio femenino, y la califica como *“la refundadora más audaz del psicoanálisis moderno”*.

Algunos más recientes, como Edna O’Shaughnessy, Ronald Britton, y varios otros siguen la misma línea de trabajo en Londres. Así mismo, y dentro de Latinoamérica, su principal seguidor es L. Grinberg, quien desarrolla en particular la contratransferencia.

W.R. Bion, por su parte, continuará el trabajo de Melanie Klein según sus propios intereses, para la psicosis y por lo tanto, para el pensamiento. Bion estará, dentro del grupo kleiniano, pero más como un continuador que un discípulo, preservando su independencia y demostrando siempre una gran originalidad.

ENTREVISTA: Monserrat Villavicencio

Su motivación por la teoría kleiniana, comienza desde la universidad, en las clases de psicoanálisis, tanto en lo teórico como en lo práctico. Su supervisor era kleiniano, por lo tanto,

las interpretaciones que el entregaba respecto a sus materiales, entregándole los focos de mayor atención.

Ella cree que uno debe elegir lo que a uno le hace sentido, y a ella, particularmente, esta teoría le entrega una congruencia entre lo que ha visto, pensado y sentido – “es casi como una elección afectiva... incluso las motivaciones pueden ser inconscientes” –.

Una de las razones por las que se involucra con esta, es por la interpretación transferencial, pero dice que no es la única herramienta, pues hay ocasiones en las que se puede reforzar defensas en situaciones límites.

Así también se ocupa la interpretación extra-transferencial – “a pesar de que la interpretación es acogedora, hay momentos en que uno debe apoyar y mostrar empatía” –. Aún así no está de acuerdo con que la transferencia es la única herramienta de interpretación; además muestra un desacuerdo en la teoría con elementos conceptuales – “se supone que en un principio habría una deflexión de la pulsión de muerte. Sin embargo también la teoría dice que en un principio no hay una diferenciación entre el yo y el no yo, es decir, no hay una distinción entre lo externo y lo interno...” – así, ella se cuestiona como esto se ha sustentado históricamente.

En cuanto a la pregunta del cómo se aplica la teoría a la práctica; dice que hay conceptos vitales, tales como el de posición y fantasía inconsciente y todo aquello implicado con estos dos elementos, como los mecanismos de defensa (más o menos avanzados), los tipos de relaciones objetales (parciales, totales), y son estos los aplicados en la práctica.

Lo primero que se efectúa es un diagnóstico, se realizan entrevistas en las que se trata de dilucidar cuál es la posición predominante de la persona (esquizo-paranoide o depresiva) – “... si tenemos una persona que nos habla de un mundo dividido, que excluye el otro polo... por lo tanto está ligado a la posición esquizo-paranoide [...] en tanto si me da cuenta de relaciones más totales, se puede ver que la persona tiene una aceptación tanto de los aspectos positivos como negativos... puedo llegar a pensar que hay una predominancia de estar en una posición

depresiva” – comenta que es lo primero que se intenta aclarar y que la técnica de este tipo de psicoanálisis es la interpretación transferencial – “es la regla fundamental” –.

Cuando se le consulta respecto a las fortalezas y debilidades que contendría la teoría, desde su punto de vista, comenta que la principal fortaleza es el planteamiento del inconsciente, pues es una instancia que sirve para poder comprender el por que los seres humanos tienen comportamientos racionales, una parte que la persona conoce – “¿pero que pasa cuando nos empezamos a comportar de una forma irracional” – señala que se toman decisiones que se desconoce su génesis, de ahí que el concepto del inconsciente toma un lugar central – “...me permite comprender por que una persona reincide una y otra vez en la misma elección de pareja, en hombres que la hacen sufrir...” – le sirve como un elemento de comprensión respecto a lo que le sucede al ser humano.

Respecto de la debilidad, comenta – “la que más ha enrostrado al psicoanálisis en general, y al pensamiento kleiniano en particular, es el concepto de pulsión de muerte; pues si bien Freud lo desarrolla, la teoría o corriente psicoanalítica kleiniana es la que toma este concepto...” – explica que la crítica se encontraría en una imposibilidad de trabajar con los sujetos, pues según Freud, la pulsión de muerte es constitucional en las personas – “... entonces, no tenemos mucho que hacer con este sujeto, pues estaríamos diciendo que nació así” – de todos modos, ella expresa que esto se debe a una equivocada interpretación, pues si bien es cierto que se nace con un monto de pulsión, lo que se intenta modificar no es el monto, sino, las fantasías ligadas a este.

ANÁLISIS COMPARATIVO CON OTRAS CORRIENTES

Modelo Médico, fenomenológico y psiquiatría biológica: el modelo médico se centra en la descripción de la sintomatología para un posterior diagnóstico; sin embargo, la teoría kleiniana busca a través del síntoma, un motivo inconsciente que lo provoque, mientras que el modelo médico los explica por motivos físicos y biológicos. Es por esto que el tratamiento del modelo médico incluye medicamentos y en algunos casos se acompaña de una terapia.

Enfoque Psicoanalítico: Postura Freudiana: sus semejanzas son muchas, pues la teoría kleiniana nace desde el psicoanálisis de Freud; sin embargo se aleja de este, inicialmente, por el interés kleiniano de desarrollar el análisis infantil, tema que para los freudianos ortodoxos es inconcebible.

Así, comenzaron luego diferencias respecto a términos y conceptos que se comparten, pero que son explicados de distintos modos, además de designarles disímiles importancia (por ejemplo, pulsión de muerte, el yo temprano, etc). Estas distinciones explicativas dan origen a conceptos que se desarrollan, y alejan cada vez más ambas teorías (posición esquizoparanoide, posición depresiva, fantasías inconscientes, etc.)

Enfoque Cognitivo – Conductual: es posible comparar ambas teorías (cognitiva y kleiniana) en el concepto de objeto (relaciones objetales) puesto que para lo cognitivo, es imprescindible la formación de una imagen de objeto externo que se internaliza, complementa e integra la concepción de realidad externa del sujeto. Estas imágenes de objetos se almacenan en la memoria y son evocados cuando el sujeto lo estima conveniente (según el estímulo presente). En cierta medida, esto es compartido por Melanie, quien también plantea la “internalización” de los objetos, pero, contrariamente, describe que estos objetos se tornan inconscientes, por lo que sólo pueden ser evocados en la relación transferencial, para ser interpretados.

En relación a la terapia, se puede visualizar una gran diferencia, pues el modelo cognitivo – conductual, busca en esta una reducción o eliminación de conductas desadaptativas, a través de la inhibición o modificación de conductas (actitudes) disfuncionales para el sujeto, mientras que Klein, con un modelo psicoanalítico, busca una modificación a nivel estructural del sujeto, para mejorar todos los demás aspectos. Todo esto se fundamenta en la gran diferencia del concepto de *inconsciente*, que es utilizado por la corriente psicoanalítica y que es categóricamente descalificado por el modelo cognitivo – conductual.

Enfoque Humanista – Existencial: una técnica ocupada en psicoterapia existencial, es lograr la des-individuación del sujeto para lograr una ansiedad que lo exponga a un contacto con el terapeuta y así obtener un aprendizaje del sentido y significado de la vida para el sujeto. Esto

puede asemejarse al estado transferencial de la terapia psicoanalítica kleiniana, pues el sujeto también es expuesto a sus angustias, pero sin embargo, la relación terapeuta – paciente es muy diferente. Mientras que en la terapia existencial, la persona encuentra en el terapeuta un apoyo y contacto personal, en la psicoterapia analítica, el paciente es sometido a sus angustias, donde el terapeuta actúa sólo como un contenedor de las angustias, pero no Intervendrá en ellas. Otro punto de distancia está en la intención del terapeuta existencial de enfocarse en el aquí y en el ahora del paciente, mientras que en la psicoterapia analítica, el terapeuta intenta penetrar en el inconsciente, en el pasado remoto, en los retoños de la conciencia, para, a través de los hechos pasados de la infancia, dilucidar la problemática del paciente. Una diferencia más técnica puede verse en los nombres que se le otorgan al sujeto en terapia, mientras en el psicoanálisis se habla de paciente, en las terapias humanistas existenciales se le llama cliente.

e) Enfoque Sistémico: una gran semejanza entre ambas teorías se ve reflejada en la creencia de que todo lo que ocurre en nuestro pasado se reedita o afecta al futuro (Modelo Transgeneracional) esta relación se une aún más cuando estos hechos del pasado están basados en la relación con otro, una figura primaria, pero se distancian cuando ese otro, en lo sistémico, abarca una mayoría familiar y no individual, como plantea la teoría kleiniana.

EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA CORRIENTE

Dentro de la amplia teoría kleiniana, debemos destacar ciertos aspectos que nos merecen importancia. Es así como encontramos una de las principales fortalezas (aspecto que dio origen a toda su teoría), en el interés que demostró Klein en el estudio del inconsciente infantil y así mismo, en intentar desarrollar el psicoanálisis en niños. Este interés personal, vino a representar a muchos quienes en ese tiempo, tenían la misma preocupación.

Fue así como encontró en Jones un gran apoyo.

El desarrollo de sus conceptos, fueron tan importantes como controversiales, ganó adeptos como también opositores, y fue en este punto, donde surge la mayor debilidad de Klein y su teoría; el fuerte rechazo de la sociedad de Viena (encabezada por Freud) que apoyaban a Anna Freud, su principal oponente teórica, lo que influyó en una devaluación de su teoría por muchos.

Un aspecto concurrente de crítica, fue su descripción del concepto de pulsión de muerte, desarrollado primeramente por Freud. Creemos, en este aspecto, que el concepto fue mal interpretado por la comunidad psicoanalítica, y que se le dio un mayor énfasis del necesario, quizás, con la intención de devaluar la teoría de Klein.

Pero considerando su principal fortaleza, el estudio de los niños como psicoanalista, estableció un gran aporte al plantear la transferencia infantil a través del juego. Es en base a este concepto que se han desarrollado hasta hoy en día, las terapias para niños, y el estudio del bebé más allá de las etapas del desarrollo y psicosexual; es decir, el bebé puede ser un sujeto psicoanalizable.

Desde este mismo punto de vista, se ve un poco mermada su teoría al plantear como único método de asistencia la interpretación de la transferencia. Este formato rígido de acción, implica un desempleo de otras metodologías también útiles en el proceso terapéutico.

CONCLUSIONES

Como primer punto, es relevante señalar que a pesar de pertenecer al enfoque psicoanalítico, es razonable exponerlo como una corriente dentro de este, pues si bien, los elementos utilizados son similares, sus conceptualizaciones para el campo del psicodiagnóstico, difieren y en algunos puntos pueden llegar a contraponerse.

Un hecho que llama la atención, es que frente a tantas adversidades, Klein haya logrado establecer un psicoanálisis divergente e impensado, es decir, aplicar en niños esta técnica. Si bien, sufrió duras críticas en su época, es importante reconocer la gran capacidad que tuvo para desarrollar su teoría, pues cabe destacar que Melanie Klein fue autodidacta, motivo por el cual, tal vez, se le digirió una gran contrapartida.

Melanie, continuó la labor de Freud, extendiendo los campos y conceptos de análisis, contribuyó a la descripción del mundo emocional de sus pacientes, en cuanto a las fantasías y vivencias de estos, más que intentar una precisión teórica acabada. Sin embargo, sus discípulos y seguidores lograron esto, instaurándose en la escuela de Klein, conceptos que ayudan a divergir en un tipo de psicodiagnóstico. Las observaciones de Klein, aportaron en la teoría, al cambiar la teoría, la técnica varía.

El que la expresión natural de los niños sea el juego, le permitió analizar a Klein que más que una forma de comunicación con su medio, servía de medio para controlar y expresar angustias, y así cumplir la asociación libre de los adultos; es decir, encontrar la transferencia.

El simbolismo que se desarrolla en el juego permite a Melanie analizar el tipo de relaciones de objetos que estos establecen; de ahí, su teoría de las relaciones objetales y de las posiciones pre - edípicas. En su desarrollo, el adulto evoca estas relaciones y a través del método, también utilizado por el psicoanálisis, de la interpretación de la transferencia, se podría dilucidar la posición del paciente y ayudarlo conforme a esto.

El trabajar con niños, permitió a Klein, refutar la idea freudiana de que el yo se desarrolla a partir del ello y sugirió un yo rudimentario desde el nacimiento; pues al encontrar en los niños una mayor polaridad instintiva, el yo primitivo ayudaría a defenderse de las angustias y amenazas con los objetos externos. De aquí las fantasías inconscientes. Es en este punto donde se produce la divergencia con los freudianos, pues al plantear el yo primitivo y afirmar la mayor polaridad, concluyó que el bebé tenía una carga de pulsión negativa o de muerte de mayor importancia que la planteada hasta el momento.

Es notable distinguir en Klein la capacidad analítica, la pasión por la defensa de su teoría, que le valió incluso, el rompimiento de su matrimonio y una separación irreversible con su hija. Quizás esta sea una de las mayores enseñanzas del psicoanálisis, reflejado en la figura de Klein y es que, un terapeuta jamás debe analizar a su cercanos.

GLOSARIO

Escisión: se realiza una división de lo bueno y lo malo, donde el objeto no se ve como un todo integrado

Fantasía: Son a nivel inconsciente y existe desde el comienzo de la vida.

Idealización: Se niegan las características indeseables del objeto, y el bebé proyecta en él su propia libido.

Aunque pertenece primordialmente a la posición esquizo-paranoide, la idealización puede formar parte de las defensas maníacas contra ansiedades depresivas.

Identificación: Se la considera siempre un resultado de procesos introyectivos y proyectivos

Identificación introyectiva: El resultado de la introyección del objeto en el yo, el cual se identifica entonces con algunas de sus características, o con todas.

Identificación proyectiva: El resultado de la proyección de partes del Yo en un objeto. Puede tener como consecuencia que se perciba al objeto como habiendo adquirido las características de la parte proyectada del Yo, pero también puede resultar en que el Yo llegue a identificarse con el objeto de su proyección.

Posición Esquizo – paranoide: Aquí el bebe siente al objeto como persecutorio, con objetivo de aniquilización del yo y del objeto ideal.

Posición depresiva: Aquí el bebe reconoce al objeto como total, el bebe no divide a su madre u otras personas, hay una integración.

Pulsión de muerte: Son instintos destructivos que están en nuestro inconsciente.

Reparación: Actividad del yo dirigida a restaurar un objeto amado y dañado.

La teoría de las relaciones objetales puede verse, según como la definamos, como un capítulo de la teoría psicoanalítica freudiana o como una de las versiones contrastantes de la teoría psicoanalítica que existen en la actualidad. La posición del autor se ubica en la segunda línea de pensamiento, ya que cuestiona la hipótesis de que las pulsiones impersonales a la búsqueda de descarga tensional constituyen el principal —o tal vez el único— sistema motivacional del ser humano. La teoría de las relaciones objetales plantea la existencia de una necesidad primaria de objetos, que no puede reducirse a la búsqueda del placer.

Si uno acepta la existencia de esta búsqueda primaria de relaciones, esto cambia nuestra comprensión del proceso psicoanalítico. El trabajo describe, brevemente, cómo puede verse este proceso a partir de una concepción que privilegia el vínculo analítico como factor terapéutico fundamental.

La teoría de las relaciones objetales puede verse, según como la definamos, como un capítulo de la teoría psicoanalítica freudiana, o como una de las versiones contrastantes de la teoría psicoanalítica que existen en la actualidad (Kernberg, 1976). Mi propia perspectiva se ubica en la segunda línea de pensamiento, por lo que dejaré de lado las consideraciones referentes al concepto de objeto en la obra de Freud. En particular, el concepto de “objeto de la pulsión” poco o nada tiene que ver con la forma en que se concibe al objeto en la teoría de las relaciones objetales.

El objeto de la pulsión es aquella entidad —ya sea externa al cuerpo del sujeto o parte del mismo— que permite la descarga de tensión pulsional, generadora de placer, a través de una conducta consumatoria que constituye el “fin” de la pulsión. En este contexto, el objeto es el elemento más variable de la dinámica pulsional, ya que es infinitamente reemplazable (Freud, 1915).

En cambio, cuando hablamos de objeto en la teoría de las relaciones objetales nos estamos refiriendo siempre a un “objeto humano”, es decir, a una persona, una parte de una persona, o una imagen más o menos distorsionada de éstas. Aquí el objeto deja de ser impersonal y reemplazable, para volverse intensamente personal. No es el objeto de una pulsión, un mero requisito para la obtención del placer, sino un objeto de amor o de odio, que el yo busca para

encontrar respuesta a su necesidad de relación. Y, una vez encontrado, estos sentimientos quedan tan ligados a ese objeto específico, que sólo a través de un duro y difícil trabajo de duelo podrá abandonarlo y volver a colocarse en las condiciones que permitirían una nueva elección.

Esta concepción se origina también, desde luego, en la obra de Freud, particularmente en “Duelo y melancolía” (Freud, 1917) y “El yo y el ello” (Freud, 1923). Recuerdo que un analista brasileño me dijo, en una ocasión, que “La metapsicología se murió con ‘Duelo y melancolía’, ¡y todavía la estamos duelando!”.

Por otra parte, también en “Los instintos y sus destinos” (Freud, 1915) encontramos un detallado argumento para demostrar que el amor y el odio no son en absoluto pulsiones, sino expresiones de “la relación del yo total con sus objetos”.

Una forma de definir la teoría de las relaciones objetales es afirmar que ésta pretende dar cuenta de cómo la experiencia de la relación con los objetos genera organizaciones internas perdurables de la mente. En otras palabras, se trata del desarrollo, hasta sus últimas consecuencias, de la hipótesis de que las estructuras psíquicas se originan en la internalización de las experiencias de relación con los objetos. Existe, desde luego, una interacción entre la internalización de las experiencias de relación, por una parte, y la actualización de las estructuras relacionales internalizadas, encarnándose en nuevas relaciones, que a su vez serán internalizadas. En consecuencia, la vida de relación toma la forma de un proceso circular, semejante a los descritos por los teóricos de los sistemas generales (Bateson, 1972; Foerster, 1991).

Como puede apreciarse, esta teoría permitiría integrar, en forma armoniosa, los elementos “internos” y “externos” de la experiencia humana, ya que investiga y conceptualiza la influencia de las relaciones interpersonales “externas” sobre la organización de las estructuras mentales “internas”, así como la forma en que estas últimas determinan las nuevas relaciones interpersonales que se establecen posteriormente.

Sin embargo, la antigua discusión sobre lo “interno” y lo “externo” continúa siendo una importante fuente de conflicto en psicoanálisis. En la medida en que nuestra tradición ubica el origen oficial del psicoanálisis en el abandono de la mal llamada “teoría de la seducción”, esto ha sido el origen del prejuicio que afirma que toda muestra de interés por los factores “externos” simplemente “no es psicoanálisis” (Tubert–Oklander, 1994). Éste fue el principal motivo del violento rechazo padecido por Sandor Ferenczi cuando pretendió reformular el problema teórico-clínico del efecto estructurante de las experiencias reales de maltrato vividas por los niños (Masson, 1984).

A partir de ese momento, el desarrollo de la teoría de las relaciones objetales se bifurcó en dos corrientes. La primera de ellas, iniciada por Karl Abraham (1924) y posteriormente desarrollada por Melanie Klein y su escuela (Klein, 1932; Klein, et al., 1952), enfatiza la determinación pulsional de la experiencia de la relación con el objeto y concentra su atención en el objeto interno y su efecto determinante sobre la vida posterior del sujeto. La segunda, que proviene de la obra de Sandor Ferenczi (1955, 1985), y se continúa con la de Michael Balint (1965, 1968), Donald W. Winnicott (1958, 1965, 1971), M. Masud R. Khan (1974, 1979, 1988), W. Ronald Fairbairn (1952), Harry Guntrip (1961, 1968, 1971), Charles Rycroft (1966, 1968, 1979), Marjorie Brieley (1951) y otros autores de la llamada “escuela británica”, así como también con la de Erik Homburger Erikson (1950, 1968, 1987) y, más recientemente, con la “psicología del self” de Heinz Kohut (1971, 1977, 1984), enfatiza el efecto estructurante que la relación real con el objeto y con el entorno cultural tiene sobre el psiquismo. Otto Kernberg (1976), por su parte, intenta integrar ambas versiones en una visión más sistémica de la interacción entre sujeto y objeto, entre lo interno y lo externo.

Todo lo anterior determina formas bien diferentes de concebir la naturaleza, objetivos y curso del proceso analítico. Denominaré “teoría de las relaciones de objeto”, en el contexto de esta discusión, a aquella línea de pensamiento que proviene de las propuestas originales de Freud en “Duelo y melancolía” (1917) y “El yo’ y el ello” (1923), pasando a través de las contribuciones pioneras de Ferenczi, para desembocar en las del “grupo intermedio” británico, de Erik Erikson y de la “psicología del self” de Kohut y su escuela. Esta visión destaca la importancia de la matriz interpersonal y social de la que se nutre y en la que crece la organización de la vida

psíquica del individuo. Esto por oposición al “psicoanálisis freudiano clásico” —al que considero una versión unilateral y empobrecida del complejo universo abierto por la obra de Freud— y la “teoría de la fantasía inconsciente” de Klein y sus discípulos, con su énfasis en los determinantes exclusivamente intrapsíquicos y pulsionales.

La teoría de las relaciones objetales rompe desde un comienzo con la teoría de las pulsiones al destacar otras motivaciones del ser humano, no relacionadas con la búsqueda del placer impersonal, sino con las necesidades de relación, altamente personales. Es por eso que Fairbairn afirmó que “la libido es esencialmente buscadora de objetos” (pág. 163) y no de placer. En la misma línea, Winnicott (1960) distinguió entre las “necesidades del ello”, es decir, los deseos pulsionales, y las “necesidades del yo”. De estas últimas afirmó que no es adecuado decir que se gratifican o se frustran, ya que nada tienen que ver con la búsqueda del placer como descarga, sino que simplemente encuentran respuesta en el objeto, o no la encuentran. Estas necesidades incluyen anhelos tales como el de ser visto, reconocido o comprendido, o el de compartir la propia experiencia subjetiva con otro ser humano. Cuando éstas no encuentran respuesta, la reacción emocional del sujeto no es de frustración, sino de vacío y desesperanza. Cuando sí la encuentran, lo que surge no es una experiencia de placer sino de armonía y plenitud.

El reconocer la importancia esencial de estas necesidades de relación objetal no supone en absoluto ignorar la vigencia de los deseos pulsionales —sexuales y agresivos. Estos existen, indudablemente, pero en condiciones normales sólo se manifiestan en el contexto de relaciones altamente personales. En ello, la norma es el deseo sexual como parte del amor objetal, y el deseo agresivo como parte del odio objetal, ambos indisolubles de las personas a quienes se dirigen. La lujuria y la ira impersonales sólo se manifiestan en situaciones de descomposición de la integridad de la personalidad, que permiten la operación de esos mecanismos disociados de búsqueda del placer a los que Freud denominara “pulsiones” (Kohut, 1981).

A partir de estas consideraciones, el proceso analítico ya no puede concebirse como organizado alrededor del “hacer consciente lo inconsciente”, sino en términos de una evolución progresiva del vínculo personal que se establece entre el paciente y el analista. La estrategia

básica del tratamiento consistiría en la resolución de los fenómenos de transferencia-contratransferencia y de resistencia que obstaculizan el logro de un encuentro humano pleno, novedoso, creativo y mutuamente empático entre ambos participantes en la experiencia. Y dicho encuentro constituye el principal factor curativo de todo este intercambio (Tubert-Oklander, 1981, 1994; Hernández de Tubert, 1995, 1996).

El vínculo analítico oscila, como todas las relaciones humanas, entre los polos representados por la objetivación del otro, tomado como un “objeto” a conocer, explicar, manejar o explotar, y el encuentro intersubjetivo. Los pacientes llegan a tratamiento porque, en su vida emocional, las relaciones se han deshumanizado, objetivándose, al punto de que llegan a tratar a los demás seres humanos como “cosas” a ser utilizadas para su propia conveniencia o placer. Esta degradación de las relaciones alcanza también al medio ambiente no humano (Searles, 1960), que pasa a revestir características inanimadas, y al propio ser, que se despersonaliza y desvitaliza, llegando a tornarse, en algunas de las patologías más graves, en una grotesca caricatura mecánica de un ser humano (Tustin, 1972, 1981, 1986, 1990). Lo mismo ocurre con la historia, que pierde su vitalidad, transformándose en un pasado muerto, solo susceptible de actuar como una “causa” mecánica e impersonal de un presente absolutamente predeterminado.

Ésta es precisamente la situación que debe resolverse en el curso del tratamiento analítico. A tal fin, el analista debe maniobrar para resolver las múltiples trampas relacionales que mecanizan y estereotipan el vínculo, deshumanizándolo e impidiendo aquel encuentro que reavivaría ese mundo muerto en el que se debate el paciente. A esto lo llamamos el “análisis de la transferencia”, si bien resultaría mucho más adecuado denominarlo “análisis de la transferencia-contratransferencia” (Racker, 1960; Baranger y Baranger, 1969).

El diálogo analítico comienza como un encuentro entre dos extraños, que sólo pueden percibirse como “objetos” a conocer y sobre los cuales habrá que operar, en formas más o menos racionales. Éste es el momento de máxima objetivación del otro, en el cual éste sólo puede ser explicado, pero no comprendido (Jaspers, 1946). Esta situación pronto da lugar al mutuo involucramiento de la transferencia contra transferencia. En ese momento, el analista se

encuentra con que el paciente, al igual que él mismo, si bien no son extraños tampoco le resultan totalmente comprensibles, ya que existen importantes áreas de su experiencia mutua que han sido secuestradas de la relación, operando desde lo inconsciente. De esta nueva situación busca rescatarse por medio de la interpretación. Esta última es una operación intelectual —mucho menos objetivante y despersonalizada que la explicación— que media entre estas dos personas que no han podido todavía encontrarse, actuando a la manera de un puente que los une y los separa a la vez, pasando por encima del abismo de su mutuo extrañamiento. En esta circunstancia, el paciente ya no se nos presenta con un ente impersonal a ser explicado en términos causales, ya que su presencia y su accionar nos han herido en lo más profundo de nuestra intimidad, tornando personal la relación. Sin embargo nuestras mutuas defensas nos tornan todavía extraños el uno para el otro. Es en esta paradójica situación de ser a la vez objetos totalmente ajenos y personas intensamente comprometidas en lo emocional que debemos recurrir a la interpretación, como la única forma de reunir estas dos visiones incompatibles en un todo armonioso (Tubert–Oklander, 1994). Cuando tenemos éxito, logramos pasar, tal vez sólo por breves momentos, a un nuevo entendimiento intersubjetivo, en el que el otro se torna nuestro semejante y en el que logramos comprenderlo empáticamente, sin que medie operación intelectual alguna, ni explicativa ni interpretativa.

Esto constituye una nueva vía para el conocimiento del ser humano, a la que Kohut (1981) denominara la “inmersión empática total”.

Pero estos breves encuentros pronto ceden su lugar a nuevos momentos de extrañamiento, en los que tendremos que lidiar, con todos nuestros recursos, para recuperar el contacto con ese desconocido que tenemos enfrente. Y así volveremos a explicar, hasta que nos encontremos en condiciones de interpretar, e interpretaremos una y otra vez, hasta que la repentina comprensión torne innecesarias todas estas operaciones. El proceso se desarrolla así como una espiral progresiva, en la cual cada vuelta del ciclo nos acerca un poco más a ese intercambio pleno, novedoso y creativo que denominamos la “relación real” (Greenson, 1967; Tubert–Oklander, 1991). De esta forma van cediendo los aspectos repetitivos y estereotipados de la relación, iluminando los rincones más oscuros de la experiencia de ambos y revitalizando aquellas áreas muertas e inanimadas que transforman al paciente en una especie de autómatas

causalmente determinado. Entonces el pasado y el presente cobran una nueva vida, abriendo el camino para un futuro difícil e indeterminado, pero pleno de esperanzas. Éste es el momento en el que paciente y analista comienzan, paradójicamente, a pensar en su separación.

A lo largo de todo este proceso, la relación del paciente con su familia, amigos, enemigos, vecinos y compañeros de trabajo ha sufrido también un proceso de reanimación, revitalización y rehumanización (Solís Garza, 1981; Tubert–Oklander, 1987, 1996). Lo mismo ha ocurrido con sus relaciones consigo mismo, con su cuerpo, con la comida, con sus necesidades físicas y emocionales, con el trabajo, con la sociedad y con su entorno físico y ecológico. Si esta evolución ha resultado exitosa, ya no le resultará posible deteriorar impunemente el medio ambiente, actuar en formas deshonestas o abusivas con sus semejantes, explotarlos en el terreno sexual, agresivo, económico o narcisista, o aceptar pasivamente unas condiciones de vida inadecuadas o un trabajo enajenante. En otras palabras, se habrá convertido en una mejor persona, si bien esto no deja de provocarle problemas, ya que se encuentra ahora mucho menos adaptado a un medio poco adecuado para la existencia humana. Pero allí donde acaba la adaptación pasiva a la realidad, se inicia el largo y difícil camino de la adaptación activa, a través acciones transformadoras de ese entorno inhóspito.

Camino que no es fácil ni agradable, y que implica una larga lucha y un arduo trabajo pero, al fin y al cabo, ¿no es ésta, acaso, la esencia de la vida humana? Espero haber logrado transmitir, en esta breve comunicación, algunos de los aspectos esenciales de la forma en que concibo el desarrollo de un proceso analítico, en el contexto de esa particular concepción del ser humano a la que denominamos “teoría de las relaciones objetales”. Confío en que esta particular versión de lo que hacemos en nuestro trabajo clínico cotidiano, nos dé la oportunidad de abrir una enriquecedora y vital discusión acerca de cómo concebimos nuestra profesión.