



Facultad de Psicología.

Trabajo Integrador Final.

# **La clínica psicoanalítica a partir de Winnicott y Kohut: las necesidades y la transferencia.**

Ensayo.

Autor: CHIOCCA, Rafael Fausto.

DNI: 42325974.

Legajo: C-6065/8.

Tutor: Ps. PALAVECINO, Andrés.

2024.

**ÍNDICE**

Resumen y Palabras clave	3
Introducción	4
Desarrollo	6
Clínica	6
Defensa	9
Necesidades	11
Transferencia(s) e intervención(es)	13
Reflexiones finales	19
Referencias bibliográficas	21

## RESUMEN

El presente ensayo, enmarcado en las obras de Donald Winnicott y Heinz Kohut, identifica algunos contrapuntos a partir de los cuales, ambos autores, ampliaron, nutrieron y enriquecieron la teoría psicoanalítica en general en términos de comprensión, explicación y analizabilidad. De una manera transversal, el recorrido parte de las manifestaciones clínicas que recurrieron en el trabajo con sus pacientes, no solo desde un nivel descriptivo (semiológico) sino también en su respectivo nivel dinámico (defensivo). Luego, se explica el valor y la utilidad que tiene el concepto de necesidad en la obra de ambos autores y la diferencia que se marca con respecto al término deseo. Y, por último, se destacan las configuraciones del campo transferencial y las formas, prudentes y fértiles, de elaboración e intervención que hubieron de desarrollarse. En las reflexiones finales, según la solvencia, formación y desempeño del analista, se afirma la importancia que tiene la capacidad de leer y distinguir a las necesidades, por un lado, y al deseo, por el otro, como dos grandes motivaciones que, a su vez, dan cuenta y son expresión de dos grandes formas de sufrimiento psíquico: el déficit y el conflicto, para de esa forma sostener una concepción de "cura" que oriente decisiones posibles.

**PALABRAS CLAVE:** Winnicott - Kohut - clínica psicoanalítica - necesidades - transferencia.

## LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA A PARTIR DE WINNICOTT Y KOHUT: LAS NECESIDADES Y LA TRANSFERENCIA.

### INTRODUCCIÓN

Enmarcado en las obras de Donald W. Winnicott (1896 - 1971) y Heinz Kohut (1913 - 1981), la labor consta en destacar las configuraciones del campo transferencial del trabajo clínico con sus pacientes y puntualizar allí qué características desbordaron, en algún punto, la formación freudo-kleiniana de ambos, es decir, cuáles son los contrapuntos que se logran divisar y justificar. Contrapuntos que nutrieron y enriquecieron, cada uno con su estilo, la teoría psicoanalítica en general y que, en mi parecer, trazaron un punto de inflexión que renovó y amplió el trabajo clínico fundamentalmente en términos de comprensión, explicación y analizabilidad- brindándonos un mayor alcance.

Fue Bjorn Killingmo (1989) quien introdujo en el seno de la clínica psicoanalítica el distingo entre *CONFLICTO* y *DÉFICIT*, y que aquí retomo para darle mayor fluidez a los operadores. Sea por la vía del aparato psíquico freudiano (instancias en permanente estado de transacción) o sea por la vía del mundo interno kleiniano (posiciones inexorables en el vínculo con el objeto), en ambos casos lo remitido al campo transferencial fue, y en algunos casos aún lo sigue siendo, un conflicto: ora entre instancias, ora entre pulsiones y defensas, ora entre fantasías, ora entre afectos.

En cambio, Winnicott y Kohut se encontraron con manifestaciones clínicas que metapsicológicamente mal estarían llamadas “sintomáticas”, en las que el vacío, la carencia, la desligadura, la orfandad se impusieron. Lo identificado en aquellos casos no fueron conflictos según lo dispuesto, sino déficits según lo carente o empobrecidamente brindado. Como forma de adelanto podemos esbozar: en Winnicott (2019a), las regresiones que el marco terapéutico facilitaba, un paciente suyo que refería, por ejemplo: “*Siento que me encojo y salgo rodando detrás del diván*” (p. 342); y en Kohut (1990), la desusada labilidad a los fracasos, desilusiones y desaires, de una paciente que refería: “*¿Cuánto de mí misma es mío, y cuanto es de T.?*” (Elson, p. 284).

De esta manera, nos valem de dos coordenadas psicodinámicas que permiten leer con mayor precisión y rigor la clínica: por la vía del conflicto, la *REPRESIÓN* como defensa de base; por la vía del déficit, la *DISOCIACIÓN* como defensa principal. Siguiendo a Rafael Paz (1977a), si sostenemos que existen “familias” de mecanismos defensivos, podríamos decir que la represión encuentra su precursor evolutivo en la disociación. ¿Qué contingencias

contribuyeron a que el desarrollo quede adherido a tales formas de organizar la experiencia?  
¿Cómo se llega a tales conclusiones labradas durante el análisis?

Tal como el título dispone, tres son los ejes a profundizar. Por un lado, el *trabajo clínico* y las vicisitudes que toma según la particularidad de quienes consultan: estos escenarios ¿qué impresiones generan? ¿qué manifestaciones recurren? ¿qué contenidos presentan? Luego, las *necesidades* que nos llevará a adentrarnos en las producciones teóricas de ambos autores: ¿Qué utilidad aporta a la teoría valerse de dicho término? ¿En qué difiere ella del deseo? ¿Son Narciso y Edipo dos formas de conocer? Por último, la *transferencia*, su definición y sus formas de configuración: ¿Cómo podemos repensar y resituar la noción clásica de la misma según otras formas de establecimiento y elaboración? Vale aclarar que los ejes están anudados de tal manera que plantear uno de ellos irremisiblemente implica recurrir a los otros.

En definitiva, a partir de tales puntualizaciones, es de interés no sólo invitar a pensar las formas de intervención sobre la transferencia que hubieron de generar formas fértiles de tratamiento con sus pacientes, sino -y, sobre todo- sintetizar las conceptualizaciones teóricas formuladas a partir de sus desempeños. Para finalizar podría decirse: el *self* (sí-mismo), sus formas de constitución y sus modos de funcionamiento en la salud y en la patología según una base capital: las necesidades y sus satisfacciones. Yendo del final hacia el principio, indago sobre las necesidades como elemento fundante en la estructuración del sí-mismo, el rol que cumple el medio ambiente en la satisfacción de ellas y sus posibles actualizaciones y formas de trabajo, si el marco lo dispone, en el vínculo transferencial.

## DESARROLLO

### Clínica

En términos clínicos, dado que en parte la intención del presente trabajo es marcar los contrapuntos a partir de los cuales se pueden leer en el Psicoanálisis una clínica ampliada y renovada, la tripartición freudiana de la inhibición, el síntoma y la angustia puede ser tomada como un buen disparador. Freud, a lo largo de sus obras, adoptó como modelo psicopatológico a las neurosis de transferencia. Casi cronológicamente puede leerse, a partir de diversas y variadas formaciones del inconsciente, la siguiente secuencia: formaciones mayormente desagradables para los pacientes (síntomas e inhibiciones), seguidos por los actos psíquicos de pleno derecho (sueños), continuados por los tropiezos cotidianos (*lapsus*, olvidos y recuerdos) y culminando con las expresiones más creativas y sublimadas (chiste). Todas y cada una de ellas son subsidiarias de un funcionamiento psíquico que tiene a la represión como mecanismo defensivo de base. Dicho de otra manera, la represión es condición de posibilidad de cada una de estas manifestaciones que sirven como *vías regias* de trabajo clínico con los pacientes.

Rápidamente podríamos definir, siguiendo a Freud (1988b), a la inhibición como una "limitación normal" de las funciones yoicas (pensamiento, locomoción, alimentación) y a los síntomas como una "desacostumbrada variación" de aquellas funciones. Desacostumbrada por el anacronismo que supone la fijación a determinadas formas de satisfacción pulsional que, fantasías mediante, encuentran sustitutivamente una descarga en el síntoma. A su vez, las características de tales síntomas (conversiones histéricas, evitaciones y reaseguramientos fóbicos, pensamientos y ceremonias obsesivas) son las siguientes: son displacenteros para el yo, son repetitivos (insisten), el yo es impotente para librarse de ellos, y, por último, el yo termina adaptando su vida a él (extrae una ganancia secundaria). Finalmente, la angustia, es el afecto *par excellence* de la obra freudiana. Si bien, desde el inconsciente las mociones que pulsan por ser satisfechas versan sobre una ambivalencia constitutiva entre el amor y el odio, las defensas nada pueden hacer contra ellos. Freud (1987b) fue claro en este punto, es decir, la represión "fuerza y desaloja" a los representantes, pero nada puede hacer contra el afecto. Este último puede variar su intensidad: aumenta, disminuye. Puede trasladarse de una huella a otra: se desplaza, se condensa, mas nunca puede eliminarse.

Se divisan en la obra de Freud dos grandes formas de concebir la relación entre angustia y represión. La primera de las versiones plantea a la angustia como consecuencia inmediata de la represión, se trataría en este caso de un afecto "huérfano" de representación. La otra teoría, que complementa a la primera, plantea una relación inversa es la angustia como

“señal ante el peligro” (desprendimiento traumático) quien convoca a las defensas (entre ellas a la represión) para proteger al yo de desequilibrios económicos mayores.

Pues bien, asumiendo el riesgo de ser ágiles y expeditivos en la explicación de las vicisitudes metapsicológicas, subrayamos la presentación clínica de los pacientes freudianos bajo el lema: inhibición, síntoma y angustia. Las preguntas que caben realizarse en consonancia con el introito son: ¿Qué psiquismo está en condiciones de elaborar, por ejemplo, un síntoma? ¿Quiénes de los consultantes cuentan con el aplomo necesario para lidiar con su angustia? ¿Qué de esa serie inhibición – síntoma – angustia sobrevivió a Freud y sobrevive en la actualidad?

El eje de la clínica para Freud fue el par complejo de Edipo - complejo de castración. Sin embargo, en Winnicott y Kohut el centro de las teorizaciones no fue lo “profundo” del personaje de Sófocles, Edipo Rey. Todo lo contrario, el eje fue lo “primario” del joven Narciso, nacido de la pluma de Ovidio, desesperado por encontrar una fuente que lo espeje. Si la tríada freudiana de inhibición, síntoma y angustia está nucleada por el accionar defensivo de la represión y el conflicto de base que supone, las manifestaciones clínicas que ahora señalaremos están nucleadas, valga la paradoja, por la disociación, denunciando lo deficitario de tales constituciones psíquicas. No se malinterprete, la idea del trabajo no es tirar por la borda la fructífera obra de Freud. Al contrario, es reconocer que la sutileza y riqueza de sus lecturas psicopatológicas distan bastante de los pacientes que posterior a él siguieron acudiendo al análisis y ni hablar de las consultas que se presentan en la actualidad. Apreciado en perspectiva, las problemáticas edípicas (triangulares) terminan resultando “logros” o “lujos” frente a la hipolibidinización narcisista.

Winnicott, por ejemplo, señaló como principal afecto no a la angustia de castración, sino a una variable particular de ella definida como “inconcebible” o “de aniquilamiento”, más cercana al desborde panicoso (derrumbe), si se quiere. Por su parte, Kohut, identificó como principal afecto a la vergüenza y el dolor que ella trae aparejada. A su vez, en tanto la misma está “desestimada”, las consecuencias clínicas pueden adoptar o bien un temple más ensordecedor: la ira (furia), o bien más aletargado: la abulia (desvitalización).

Con respecto a las inhibiciones, podríamos encontrarlas en la clínica si estuviéramos en presencia de una instancia yoica adecuadamente consolidada. Por el contrario, estos autores descubrieron serias carencias en la consolidación de dicha instancia. Lo comprometido en su trabajo clínico fue el *self* de los pacientes. El mismo, a grandes rasgos, es una especie de continente del psiquismo, una base sobre el cual se edifica. Es decir, si el suelo de las necesidades básicas está “resuelto”, las instancias yoica y superyoica irán

estructurándose. Aquí aún estamos en estadios pre-genitales del desarrollo. Estadios en los que la continuidad del ser se mide en base a las satisfacciones que el ambiente dispense con respecto a las necesidades primarias. El ambiente al que me refiero siguiendo a los autores, por su parte, no es vivido como “objeto” en cuanto tal, aún no está configurado ningún registro de alteridad. Sino que es vivido como parte del sí mismo. Kohut mismo planteó que la investidura que recibe el objeto es narcisista: un objeto que es *self*. De este modo, se comprende que el bebé viva las expectativas del otro como ambiciones propias y que sienta la serenidad y aplomo del otro como propios recursos y capacidades. Winnicott señaló que de nada sirve, en estados primarios del desarrollo, abordar al bebé separado de su ambiente, es decir, de su madre. Ambos constituyen una unidad indisoluble entre la dependencia del niño y la devoción (que recuerda una obra de Bouguereau) de la madre. Por lo tanto, según los interrogantes del presente apartado, de qué limitación del yo podemos hablar si las expresiones psicopatológicas hacen mella en instancias pre-yocias del desarrollo psíquico. Nos encontramos, en contraparte, con un desborde y una impulsividad extremas. Justamente, lo que aquí no se encuentran son limitaciones sino que predomina el acto por sobre la espera, la voracidad sobre la relación, la inestabilidad y discontinuidad por sobre la constancia y consistencia.

¿Y el síntoma? Winnicott diría que la clínica, por ejemplo, con pacientes fronterizos, está marcada por una pobreza simbólica que lleva a los pacientes a “llenarse de estímulos” por sentir corrosivo el vacío que padecen. Hagamos un breve paréntesis e imaginemos a Dora que recorría las galerías de Dresde y contemplaba la belleza de las obras de Rafael con las cuales después soñaba. O al “hombre de las ratas” que se juramentaba pagar una deuda (2,80 coronas) que nunca había contraído. Allí sí hubo retorno sustitutivo de satisfacciones infantiles, entiéndase, reprimidas. En cambio, si la disociación es el eje, no hay retorno de nada: todo está descubierto ya sea la pobreza simbólica o la falta de historia. Se comprende de esta forma a la vergüenza como afecto central, a saber: lo “pudendo” que no puede ser tapado (“cubierto”), salvo pagando el precio de gravosas patologías. Siguiendo a R. Paz (1977b) el predominio de lo fáctico de tales personalidades convierte en lábil y maleable a su propia identidad. Es decir, no estamos en presencia de oscilaciones o rebajas en el sentimiento y en la estima de sí, estamos frente a fallas fundantes (subráyese para apartados subsiguientes) de los mismos. De una manera general pude decirse que la falta de significatividad de sus relaciones (amorosas, de amistad, laborales, recreativas) y la masividad con la cual “saltan” de una en otra le otorgan las prótesis o las muletas, para ser generosos, de hacer algo. Sí, se lee bien:

de hacer algo, no de ser alguien. Son lo que hacen, y hoy en día de formas más decadentes, son el video que consumen o la pose que muestran en las redes sociales.

## Defensa

Un paciente de Winnicott, luego de haber atravesado un análisis estéril durante largos años, le dijo en sesión: *“Solo me sentí esperanzado cuando usted me dijo que no tenía esperanza, y continuó con el análisis”* (2015a, p. 198). Saliendo de la concretud de semejante testimonio, la lectura que podríamos hacer de ello es que no fue el afecto del analista el que sostuvo el trabajo, sino su “supervivencia”, subráyese dicho término. Esta intervención adopta una línea afirmativa con el propósito de establecer contacto con la parte disociada (replegada) del paciente, evitando caer en alianzas con los aspectos “sobreadaptados” del mismo. Esta viñeta viene a colación para introducir con más precisión el término disociación.

Es pertinente, para que el camino no devenga sinuoso, realizar una breve digresión técnica y teórica con respecto al empleo del término disociación. Consultando el diccionario de R. D. Hinshelwood (1992), fue Melanie Klein quien introdujo en el Psicoanálisis el término *escisión* (o *disociación* como prefiero llamarlo en este trabajo) del objeto y no del yo como hubiera de realizarlo Freud acerca del estudio de las perversiones. Esta última, consecuencia del mecanismo de la desmentida, radicaba en la coexistencia (patológica) de dos creencias con respecto a la percepción de la castración: “existe” y “no existe”, o más claro aún, “existe, pero aun así”. En cambio, la particularidad del aporte kleiniano reside en que la separación de los aspectos “buenos” y “malos” del objeto, enjuiciados desde el autoritarismo infantil acerca de sus experiencias de gratificación y frustración, no resulta ser más que una proyección de los aspectos libidinales y tanáticos de sus propias pulsiones originarias. Por lo tanto, en la primerísima configuración del mundo interno para Klein, desde la inexorable posición paranoide como esquema de funcionamiento, se logra identificar un mecanismo defensivo evolutivamente adecuado, la disociación, que combate y busca elaborar una ansiedad específica: la paranoide o persecutoria. Ahora bien, notamos así que, evolutivamente, la disociación es un mecanismo primigénito e ineludible en el funcionamiento del psiquismo; y, libidinalmente, es la defensa paradigmática del erotismo oral. No “la boca”, sino la oralidad como modalidad de vinculación incorporativa (pasiva - 1ria. y activa - 2ria.) del mundo.

Leído de esta manera, se entiende que tanto la represión en Freud como la disociación en Klein (2013), provocan un clivaje o tabicamiento psíquico. La diferencia podemos identificarla, además de lo anteriormente consignado, que mientras la disociación cliva o tabica al objeto de una manera “vertical” y masiva, es decir, lo bueno elimina a lo malo y viceversa;

la represión cliva o tabica a la personalidad psíquica de una manera “horizontal” y ya no masiva, es decir, desaloja, pero no elimina. Psicoevolutivamente, las formas “verticales” de defensa deberán (si el medio acompaña) ir cediendo su lugar a formas mayormente “horizontales” de la misma. Es decir, se debe producir el paso del predominio de la disociación hacia el de la represión. Ello no se logra sin antes ubicarnos en una nueva posición llamada depresiva, a partir de la cual la anterior separación del objeto en “bueno” y “malo” se unifique reconociendo la existencia de un solo objeto (que *me* satisface y que *me* frustra sin dejar de ser el mismo) concomitante a la progresiva integración y desarrollo del yo en base a la reintroyección asimilativa de los aspectos (pulsiones) proyectados. Entiéndase por asimilación al fundamento “nutricio” que posee el creciente enriquecimiento, vía símbolos, de la vida psíquica al adoptar una mayor consciencia (discriminación) y responsabilidad (reparación) en el vínculo con el objeto. Asimilación que se contrapone a cualquier otra forma de incorporación parasitaria u orbital.

Si en el tabicamiento vertical se separa al objeto según un principio económico de satisfacción (oral - cutáneo), en su variante horizontal, más saludable y adecuada, se separan los procesos inconscientes y preconsciouses - conscientes en la estructuración de la personalidad psíquica ya no solo por el placer o dolor que la vivencia *me* despierta sino contemplando la realidad que se impone.

Ahora bien, qué de todo ello puede leerse en las obras de Winnicott y Kohut. En términos básicos, la disociación conserva su sentido fundamental: la separación de aspectos con la característica, psicótica, de ser rígida. Si evolutivamente supone un mecanismo esperable desde el inicio de la vida, su persistencia y fijación en períodos subsiguientes del desarrollo denota patología. Lo que varía desde estas otras teorías, labor clínica mediante, es la sede en la que se logra identificar tal modo de funcionamiento. Si para Freud lo disociado fue el yo y para Klein lo disociado fue el objeto, para estos autores lo disociado fue el *self*.

En Winnicott (2015a), lo disociado es el *self* en términos de “verdadero” y “falso”. El falso *self*, sede de muchas de las características semiológicas y psicopatológicas antes descritas, encubre y oculta al verdadero *self* fundamento de la espontaneidad de la persona. La razón de su ocultamiento, en términos etiológicos, es el déficit de aportes medioambientales que no favorecieron el gesto espontáneo del niño (expresión de necesidades básicas) en períodos sensibles de su desarrollo, sino que fue sistemáticamente interrumpido y coartado por las exigencias (desproporcionadas) del ambiente. Entiéndase, la falta (o “exceso” en algunos casos) de aportes suficientemente buenos por parte de la madre o el adulto quien cumpla tales funciones. La disociación entonces justifica la distancia excesiva que hay entre

las necesidades no satisfechas, “congeladas” (verdadero *self*), con respecto a la irrealidad, futilidad y viscosidad desplegada y caracteropáticamente reafirmada (falso *self*). La razón que explica psicodinámicamente tal accionar defensivo es motivo de análisis en los siguientes apartados. Sin embargo, podemos adelantar una fórmula simple: si el ambiente no se ofrece a leer y atender las necesidades del bebé alimentando su omnipotencia ilusoria, es él mismo entonces quien se ofrece a las necesidades del ambiente, deformándose. La línea evolutiva existente que parte del par dependencia – cuidado y culmina en la integración se ve profundamente alterada. Lo “deformado” es la continuidad del ser (*self*) que está naciendo, hecho no menor.

Por su parte, en Kohut (2015) la disociación también es incluida en el seno del funcionamiento del *self*. En este caso, dada la estructura “bipolar” que lo caracteriza, la defensa logra mantener distanciados (es decir, no cohesionados) los aspectos polares del mismo: las ambiciones y los ideales, de los que debieran devenir estructura yoica y superyoica respectivamente. En los casos deficitarios, los trastornos narcisistas que son los que estamos delineando, la ambición queda adherida a un período de omnipotencia mágica y se convierte en una necesidad de exhibicionismo burdo, obsceno que plantea como “posibles” a metas desproporcionadas. Y los ideales permanecen fijados a objetos externos tiránicamente idealizados. Es decir, lo disociado en este caso, sirve de fundamento (e indicio clínico podríamos interpretar) de los defectos del desarrollo del *self* que paran en fallas de la estructuración de las instancias psíquicas.

En resumidas cuentas, trazando un paralelo con la literatura, podríamos decir que los pacientes de Freud son propios de las de ensoñaciones y reflexiones de una novela de Proust (“*Le baiser de ma mère*”), mientras que los pacientes de Winnicott y Kohut parecen estar salidos de obras de Ionesco (“*Le roi se meurt!*”) o de Beckett (“*Et Godot? Nous ne savons pas*”).

## **Necesidades**

Quedó pendiente, según el introito, justificar la tensión planteada entre dos conceptos medulares de las teorías indagadas. Aquella señalada entre las necesidades, por un lado, y el deseo, por el otro. Siguiendo a Winnicott (2019c), las necesidades (en plural) preceden la capacidad del sujeto (o del paciente) de constituirse o devenir deseante, dado que las mismas nos remiten a un período fundante, primario, de constitución y relación con el propio cuerpo a costillas de la “preocupación (devoción) materna”. Es decir, al plantear el término necesidades

hacemos foco en una fase pura y exclusivamente narcisista del desarrollo del psiquismo que será la base o el sostén de desarrollos y adquisiciones posteriores.

El autor marca la diferencia con respecto al deseo, dado que éste último supone la posibilidad de o bien ser satisfecho (apaciguado) o bien, verse frustrado en el intento. De hecho, toda la teoría y clínica freudiana se dirigen en esa línea. Freud (1986), en 1900, definió al deseo como aquella moción o tendencia que parte del *displacer* y busca obtener placer reestableciendo el objeto de la vivencia de satisfacción primera. Dicha conjugación (entre lo que se espera y lo que se obtiene) siempre estará destinada al fracaso, de allí el margen continuo que sostendría al deseo. Se justifica, de esta manera, toda la producción acerca de las fantasías neuróticas en tanto “reservas ecológicas” que añoran tiempos pasados que supieron ser mejores.

El deseo se engendra a partir del desalojo (castración) de una posición “privilegiada” (narcisista) en el vínculo con nuestros padres. Ahora bien, para ser “desalojado” de la misma primero tenemos que haberla ocupado previamente (“ser un héroe como papá o una princesa como mamá” siguiendo la ironía de Freud). En esta línea se enlazan las necesidades al narcisismo, y Winnicott nos advierte: o se satisfacen o no se satisfacen. No existe la idea de una necesidad frustrada. La necesidad frustrada remite al vacío, pero no al residuo o margen deseante del neurótico, sino al vacío aniquilante de un narcisismo lacerado o lábilmente constituido. Satisfacer una necesidad es darle continuidad al desarrollo. No satisfacerla es interrumpir al mismo forzando futuras deformaciones, por ejemplo: el falso *self* en Winnicott o la jactancia de los narcisistas en Kohut.

Las tres grandes necesidades que señaló Winnicott (2015b) como base capital del *self* fueron: la integración (mente-cuerpo), la personalización (vigor y vitalidad) y la relación de objeto (acceso al “uso” veremos más adelante). Cada una de las necesidades tiene su propia vía expedita de satisfacción: el *holding* (sostenimiento), el *handling* (manipuleo) y el *object presenting* (presentación de objetos). En Kohut (1979), también tres son las necesidades del *self*, a saber: el espejamiento (polo de las ambiciones), la admiración (polo de los ideales) y la “comunidad silenciosa” (arco de tensión de talentos y habilidades). Necesidades, aclara el autor, que nos acompañan durante toda la vida, variando su expresión de formas arcaicas hacia formas más maduras y tolerables.

Resulta interesante que ambos términos (necesidad y deseo) contengan implícita una definición de salud. En Freud, mientras en la búsqueda de realización de deseo estén conservadas la capacidad de amar y trabajar, todo marchará bien. En Winnicott y Kohut, la noción de salud es subsidiaria del tipo de convivencia que se establezca con el medio ambiente

y que de ella depare la constitución del *self*. Por lo tanto, si el *self* es narcisista por definición, la salud para estos autores redundaría en características tales como: ser personal, responsable y creativo (Winnicott) o mantenerse cohesivo, vital y armónico (Kohut).

Dado que estamos frente a configuraciones distintas del sufrimiento psíquico, distintas serán también sus manifestaciones clínicas (como hemos visto) y distintas serán las formas de trabajo y elaboración posible a partir de la transferencia (como veremos ahora).

### **Transferencia(s) e intervención(es)**

Resulta pertinente partir de la definición de transferencia labrada por Freud (1987a) en 1905, allí planteó:

Las transferencias son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico (...) Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. (p. 101)

De la misma me interesa subrayar algunas “condiciones”, por llamarlas de alguna manera, que nos permiten reconocer si estamos en presencia del establecimiento de una transferencia o no. En primera instancia, la noción de “reedición” o de “recreación” nos lleva a pensar que se trata de una operación que por segunda vez se consume. Lo editado (de manera infantil, fantasmática) que se vuelve a editar en el marco de un análisis. De igual manera, lo creado (de manera infantil como expectativa) que vuelve a crearse en el marco de un análisis. Esto nos lleva a reivindicar el eje del mecanismo defensivo de la represión que supone como su tercer tiempo de funcionamiento el retorno de lo que fue o lo que se tuvo y ahora resurge de forma manifiesta, no necesariamente consciente, para el paciente.

En segunda instancia, el carácter inexorable que posee dicha configuración, poderosísima, con la cual se trabaja. En la expresión freudiana, precisa y notable, “no puede menos que” estamos advertidos que esa recreación se hará presente en algún momento del curso de un análisis. No es posible eludirlo o soslayarlo. Incluso más, todo vínculo humano está supeditado a la posibilidad de realizar y/o padecer una transferencia (entiéndase metapsicológicamente, invertir o ser investido). La diferencia radica en los alcances y límites éticos y legales que enmarcan nuestro desempeño profesional.

Tercero, el mecanismo básico de la transferencia allí figura y es la “sustitución” de un objeto (su respectiva investidura precisamente) por otro: del edípico al analista. Aquí nos detenemos en un área importante de lo que será identificado como contrapunto con Winnicott y Kohut. La constitución del objeto no puede ser psicolibidinalmente supuesta; de hecho, Freud

nunca lo hizo. La constitución del objeto según los modelos (anaclítico y/o narcisista) es subsidiaria de la constitución del yo en cuanto tal, es decir, el primer objeto es uno mismo.

Esto supone que los pacientes que a Freud acudían, neuróticos (que para el presente trabajo nos interesa destacar), se hallaban fijados a un punto del desarrollo psíquico en el que estos logros se hubieron consumado. Por lo tanto, los objetos y afectos que reverberaban en la transferencia eran principalmente el amor y el odio en sus versiones infantiles (anacrónicas): solo hay en dicho estadio del desarrollo psíquico *un* objeto masculino y *un* objeto femenino: *papá y mamá*.

Cuarta y última consideración, la “actualidad” con la que se vive la transferencia en tanto vínculo, si bien puede resultar espinosa resulta ser no menos necesaria. La actualidad de una seducción y rivalidad edípica, por ejemplo, son obstáculos (a pesar de...) aunque al mismo tiempo resultan ser los mejores aliados (a través de...) de nuestro trabajo. Tal como reza aquel principio freudiano: nadie puede ser ajusticiado *in effigie* ni *in absentia*. Es decir, no se puede elaborar (combatir) lo que no se ha establecido previamente. No se llega a “reencauzar el curso del afecto” (para ser fieles al Freud de los *Estudios*) si no nos encontramos frente a frente (*vis à vis*). Los grandes historiales freudianos resultan ser testimonios de tales emprendimientos según lo dispuesto, por ejemplo, en Dora (su amor hacia el “padre impotente”) o en el “hombre de las ratas” (su ira contra la sentencia de un “padre despiadado”).

En definitiva, para sostener la noción, metapsicológica, de transferencia es necesario suponer cuatro términos: el retorno de lo reprimido, su carácter ineludible, la sustitución y la vigencia del afecto movilizado. Tanto Winnicott como Kohut, tal como se va advirtiendo en los ejes previos, tomaron una considerable distancia con los preceptos clásicos. Mientras que Freud “profundizó” en los aspectos conflictivos de dicha sustitución, estos otros autores “repararon” en los aspectos deficitarios de la misma. De acuerdo a los planteamientos del paciente, no se hallaban envueltos en una tragedia edípica, siendo una madre castradora o un padre terrible; al contrario, se encontraban atormentados (y considérese tal descripción) por un drama narcisista: eran el “espejo” que fracasó o la “idealización” que cayó cuando no debía. En Freud, el analista en tanto objeto venía a ocupar el lugar de uno significativo, previamente consolidado. Ahora bien, si ni siquiera podemos suponer una adecuada y saludable constitución del *self*, en tanto base del psiquismo, lo que surge en transferencia más que una sustitución, al decir de un gran docente, es una necesidad de “adopción”. No se sustituye lo que no se tuvo o solo se tuvo pobremente. En estos casos, se lo reclama y exige vorazmente.

Clásicamente, la transferencia servía, en determinado punto del análisis, a los fines de la resistencia. A partir de estos autores, dado que nos situamos en estratos patológicos del narcisismo arcaico, lo “resistido” es la transferencia misma. Es decir, la capacidad de investir un objeto. Objeto en estos niveles, que forme parte del *self* abrigando la esperanza de hallar la satisfacción que fue sistemáticamente, “acumulativamente” al decir de Masud Khan (1991), denegada. Desde esta perspectiva, salirse libidinalmente del autocentramiento narcisista que los trastornos suponen y acceder al planteamiento de una transferencia, según modalidades distintas a las neuróticas claro está, es un logro. De esta manera, estaríamos más cerca de la noción fairbairniana de la libido como “buscadora de objetos” más que de satisfacciones.

Kohut (2015) dirá que la posibilidad de hallar una “constancia objetal” que la transferencia ofrece frente al “hambre” que presentan estos cuadros resulta ser un componente amortiguador. Nos permite salir, dice el autor, del sopor y el tedio de los comienzos de sus tratamientos y así lograr contacto con los aspectos mayormente disociados del paciente, entiéndase, ocultados, escondidos, maquillados, “congelados”.

El nombre que reciben estas transferencias, en Kohut, en primera instancia fueron el de “transferencias narcisistas” para luego ceder su nombre a otro “transferencias objeto-*self*”. En Winnicott, podríamos postular el nombre de “transferencias tempranas” a aquellas que nos confrontan con los estadios de mayor dependencia del paciente. En ambos casos, lo actualizado no es un deseo sino una necesidad en su realidad más concreta del término. Es importante subrayar esta evaluación de la transferencia como “logro” en este tipo de cuadros clínicos, dado que según Winnicott (2019b), entrar en contacto con los aspectos disociados (verdadero *self* del paciente) no es sin pagar el precio de padecer una regresión pronunciada y penosa a un período de dependencia inicial. Sin embargo, la misma no podría darse sin antes establecer “confianza” en el marco analítico (*setting*) y la presencia del analista. Parafraseando al autor, regresar y tomar contacto con las necesidades congeladas e insatisfechas, en su dimensión más cruda, supone en algunos casos tolerar que el paciente, de pronto, se duerma y se babee en sesión o que se acurruque en el sillón y se moje y ensucie encima. Reitero, ese estado de “desnudez” ante la carencia no se da sin la confianza en el tratamiento. Llegar a ese punto ya constituye un progreso o un avance en el análisis.

La tarea que se impone ahora es contrastar diferentes modos de intervenir sobre estos dos grandes parámetros. Las transferencias características de las neurosis, por un lado, y las transferencias características de los trastornos narcisistas, fronterizos y esquizoides, por el otro.

Freud mismo se encargó de formalizar una ley o regla fundamental que regule el proceder ante las demandas, amorosas, por ejemplo, del paciente. La llamó regla de abstinencia. En otras palabras, Freud (1988a) sostuvo que deben dejarse subsistir “añoranza y necesidad” de las mismas para que el análisis recoja sus fines curativos. Abstenerse no supone ser un analista de hielo, indolente. Abstenerse implica no actuar la transferencia, por ejemplo, interpretando el material que despliega la misma. El Dr. Horacio Etchegoyen (2014), en su manual de técnica psicoanalítica, definió tres parámetros a considerar para que una interpretación sea considerada tal: la información, la significación y la operatividad. Constituye una interpretación en el sentido analítico del término, si ofrece al paciente una información (saber) que le pertenece más allá de que no sea consciente de la misma, por ende, dicha información debe ser: veraz, desinteresada (no sugestiva), y pertinente (en *timing*). Segundo, la interpretación “traduce” el material emergente, por lo tanto, ofrece un nuevo círculo de significaciones o sentidos posibles. Y, por último, dicha toma de consciencia o significado, debiera promover algún cambio en la consecución del análisis.

¿Y en Winnicott y Kohut? ¿Cómo sostener y elaborar las transferencias? Recapitulando parte de lo anticipado, las intervenciones deben proseguir una línea “afirmativa”, no interpretativa, al menos en primera instancia. La interpretación “levanta” el velo que colocan las defensas, y en cuadros donde el sentimiento y la estima de sí se encuentran tan menoscabados se corre el riesgo de hacerle vivir al paciente tal comunicación como un ataque, una ofensa o una invasión, reforzando aspectos paranoides hasta el momento latentes. Winnicott diría que, en estados regresivos del tratamiento, interpretar es inconveniente: el paciente lo vive como una “retaliación” o “represalia” por parte del analista en la que se reactiva el trauma precedente, es decir, se recrudecen las faltas de respuestas suficientemente buenas de sus necesidades.

Las formas, no sé si llamarlas correctas pero sí prudentes y fértiles de intervención se dirigen en las siguientes líneas. En Winnicott (2013), si lo que el paciente busca es el “regazo”, hay que otorgárselo. Figuradamente, pero hay que contenerlo (*holding*). Los estadios regresivos resultan ser retornos a fases del desarrollo en donde el bebé (en este caso el “paciente-bebé”) intenta poder “ubicar” al objeto fuera de su zona de fenómenos subjetivos (ilusorios). Es decir, hay que permitirle al paciente (¡por primera vez!) crear y descubrir al objeto como otro distinto de sí. Dicha creación y descubrimiento suponen la “destrucción” del objeto; en transferencia, es la destrucción del analista, que es quien debe “sobrevivir”. Su presencia, su calma, su *holding* son los que permitirán labrar una construcción *a posteriori*. Sobreponer su narcisismo e indignarse ante un estado semejante del paciente aborta cualquier posibilidad

de integración del *self* entre lo verdadero (cuerpo anestesiado) y lo falso (pensamiento “prostituido” o sobreexplotado).

En esta línea, “sobrevivir” los embates regresivos de un paciente en transferencia significa no tomar represalias ni invadir el estadio actualizado, al estilo de: “¡despiértese por favor, esto no es Psicoanálisis!”. Solo la supervivencia permitirá arribar al “uso” del objeto, no en un sentido manipulatorio (sujeto a las propias proyecciones), sino en el sentido de relación y reconocimiento de la alteridad que el mismo impone. Únicamente, “usando” al objeto se instituye la capacidad de amar. De esta manera, luego de una tempestuosa regresión, a Winnicott le reconocía un paciente suyo: *“Ahora sé que usted es capaz de analizarme”* (2019b, p. 385)

Kohut (1993a), si bien emplea conceptos distintos, se dirige por la misma línea. Si el trastorno narcisista, líricamente, llora sus penas y exhibe su hambre de objetos-*self* que satisfagan sus necesidades de belleza, poder y perfección, por carecer de respuestas ambientales empáticas, pues entonces brindémosle, transferencialmente, la empatía que busca. Este término, semánticamente, nada tiene que ver con el uso que cierta tradición psicologista o subjetivista le otorgaron en los últimos años. La empatía, nos dice el autor, es una herramienta clínicamente necesaria (aunque no absoluta luego veremos por qué) en la que el analista, nuevamente en transferencia en tanto objeto-*self* del paciente, debe ofrecer su pensamiento y su sensibilidad a los fines de comprender el sufrimiento interior de la otra persona, su paciente. Allí reside la noción “vicaria” del término.

Igualmente repararemos en un punto, tal como nos advierte Kohut (1993b). Ofrecer la empatía, hasta el momento no gozada por el paciente, no significa que se esté “actuando” la transferencia. Al estar fijados en estadios fundantes del psiquismo, se encuentran acentuados los aspectos pre y para-verbales de la comunicación humana, por ende, la empatía puede ser ofrecida, mediante, por ejemplo: una mirada cálida y contenedora, un tono de voz sereno y aplomado, con el humor, etc. La empatía en tanto unidad terapéutica básica (comprensión-explicación) sirve a los fines de lograr una “frustración-óptima”. La misma, por un lado, no cede ante las exigencias narcisistas, aunque, por el otro, sí promueve (gracias a la internalización de las respuestas transferenciales) una estructuración del *self* con mayor vitalidad, cohesión y armonía. Tal como se lo agradeciera un paciente: *“Su presencia es un baño de agua caliente”* (2015, p. 131).

Resta preguntarse por el éxito de tales coordinadas. No pienso, ni creo, que ninguna técnica ofrezca garantías absolutas; la dinámica y las contingencias de nuestro trabajo nos invitan a ser humildes. De igual manera, me parece original como invitación al lector, si a la

clínica se dedica, que pueda extraer sus propias conclusiones. Las técnicas son generales y los estilos particulares, el tiempo dirá...

## REFLEXIONES FINALES

Partimos con la intención de identificar y respaldar un contrapunto en la clínica psicoanalítica y, como principal reflexión modestamente, lo hemos hecho. Cada uno de los ejes fue lógicamente desmenuzado a los fines de permitir entender las razones de elección de estas dos grandes obras.

De hecho, allí reside el sentido del uso del conector “a partir de” que figura en el título del presente trabajo. Efectivamente existió una ampliación, nutricia y fértil, de la clínica psicoanalítica que en la actualidad se encuentra más vigente que nunca.

Claro está que la capacidad de lectura de las coordenadas presentadas con respecto a las problemáticas narcisistas y deficitarias dependen, al decir freudiano, de la formación que posee el analista. Formación que debiera sostener el trípode siguiente: la formación (y ¡amplitud!) teórica, el sostenimiento del análisis personal y la supervisión. Alguna vez se dijo que el alcance de un análisis depende de los recursos con los que cuente el profesional tratante. Si los recursos son una responsabilidad ética que nos corresponde, y que asumimos en cuanto tal, seguramente se brindará un mejor y mayor servicio a los consultantes, evitando caer en llanuras o superficialidades, o peor aún, en posturas impertinentes o desencajadas.

Me quedó sensiblemente presente la definición de “salud” que se desprenden de las obras escogidas. Salud que indefectiblemente, si en la clínica nos posicionamos, nos exige plantear junto a ella la noción de “cura”. Las mismas deben ser el horizonte hacia el cual tienda nuestra labor. Epistemológicamente, muchas cosas se pueden decir sobre dichos conceptos, aunque la materialidad de nuestra labor impone, en la toma de decisiones, otro ritmo y otra capacidad resolutive.

Quiero decir que, válidamente, existirán líneas institucionales o profesionales que se “revelen” ante cualquier búsqueda que “clausure” a la salud o a la cura en alguna fórmula determinada, al estilo de “No me interesa curar” o “La cura viene por añadidura”. En definitiva, a mi modo de leer, resultan ser soluciones de naturaleza histérica, dada la *belle indifférence* de tales comentarios. No son más que poses.

Lejos me encuentro, sin embargo, de querer reivindicar cierto ejercicio del Psicoanálisis “profiláctico” o “rectificador”, como si de maneras preestablecidas se debieran aplicar las mismas recetas para todos los casos de igual manera. Solo se llega a la salud, según estas teorías, si transferencialmente sabemos reconocer cuáles son las motivaciones que se van configurando en el campo de trabajo. Si logramos advertir, en el mejor de los casos, deseos, o si logramos identificar en él a las necesidades. De allí, la tensión tomada de la literatura griega, que atraviesa el cuerpo del escrito, a saber: Edipo y Narciso como dos formas de

conocer. Si uno “se arrancó” los ojos ante el saber, al otro “no le dieron más” que los ojos para saber.

Siguiendo a Joyce McDougall (1993), autora afín a estos planteos, podríamos rematar: ¿Cómo hacer oír una palabra a Narciso sino oye más que con los ojos? Las respuestas a tamaño interrogante intentaron ser ensayadas previamente: ya sea mediante la empatía, ya sea mediante la supervivencia... ¿Del analista? No solamente. Al tratarse en este campo de al menos dos, la empatía o la supervivencia también es de la relación analítica. Si “cura” del latín “*curare*” significa “cuidar”, cuidemos la relación, en todo sentido, con nuestros pacientes.

Chiocca Rafael Fausto  
Primavera del 2024

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Elson, M. (comp.) (1990). Capítulo 14: Experimentar emocionalmente la comprensión de la vulnerabilidad. En: *Los seminarios clínicos de Heinz Kohut* (pp. 266-288). Buenos Aires: Paidós.

Etchegoyen, H. (2014). El concepto de interpretación. En: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (pp. 364-376). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1986). VII. Sobre la psicología de los procesos oníricos (1900). En: *Obras Completas, tomo V* (pp. 504-613). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1987a). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905). En: *Obras Completas, tomo VII* (pp. 1-109). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1988a). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (1915). En: *Obras Completas, tomo XII* (pp. 159-175). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1987b). Conferencia 23: Los caminos de la formación de síntomas (1917). En: *Obras Completas, tomo XVI* (pp. 326-344). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1988b). Inhibición, síntoma y angustia (1926). En: *Obras Completas, tomo XX* (pp. 71-165). Buenos Aires: Amorrortu.

Hinshelwood, R. D. (1992). Diccionario del pensamiento kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu.

Khan, M. (1991). *Cuando llegue la primavera: tomas de consciencia en el Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.

Killingmo, B. (1989). Conflict and Deficit: Implications for Technique. *International Journal of Psychoanalysis, volume 70*, 65-79. Traducción castellana revisada por el Colectivo GRITA.

Klein, M. (2013). Envidia y Gratitud (1957). En: *Obras completas, tomo 3* (pp. 181-241). Buenos Aires: Paidós.

Kohut, H. (2015). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. y Wolf, E. (1979). Los trastornos del self y su tratamiento. *Revista Psicoanalítica de APdeBA, volumen I*, 331-359.

Kohut, H. (1993a). El efecto curativo del análisis: reevaluación del proceso terapéutico por la psicología del sí-mismo. En: *¿Cómo cura el análisis?* (pp. 127-168). Buenos Aires: Paidós.

Kohut, H. (1993b). Papel de la empatía en la cura psicoanalítica. En: *¿Cómo cura el análisis?* (pp. 251-278). Buenos Aires: Paidós.

McDougall, J. (1993). Narciso en busca de una reflexión. En: *Alegato por una cierta anormalidad* (pp. 269-301). Buenos Aires: Paidós.

Paz, R. (1977a). Capítulo 4: El enfermar como proceso. En: *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos* (pp. 131-173). Buenos Aires: Nueva Visión.

Paz, R. (1977b). Capítulo 5: Los cuadros clínicos. En: *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos* (pp. 175-280). Buenos Aires: Nueva Visión.

Winnicott, D. W. (2019a). Replegamiento y regresión (1954). En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 341-350). Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (2019b). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico (1954). En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 371-391). Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (2019c). Preocupación maternal primaria (1956). En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397-405). Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (2015a). La distorsión del yo en términos de *self* verdadero y falso (1960). En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (2015b). La integración del yo en el desarrollo del niño (1962). En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 73-83). Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. W. (2013). El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones (1968). En: *Realidad y Juego* (pp. 145-157). México: Gedisa.