

# Hacia una clínica del narcisismo

Luis Hornstein

## Resumen

*La clínica del narcisismo tiene demandas apremiantes y nos confronta con los enigmas del paciente actual: oscilaciones intensas de la autoestima y del sentimiento de identidad, desesperanza, apatía, hipocondría, trastornos del sueño y del apetito, ausencia de proyectos, crisis de ideales y valores, identidades borrosas, impulsiones, adicciones, labilidad en los vínculos. Esta clínica sólo puede ser abordada desde el paradigma de la complejidad. Puede haber un desequilibrio neuroquímico pero lo que siempre habrá será la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones histórico-sociales y las vivencias.*

Palabras clave: *Narcisismo, depresión, patologías narcisistas, identificación, complejidad.*

¿Las patologías del narcisismo están bien atendidas? Los especialistas, ¿estamos actualizados o seguimos como si el mundo no hubiera cambiado? ¿No serán viejos nuestros paradigmas? ¿Cómo es hoy nuestra subjetividad? ¿Un mecanismo de relojería, como lo era en el siglo XVIII? ¿Una entidad orgánica, como en el XX? No. Hoy la metáfora para nuestra subjetividad es un flujo turbulento.

La clínica actual jaquea al psicoanálisis. Pero también lo jaquean sus rémoras teóricas, entre ellas, la oposición tajante entre lo infantil y la realidad exterior. El vivenciar actual no sólo se enseorea cuando el aparato psíquico es lábil.

Cuando se dice que alguien es narcisista quizá estemos diciendo muy poco. ¿En qué aspectos tiene labilidad narcisista, en qué momentos los tiene? Y si es un narcisismo pasajero, ¿por qué vino y por qué se va? Hubo una época en que todo debía pasar por los primeros meses de vida, porque allí (era una suposición simplista más que errónea) había pasado. Y allí volvía a pasar. Cuanto más atrás, más profundo era el psicoanalista, confundiendo lo

arcaico con lo eficaz. Si algo indica la clínica contemporánea es que hay autoorganizaciones que no son sólo resignificaciones sino modificaciones de la organización previa. Freud sostenía que no se declara un incendio localizando el sitio en que se declaró y contentándose con apagar ese único foco.

Un error teórico-clínico es no tener en cuenta las series complementarias (*suplementarias*, si queremos ser más precisos). Además de repetitivo, el presente es novedoso, es creativo.

La constitución subjetiva es una psicogénesis y a la vez una sociogénesis. Una teoría del sujeto debe dar cuenta del pasaje-proceso desde la indiferenciación narcisista hasta la aceptación de la alteridad y del devenir. Lo hará concibiendo al sujeto no sólo identificado sino identificante; no sólo enunciado sino enunciante; no sólo historizado sino historizante; no sólo pensado sino pensante; no sólo sujetado sino protagonista; no sólo hablado sino hablante, no sólo narcisizado sino narcisizante.

Ufanos, íbamos por el mundo con el *tener* y el *ser* diferenciados. Cada quien sabía quién era y qué buscaba. Esa internalización, que era el paradigma, hoy es un *corsé*, porque nadie está ya, si alguna vez lo estuvo, tan *internalizado*. Más bien estamos sostenidos. Sostenidos por nuestra historia individual pero también por los vínculos y por nuestros logros; y por lo histórico-social y sus diversos espacios. He ahí el nuevo paradigma. *El sujeto es un sistema abierto autoorganizador porque los encuentros, vínculos, traumas, realidad, duelos lo autoorganizan y él recrea aquello que recibe.* Gracias a la teoría de la complejidad, lo actual (esta palabra insiste) va tomando otro lugar, en la teoría y en la clínica. Un bucle autoorganizador reemplaza la linealidad causa-efecto por la recursividad. Los productos son productores de aquello que los produce.

¿Cuáles son las condiciones de producción de la subjetividad? Cuando uno se hace la pregunta, está dispuesto a escuchar aportes de la biología, la historia, la sociología, sin caer por ello ni en biologismo, ni en sociologismo, ni en historicismo, porque todos estos *ismos* son reduccionismos.

El sujeto sólo es pensable inmerso en lo socio-histórico entramando prácticas, discursos, sexualidad, ideales, deseos, ideología y prohibiciones.

Lo que está de moda es hacer declaraciones contra el reduccionismo... para caer en el eclecticismo blando. No le escapo al diálogo. Psicoanálisis, cognitivismo, bioquímica, genética y lo histórico-social pueden colaborar en un proyecto común. Le escapo al reduccionismo, es decir a la simplificación excesiva en el análisis o estudio de un tema complejo. A los reduccionismos, porque cada disciplina tiene el suyo. Para la *ideología reduccionista en biología (biologicismo)* las problemáticas narcisistas serían consecuencia de la constitución genética. Se les niega cualquier papel a las problemáticas psíquicas, sociales, históricas. La *ideología reduccionista en psicología (psicologismo)* hace oídos sordos a los aspectos biológicos y a los socio-históricos.

La ideología reduccionista en biología tiene varias consecuencias graves. Primero, sirve para desmentir los problemas subjetivos y sociales atribuyéndolos a lo biológico. La violencia en la sociedad moderna no tendría que ver con la sordidez del racismo, el desempleo, la brecha entre riqueza y pobreza extremas. En segundo lugar, si se trata de individuos violentos, por su constitución bioquímica o genética, ¿por qué preocuparse por las injusticias sociales o por las formas enfermantes de convivencia?

Muchos de nuestros psiquiatras biologicistas se han enrolado, con no disimulado entusiasmo, en esta ideología bajo la mirada complaciente de los laboratorios, complacencia que se manifiesta con generosos flujos de fondos.

En la última década los avances en la ciencia de los genes y del cerebro han sido apabullantes. Pululan los genes. Hay un gen para cada aspecto de nuestras vidas, desde el éxito personal hasta la angustia existencial. Genes para la salud y la enfermedad, para la criminalidad, la violencia, la orientación sexual *anormal* y hasta el *consumismo compulsivo*. Y donde hay genes, la ingeniería genética y farmacológica ofrece paraísos de salvación a sujetos hambrientos de fe.

Se propugna una relación causal directa entre el gen y la conducta. Un hombre es homosexual porque tiene un *cerebro gay*, que a su vez es producto de *genes gays*; alguien está deprimido porque tiene los genes *de* la depresión. Hay violencia en las calles porque la gente tiene genes *violentos* o *criminales*; la gente se emborracha porque tiene los genes *del* alcoholismo. Y si el

ambiente acepta este reduccionismo es porque se ha resignado a no encontrar soluciones integrales a problemas integrales.

La clínica del narcisismo no puede ser abordada sino desde el paradigma de la complejidad. Puede haber un desequilibrio neuroquímico pero lo que siempre habrá será la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones histórico-sociales y las vivencias.

Las neurociencias y las ciencias sociales cuestionan al psicoanálisis. El psicoanálisis, cuando es pusilánime, se encierra y deviene un sistema esotérico de creencias. Pero cuando se atreve a estar vivo, responde a los cuestionamientos y cuestiona también él. La causalidad biológica y la cultural pueden confluir en la causalidad psíquica pero no reemplazarla. No es posible ninguna inferencia lineal entre lo que se sabe del cerebro y la subjetividad. Hay fronteras. Para todos hay fronteras: para el psicoanálisis y para las neurociencias. Allí no abunda la bibliografía sino el desafío de crearla. *La clínica, las lecturas y el horizonte epistemológico* proveen recursos para civilizar las fronteras. El intercambio es más necesario que nunca, evitando cierto discurso psicoanalítico autosuficiente que pretendió sentarse en sus laureles viviendo a costillas del pasado.

Fundamentarse en Freud no es garantizarse en Freud ni menos que menos atarse a él. Hoy estamos obligados a pensar el psicoanálisis, con la física, la biología, las neurociencias, las ciencias sociales, la epistemología de hoy. No con las de Freud.

Como anticipé, entre los muchos reduccionismos, predomina el biologicismo. Se da por sentado que las patologías narcisistas son solamente biológicas. Se oculta que no son ajenas a ellas fenómenos como el desempleo, la marginación y la crisis en los valores e ideales. En las patologías narcisistas podemos ver los efectos de los duelos masivos y traumas devastadores que hacen zozobrar vínculos, identidades y proyectos personales y colectivos. La autoestima y la identidad se resquebrajan cuando la sociedad *maltrata* al sujeto y se desmantelan aquellos soportes necesarios para la perdurabilidad de la vida psíquica. La degradación de los valores colectivos incide sobre los valores personales, instituidos en la infancia pero siempre resignificándose. ¿Cómo recuperar una credibilidad apuntalada por convicciones éticas compartidas y compartibles? Prevenir las problemáticas narcisistas es favorecer la inserción en proyectos colectivos, transformando la apatía escéptica en protagonismo.

Esta falta de una brújula ética no puede sino hacer tambalear la autoestima, la identidad y los estados de ánimo. Y como la falta de ideales parece irremediable, ineluctable como el huracán o la lluvia, la sociedad entera (no sólo los laboratorios) ofrecen al sufriente soluciones mágicas. Los útiles medicamentos antidepressivos se convierten así en artificiales píldoras de la felicidad y en un medio carcomido por la droga los pacientes se vuelven *toxicómanos legales*.

Hace tiempo que perdimos el paraíso. No aspiramos a abolir los huracanes sino a evitar que los huracanes nos arrasen. No aspiramos a vivir sin incertidumbre, pero por encima de cierto monto es imposible imaginar un futuro.

En el dispositivo clásico (profesional-paciente), médicos, psiquiatras, psicólogos y visitadores sociales tendrán que abandonar el reduccionismo profesional, el refugio en lo que se sabe, y asomarse a los otros saberes. Hasta ahora se ha intentado metabolizarlos atómicamente, en el mano a mano profesional-paciente. Pero el sujeto no es un átomo social, sino una subjetividad encarnada y socializada, biológica y simbólica.

La clínica actual nos interpela y exige debates insoslayables referidos a la teoría y clínica del narcisismo: relación realidad-fantasia; teoría del sujeto; sistemas abiertos o cerrados; series complementarias (historia lineal o recursiva); infancia: destino o potencialidad; identidad y autoestima; narcisismo patológico y trófico: consistencia, fronteras y valor del yo; relación verdad material — verdad histórico-vivencial — realidad psíquica (en la infancia y en la actualidad) diversidad de dispositivos técnicos (estrategias o programas). Estos debates configuran la trama conceptual de que disponemos para aliviar el sufrimiento propio del padecimiento narcisista.

El narcisismo se le presenta a Freud multifacético: fase libidinal, aspecto de la vida amorosa, origen del ideal del yo, construcción del yo. Integra diversas corrientes: la de la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros, la pretensión de dominar y negar la alteridad, el predominio de lo fantasmático sobre la realidad. Por eso el término *narcisismo* posee varios sentidos: por un lado, la indiscriminación entre el yo y el otro, por otro, la regulación del sentimiento de estima de sí, así como el interés exacerbado por la identidad.

*El narcisismo patológico consiste, más que en un exceso de amor propio, en su falta crónica y, por ello, el narcisista realiza esfuerzos insaciables por sustituir el amor propio por la admiración externa.*

El déficit narcisista produce un yo amenazado por la desintegración, desvalorización o por una sensación de vacío interior. En el *narcisismo patológico*, hay un interés exclusivo por uno mismo mientras que en el *trófico* ese interés está también dedicado a metas y actividades. Las actividades del *narcisismo trófico* conciernen a las ambiciones, los ideales, el compromiso con los objetos, y ya no importa casi mantener y promover la identidad y la autoestima, ahora convertidas en productos colaterales de tales actividades. Alcanzada cierta cohesión del yo y de la autoestima, el sujeto es libre de orientar cada vez más su vida no por motivos narcisistas, sino por la realización de deseos.

Hace años que en cada libro, en cada artículo, introduzco la teoría de la complejidad, que permite pensar, por ejemplo, el psiquismo como sistema abierto. Lo cierto es que, con esa teoría o sin ella, se ha ido aceptando que el narcisismo requiere de una teoría compleja que corone una escucha abierta. También se ha ido aceptando que el narcisismo trófico es mucho más que un narcisismo *bueno*, al mostrarse su papel en el mantenimiento de 1) la cohesión del yo, 2) la estabilidad (relativa) del sentimiento de sí y 3) la valoración del sentimiento de estima de sí.

## Vínculos y narcisismo

*¿Podremos hablar de vínculos sin hablar de narcisismo? Recíprocamente, ¿podremos hablar de narcisismo sin hablar de vínculos? Repasemos.* Los otros cumplen diversas funciones para el sujeto: balance narcisista, vitalidad, sentimiento de seguridad y protección, compensan déficits, neutralizan angustias. Considerar la existencia de una dimensión del otro al servicio del narcisismo, en cambio, permite considerarlo como aspectos necesarios de todo sujeto (lo que varía es el grado). Una perspectiva fundamental para la clínica (para toda clínica y no sólo la de pacientes *narcisistas*).

El narcisismo está presente en el enfrentamiento especular de la paranoia, en la retracción libidinal de la melancolía, en la renegación de la diferencia sexual, en la omnipotencia del pensamiento en las obsesiones, pero —lo que no es menos importante— es fuente organizadora del psiquismo.

En las relaciones narcisistas se proyecta sobre el otro una imagen de sí-mismo, de lo que se ha sido, lo que se querría ser o lo que fueron las figuras idealizadas. El *vínculo narcisista* se caracteriza, entonces, por proyectar excesivamente problemáticas yoicas o buscar un ideal. El sujeto,

enfrentado al mundo, lo aborda tratando de reencontrar en él su propia imagen, con el fin de salvaguardar ese estado de supuesta autonomía. «Tenemos derecho a llamar narcisista a este amor y comprendemos que su víctima se enajene del objeto real del amor [...]. La vida anímica de los neuróticos consiste en otorgar mayor peso a la realidad psíquica por comparación con la material, rasgo este emparentado con la omnipotencia de los pensamientos» (Freud, 1919).

No es que el vínculo narcisista desaparezca, como lo pide una ideología *optimista*. Es que convive con *vínculos actuales*. Entonces, hay reconocimiento de la diferencia entre pasado y presente. Los otros tienen vida propia. Lo que implica sufrimiento, no necesariamente neurótico. Hay que confrontar y asumir la decepción ante una pérdida, o responder con una defensiva indiferencia a las afrentas procedentes del otro y de la realidad. El principio de placer pugna por ignorar la diferencia, por presentar el después como el retorno del antes, por la alteridad como identidad. El de realidad respeta la diferencia entre el otro fantaseado y el otro real, sitúa cada elemento en relación con el antes y el después, con lo mismo y la alteridad.

«La investidura libidinal de los objetos no eleva el sentimiento de sí [...] el que está enamorado está humillado» (Freud, 1914). Ahora bien, esta *limitación del narcisismo* no es sino aparente. Si fuera real, debería provocar afectos depresivos; nada de eso ocurre. En el amor compartido el yo ya no recibe la sombra del objeto, sino es iluminado por el resplandor del objeto. Claro, la falta de reciprocidad aproxima el amor al duelo. El amor no correspondido reduce la autoestima, mientras que el correspondido la incrementa.

Entre el objeto narcisista y el objetal existe toda una gama. La no discriminación entre objeto fantaseado y real puede deberse a que el objeto no es percibido como entidad separada y suple fallas estructurales, o porque no es reconocido en su alteridad, aunque no cumpla funciones protésicas. La polisemia del término objeto refleja la diversidad de las relaciones con el otro. Se diferencia entre el objeto objetal y el narcisista, (en la que otro cumple una función narcisista). Rescatar la relación narcisista con el otro supone oponerse a una visión dual en la que el yo y el objeto están separados como el adentro y el afuera aferrándose al ideal de la internalización y de una visión peyorativa del narcisismo. Un punto de vista normativo que sostiene una teoría ideal del desarrollo hacia la objetividad plena en la *normalidad*.

La investidura narcisista del otro es relativamente silenciosa en la neurosis y manifiesta en el narcisismo patológico. Pero la función narcisista del mundo objetal es propia de una concepción del psiquismo como sistema abierto en el cual el ser (registro identificatorio) no prescinde del tener (registro objetal).

Podríamos hablar, descriptivamente, de un narcisismo expansivo y un narcisismo retraído. No es que haya *retraídos* y *expansivos*. Un sujeto puede pasar por distintos estados. En el *expansivo*, ciertos vínculos (estables o sustituibles compulsivamente) compensan cierta fragilidad narcisista. En el *retraído*, predomina la distancia con el objeto y la negación de toda dependencia. Los narcisistas retraídos aspiran a la autonomía. Por nada del mundo admitirían ser dependientes, sentirse prisioneros de sus deseos y por eso renuncian a la satisfacción pulsional. En la abstinencia se premian con el orgullo narcisista.

La necesidad de crear sustitutos simbólicos compensa fallas en las fuentes primitivas de protección, creando una serie continua de relaciones de objeto narcisistas. En esta clínica las pérdidas son predominantemente una herida narcisista. Ilustran cómo el yo es alimentado por los otros. La configuración objetal suele ser variable. Lo constante es el decisivo papel del otro, porque está o porque no está.

## **Patologías narcisistas: mis cuatro modelos**

En psiquiatría el tipo de clasificación refleja el grado de conocimiento alcanzado. La agrupación de síntomas o síndromes corresponde a un nivel elemental pero sería errado mirar con recelo a los profesionales que usan el DSM. A la rigidez de cierta psiquiatría biologicista se le responde con un psicoanálisis autosuficiente.

A comienzos del siglo xx la psiquiatría, que había cumplido el inmenso trabajo de reagrupar las perturbaciones, se atasca en la nosografía, empujada por el método anatomoclínico, que había permitido avances asombrosos en otros campos de la medicina. Como los casos *puros* no abundan hay que agregar nuevas categorías diagnósticas. Además, la presencia de varias entidades en un mismo paciente (la *comorbilidad*) supone una nueva dificultad. Y así, con el pretexto de la objetividad, los pacientes son asignados a categorías que reflejan poco su singularidad.

Intereses de parroquia y de *lobbies* atizan los falsos dilemas. Los objetivistas rebajan lo subjetivo a charlatanería y los subjetivistas denigran lo objetivo como generalización vacía. En vez de apelar a una componenda salomónica, hay que hacerse cargo de un debate entre dos psicopatologías. *La de orientación psicoanalítica clasifica a partir del conflicto psíquico*. Y el conflicto psíquico, lo sabemos, es arena movediza. *La otra solución es neokraepeliniana: al no haber acuerdo sobre las causas, omite esa interrogación y elabora criterios estandarizados que describan síndromes*.

La clasificación del DSM-IV no tiene en cuenta individuos sino *síndromes*. El sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica no tiene pertinencia. Es una clasificación *ateórica y descriptiva*. Ateórica porque no toma posición ante las distintas teorías etiológicas y descriptiva porque sólo hace un inventario de síntomas. La finalidad del DSM, a partir de su tercera versión, es mejorar la *fidelidad*. La fidelidad permite que ante un mismo paciente dos clínicos puedan arribar a un mismo diagnóstico y es una condición decisiva en la investigación epidemiológica. Las encuestas se realizan sobre la base de un acuerdo respecto de las categorías estudiadas y son posibles las comparaciones.

En la clínica, en cambio, lo decisivo no es la fidelidad sino la *validez*. Está en juego la comprensión del trastorno. Se supone validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un proceso patológico que se encuentra en su causa. El DSM es una herramienta construida por los *investigadores*, que los clínicos deben consultar con precaución, porque la psicopatología queda reducida al mero reconocimiento de los síndromes. El psiquiatra está tironeado por su posición de investigador (fidelidad) y su posición de clínico (validez). No siempre recordamos que las necesidades del investigador y del clínico son diferentes.

Cada uno debe estar muy alerta para no materializar sus tipos ideales, para no servirse de ellos como si en su pureza resultaran más verdaderos que la clínica. La psicopatología es tan sólo un bosquejo que ayuda a aprehender algo de una realidad que se resiste al intento de encasillamiento. Sobreestimar su valor conduce a una nosografía imaginaria, la cual, sin estas precauciones, tiende a convertirse o en un estereotipo o en un prejuicio. Otra vez recordamos la tradición: «Ya la primera mirada nos permite discernir que las constelaciones de un caso real de

neurosis son mucho más complejas de lo que imaginábamos mientras trabajábamos con abstracciones» (Freud, 1926).

A veces la primera mirada del clínico es impulsiva. Toma lo desconocido por conocido. Le parece timorato dosificar los matices y precisar la participación que le corresponde a cada una de las relaciones vislumbradas. Y así construye un casillero que, reduciendo a la unidad la multiplicidad, lo exime de zambullirse en la singularidad de cada historia. Aunque teóricamente *sepa* que nuestra mirada y nuestra escucha nos confrontan con un enigma que no se anula mediante la adjudicación de etiquetas nosográficas simplificadoras.

¿Cómo articular la psicopatología clásica con la contemporánea, que está todavía en construcción? Si se hace un recorrido por la bibliografía, se encuentra que *patologías narcisísticas* es una expresión usada para problemáticas clínicas diversas. Si el psicoanálisis pretende ser más que una psiquiatría descriptiva tiene que, como decía Freud, «hincar hasta la raíz del conflicto» y postular modelos. Encontré cuatro modelos para esas incontables *patologías narcisistas*, cuatro formas clínicas, cada una con su metapsicología.

Mi búsqueda no es, en principio, la de un término unívoco, sino la de una teoría del narcisismo lo suficientemente compleja que no embrete la clínica, para que la clínica sea una práctica, y no la aplicación mecánica de ideas duras, dogmáticas.

1. Se dice *patología narcisista* cuando lo que está en juego es la identidad (el sentimiento de sí).

El sentimiento de sí está en juego en la esquizofrenia, en la paranoia y en los cuadros *borderline*. Lo que falla es la consistencia del yo. Una problemática de la identidad pensada como movimiento, como búsqueda y como devenir.

El conflicto se sitúa en el interior del propio yo y en la perdurabilidad de la identidad a través de los cambios. La búsqueda de identidad es una encarnizada lucha amenazada por el otro. La frontera entre interno y externo debe ser reafirmada ante la incertidumbre. Predomina el drama de la supervivencia, por lo que los sujetos tienen que hacer malabares psíquicos ya no por *el derecho a amar y trabajar* sino por *el derecho a existir*. La identidad no es la acuñación de ninguna *personalidad* pero va escribiendo algo en altorrelieve. Las montañas del altorrelieve ofrecen ciertos puntos de reparo al huracán de desorganizantes angustias. He aquí sujetos

luchando denodadamente por conservar una precaria identidad. ¿Identidad? Otra noción que debe ser desagraciada.

¿De qué hablamos cuando hablamos de identidad? Es un tejido de lazos complejos y variables en donde se articulan narcisismo, identificaciones, vida pulsional, conflictos entre instancias, versión actual de la historia, la repetición y todo aquello que participa en la constitución del sujeto. Identidad remite, a una experiencia interior que se apunala en la *construcción identificatoria* que requiere la presencia de ciertos puntos de referencia sin los cuales no se sostiene el reconocimiento de sí (Rother Hornstein, 2006).

2. En el segundo modelo lo que cuenta es el valor del yo. Hay personas cuyas actividades y vínculos, tienen como eje el problema del valor. Aquí sitúo las depresiones en todos sus estados.
3. El tercer modelo tiene que ver con confundir objeto real y objeto fantaseado-pensado. No está en juego la propia organización psíquica sino la percepción de la alteridad.
4. El cuarto modelo consiste en la *clínica del vacío*. Esta patología es la que corresponde a la no constitución de ciertas funciones yoicas o su pérdida por exceso de sufrimiento.

*Los cuatro modelos tienen que ver con el yo: consistencia, valor, indiscriminación con el objeto, pérdida o no constitución de funciones. Y remiten a conflictos distintos.*

### Modelo 1

Podemos dar cuenta de la complejidad de la historia libidinal e identificatoria, de los bucles recursivos, de las relaciones de la tópica psíquica paterna-materna, de la escena primaria como trama y sus efectos constitutivos. Podemos al menos intentarlo. ¿Por qué insistir infructuosamente con los tres tipos de identificación (primaria, histérica y narcisista) cuando estamos en condiciones de desplegar la diversidad de cada historia identificatoria? En esta historia, los deseos y discursos provistos por los padres son portavoces de la cultura y portavoces de los padres. Son una proyección subjetivizante, estructurante, no sólo alienante.

¿Cómo se construye el yo, qué fisuras hubo en esa historia identificatoria? ¿Por qué algunos sujetos, ante determinadas crisis actuales, regresan a una ruptura del yo? ¿Y cómo son esas

determinadas crisis? No es poco lo que sabemos. En las organizaciones *borderline*, hay un yo con límites borrosos. En la paranoia, un yo en peligro de fragmentación. En la esquizofrenia, un yo que regresó más allá del narcisismo (hacia el autoerotismo). Volvamos a pensar qué es el yo para Freud, para Lacan, para Hartmann, en lugar de rumiar enconos mal elaborados.

Los estados *borderline* se han convertido en una referencia central en la clínica. Han pasado a primer plano los comportamientos autodestructivos, las somatizaciones, la inestabilidad de las relaciones con los otros, los trastornos de identidad, la impulsividad, la automutilación, los sentimientos de vacío, las cóleras discordantes, las ideas de persecución o los síntomas disociativos. *Lo que está en juego es la consistencia del yo*. Le dediqué dos capítulos a estos cuadros clínicos en *Intersubjetividad y Clínica* (Hornstein, 2003).

### Modelo 2

En este modelo, como dije, el problema no es la consistencia del yo sino su valor, lo cual lleva a interesarnos acerca del investimento narcisista del yo. ¿Cómo invistieron los padres el yo en su devenir (pasado, actual y futuro)?

Los motivos de consulta en las depresiones se pueden agrupar en categorías:

- a) *Estados de ánimo y afectividad*: tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias.
- b) *Pensamiento*: concentración disminuida, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas.
- c) *Manifestaciones somáticas*: alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual); dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

¿Qué es lo propio de las depresiones? ¿Hay conflictos que les sean específicos? Sólo cierta constelación conceptual, compleja pero posible, puede dar cuenta de ellas. Están en juego muchos factores, que deben investigarse por separado y en conjunto. Tal vez en el conjunto haya un meollo: la relación entre el sujeto y sus valores y metas. La autoestima se alimenta del interjuego entre el

sujeto y sus ideales. Una frustración puede precipitar una depresión al producir un colapso parcial o completo de la autoestima si el sujeto se siente incapaz de vivir acorde con sus aspiraciones (Hornstein, 2006).

La autoestima es un estuario caudaloso, turbulento, con cambiantes mareas. No es para menos, porque los ríos que desembocan en ella son la infancia, las realizaciones, la trama de relaciones significativas, pero también los proyectos (individuales y colectivos) que desde el futuro hacen posible el presente. Es decir, tiene muchos afluentes. Entonces no asombrará que sea turbulenta, inestable. Turbulenta pero no incognoscible. Mencioné antes la noción de flujo turbulento. Por eso la pérdida del anclaje cultural, hace zozobrar al individuo. Se me dirá que sólo tenemos una idea vaga de cómo la sociedad enferma a la gente. Bueno, es precisamente eso lo que tenemos que estudiar, saliendo del aislamiento, de los compartimentos estancos.

El niño va ingresando en espacios extrafamiliares que lo enfrentan a otras exigencias. No basta la maduración física, aunque sin ella no ingresaría. El sujeto hace arreglos con *la realidad*, con varias y variadas realidades, que podríamos llamar primer espacio (el familiar) y segundo espacio (medio escolar, relación con los amigos y medio profesional). Cada espacio con sus demandas. En el primero, se demanda del otro placer narcisista y sexual. En el segundo, las demandas tendrán objetivos parciales: placer narcisista o sexual. El tercer espacio es lo histórico-social y, en particular, una subcultura (comunidad, clase social, pertenencias diversas) con la que se comparten intereses, exigencias y esperanzas. La autoestima resulta del entramado nunca fijo, siempre renovándose, de reconocimientos narcisistas y proyectos compartibles y compartidos.

Como anticipé el sentimiento de estima de sí es fluctuante. Lo hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación (real o fantaseada) de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las aspiraciones y los logros. Esas aspiraciones, cuando se incrementan, hacen más imperiosa la necesidad de poner en obra una serie de recursos para disminuir la angustia por la pérdida de amor del superyó. Al mismo tiempo, la satisfacción pulsional aceptable para el ideal (directa, inhibida en su fin) y la sublimación elevan el sentimiento de estima de sí. Lo eleva también la imagen de un cuerpo saludable

y suficientemente estético. Y al mismo tiempo lo acosan la pérdida de fuentes de amor, las presiones superyoicas desmesuradas, la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo. Y naturalmente, las enfermedades y los cambios corporales indeseados (Hornstein, 2000).

¿Por qué la angustia frente a la pérdida de amor del superyó es tan avasallante en las depresiones? Entender su predominio implica dilucidar cómo se construyen el yo, el superyó y el ideal. El ideal del yo rescata todo lo que puede del naufragio del narcisismo. Como si tomara fuerzas de la nostalgia que siente el sujeto por la época en que era para sí su propio ideal. Abrumado, alguien formula con dificultad proyectos, con poca energía y motivación. Buscar y encontrar nuevos proyectos es invertir el futuro. (También vale para la teoría. Un nuevo proyecto, un proyecto permanente, renueva los conceptos e inventa nuevos en las fronteras. No por milagro o capricho sino por el apremio de la clínica.)

En las depresiones «una pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo» (Freud, 1915). ¿Qué funciones cumple el otro en el campo narcisista? ¿Qué relaciones tiene con el sentimiento de estima de sí y sus otros constituyentes: narcisismo infantil y logros yoicos? La concepción del psiquismo como sistema abierto permite entender la función narcisista del mundo objetal, porque en ella el *ser* (registro identificatorio) coexiste con el *tener* (registro objetal).

En las depresiones la pérdida del otro trastorna demasiado. Dos elementos nunca faltan: una pérdida y la consecuente herida narcisista. El trabajo del duelo se traba una y otra vez. Se trata de una batalla, en que el análisis (o la vida) deben ligar y contrarrestar lo mortífero. Si predomina lo mortífero, lo actual será apenas sombra, se morirán los brotes. Fijaciones excesivas, duelos no elaborados, predominio de la compulsión de repetición, viscosidad libidinal, son distintos sitios donde podemos detectar y desactivar lo mortífero. ¿Qué es Eros sino la búsqueda de relaciones *suficientemente* nuevas?

El superyó de la melancolía, del masoquismo o de la neurosis obsesiva es *puro cultivo de pulsión de muerte*. En la problemática de un depresivo psicoanalizar no consiste en rendirse ante el superyó, en darle la razón, como se desprendería de *Duelo y melancolía*, sino en darle batalla. Si supiéramos cómo se generó, quizá podríamos «desmontar este superyó hostil» (Freud, 1937) haciendo consciente lo inconsciente represor. Lo inconsciente no es sólo lo reprimido sino

también lo represor. Desentrañar cómo se construyeron el yo y el superyó, a partir de qué historia identificatoria, es hacer consciente lo inconsciente, y entonces es parte del psicoanálisis.

Para poder entender las depresiones, hay que estar atentos a la relación yo-superyó, investimentos narcisistas infantiles, efectos de la vida actual en cuanto al sentimiento de estima de sí. El *valor del yo* es central en esta clínica del sentimiento de estima de sí (y en toda clínica). Abordé la teoría, clínica y terapia de las depresiones en *Las depresiones* (Hornstein, 2006).

### Modelo 3

¿Qué pasa si salimos de una concepción solipsista y pensamos que el sujeto del psicoanálisis *no* es el sujeto del inconsciente? Es, en cambio, un sujeto con varias instancias: ello, superyó, yo, realidad. Según Freud (1938): «Nuestra ciencia tiene por objeto al aparato mismo», o sea las cuatro instancias mencionadas.

El yo se construye y junto con el yo se construye el objeto como otro. Aceptar la alteridad, ese otro del cual puedo depender, al cual puedo necesitar es un proceso de duelo que no se realiza sin secuelas. Uno puede sentir que entregarse al otro le genera desamparo o un sufrimiento enorme, en que predominan las angustias de separación y de intrusión. Y puede sentir, a la inversa, que no tolera mucha distancia con el otro, lo cual es otra forma de no aceptar la alteridad. Es problemática narcisista porque lo que está en juego es la fantasía de autosuficiencia y porque *no hay reconocimiento del otro como otro*.

¿Cómo pensamos los vínculos y las defensas ante la realidad? ¿La realidad es una instancia o sólo trabajamos con sonámbulos, como si no hubiera una relación a descifrar entre mundo fantaseado-mundo real?

La lógica de los sistemas abiertos autoorganizadores se expresa en el azar organizativo como principio de complejidad por el ruido. Reflexionar acerca de la relación entre otro fantaseado, pensado y real es algo distinto de una modernización oportunista en la que a una teoría endogenista se le implanta una cobertura vincular. Articular no es injertar. La diferencia se nota teórica y clínicamente. Las prácticas ya no pueden ser las mismas.

### Modelo 4

Unas palabras sobre pulsión de muerte. Tiene múltiples interpretaciones y privilegio el *deseo de no deseo*: cuando el exceso de sufrimiento produce el desinvertimiento de lo que antes era una función o un otro investido.

En esta *clínica del vacío* no se constituyen ciertas funciones yoicas o se pierden por exceso de sufrimiento. Prevalece el vacío cuando el sufrimiento prolongado produce desinterés. El yo, ante el sufrimiento, apela a empobrecer sus relaciones. Cuando esa desinvertidura está al servicio de la pulsión de vida, se preserva la posibilidad de invertir nuevos objetos. Se trata del duelo, ese trabajo psíquico insoslayable. Ninguna relación está eximida del conflicto, aunque éste sólo emerja clínicamente cuando algo ha pasado a mayores. Si el sufrimiento es excesivo se produce un movimiento de desinvertidura. El sufrimiento es tanto una necesidad como un riesgo. Un riesgo porque el sujeto, ante el exceso de sufrimiento, puede desinvertir aquello que lo causa. Una necesidad, porque regidos por sus propios deseos, los otros propenderán a imponer su modalidad y se rehusarán a un lugar que no quieren o no pueden ocupar (Aulagnier, 1979).

### Proyecto terapéutico

Como opiniones todos tenemos, muchos psiquiatras opinan que el psicoanálisis es ineficaz para las patologías narcisistas, y muchos psicoanalistas que ineficaz es la psiquiatría. Pero, ¿se informan los psicoterapeutas sobre la medicación que toman sus pacientes? ¿Y no hay psiquiatras que descreen en la psicoterapia como complemento a los fármacos e incluso no dialogan con el paciente? Y en el escenario actual se agrega un nuevo personaje: la industria farmacéutica.

Es cierto que la bioquímica puede aliviar ciertos padecimientos. Pero la propaganda (no sólo la publicidad) de la industria farmacéutica suele presentar a la farmacoterapia como la llave maestra. *Y la teoría de ninguna enfermedad debería estar en manos de una industria*. ¿Será que el psiquiatra cree a ciegas en un *DSM-IV* insuficientemente estudiado? ¿Será que el psicólogo, hostil al *DSM-IV*, no tiene más remedio que recurrir al psiquiatra cuando las papas queman y entonces es apabullado por el psiquiatra?

Es un hecho que la denominación de psicoanálisis abarca prácticas muy heterogéneas.

¿Las reúne o meramente las yuxtapone, es decir las encima? ¿Qué piensa cada uno de nosotros? ¿Que todas lo son o que sólo es psicoanálisis lo que uno piensa y hace?

¿Cómo producir pensamiento anclado en la clínica capaz de desafiar consensos establecidos? Lo inquietante de las parroquias analíticas son sus encierros. Los adeptos no se interesan por las investigaciones de otras escuelas ni siquiera para rebatirlas. Un *adepto* se adhiere a una doctrina y establece una relación privilegiada con su grupo separándose de su mundo habitual. Esa dependencia requiere un tipo de pertenencia particular y una modalidad relacional que supone regresiones varias. Diluye su singularidad en una identidad grupal: un microcosmos que posee un lenguaje, ritos y jerga.

El psicoanalista está ante un enigma, exigido a un pensar y a un hacer. ¿Huye o lo enfrenta? Lo enfrenta mediante su atención flotante y su contratransferencia. Ese investirlo todo, ese no rehusarse es la atención flotante. Es el prerequisite para una interpretación a salvo de un saber preestablecido, congelado, una mera *aplicación* de la metapsicología. La atención flotante no es sólo un correlato de la asociación libre. Es una asociación libre restringida por la escucha y por la atención flotante y no una remisión sin fin al mundo fantasmático del psicoanalista.

Piera Aulagnier acuñó un concepto: *teorización flotante*. Hasta entonces no se había aludido tan bien a la movilización de todo aquello que conoce el analista respecto del funcionamiento psíquico. El analista es convocado por un enigma, un enigma que no resolverá pero que tiene que elucidar, expuesto a un pensar y a un hacer por medio de construcciones *teóricas* inevitables y peligrosas si se configuran antes de tiempo. Intenta navegar, a la vez constreñido por el pensamiento teórico y a la vez libertado por la teorización flotante. O se hunde cuando la teorización flotante se torna tan consciente, tan sistemática que deja de ser flotante y la racionalidad se convierte en racionalización. O cuando, sin la necesaria restricción teórica, el tratamiento es pura espontaneidad, puro oleaje.

Analizar no es fácil. En este caso, requiere dilucidar qué función tiene la *teoría* en la escucha y qué violencia puede ejercer en el desarrollo asociativo del analizando. Nuestro trabajo nos confronta al riesgo de la *violencia secundaria*, a la que antes llamábamos abusos de transferencia. La ejercemos cuando no escuchamos al otro en su alteridad, cuando nos atribuimos un poder de

transformación que desconozca lo propio de ese sujeto.

¿Cuánto puede haber de no compartido en nuestro proceder técnico? ¿En qué consiste lo no compartible? ¿Cuál es el conjunto de condiciones necesarias y generalizables que permite (en cada ocasión, no sólo en estas jornadas) ese evitado debate clínico? Mientras que algunos psicoanalistas optan por el *tenedor libre* y algunos por la *verdadera teoría*, otros se dan tiempo para pensar las condiciones de posibilidad de la heterogeneidad.

Una forma de pensar compleja se prolonga en una forma de actuar compleja. Por eso *el método, en los tratamientos, debe incluir iniciativa, invención, arte, hasta devenir estrategia*. Estrategia y no programa. *La estrategia acepta la incertidumbre*.

Nuestro método tendrá algún parecido con el de la ciencia contemporánea y casi ninguno con el de la clásica, en la que era un conjunto de aplicaciones que tendían a poner al sujeto entre paréntesis, como si el observador pudiera ser eliminado para siempre.

Si el psicoanálisis no es una reliquia y es contemporáneo, avanza. Avanza porque, desafiando los límites de lo analizable, pone a trabajar nuevos territorios, entre ellos, el de las problemáticas narcisistas. Abordarlas es ponerse al día y dejar atrás la disociación entre teoría y prácticas (en plural). Mis colegas, sobre todo los más jóvenes, estaban yendo *al polo con ropas de verano*, poco preparados para afrontar la clínica actual y sus apremiantes demandas.

Existe un contrato *clásico*. Lo que no existe es un contrato infalible. Una técnica única e invariable aumenta el número de los *inalizables, analizables* por otra técnica. Hay personas que, dados sus beneficios secundarios, o sus modalidades transferenciales, o su carencia de vida fantasmática o sus limitaciones para simbolizar o sus monopólicas actuaciones o somatizaciones, no estarían en condiciones de beneficiarse de un análisis estándar.

Lo sabemos: el psicoanálisis *puro, ortodoxo* o *clásico* sostiene que unos pocos son aptos para el análisis. Y ese psicoanalista tiene la pretensión de ser *objetivo*, espectador de un proceso que se desarrolla según etapas previsibles. A ese psicoanálisis rígido se lo presentó como una ortodoxia del heterodoxo Freud. Una *idealización* retrospectiva, sin asidero ni en sus textos ni en su práctica.

Sobre la base de la teoría de la complejidad y su noción de *sistemas abiertos*, he postulado

(Hornstein, 2000) el psiquismo como sistema abierto. A tal psiquismo no puede sino corresponderle un contrato abierto. El contrato abierto no es perfecto. Pero sí es el mejor contrato que podemos ofrecer, como psicoanalistas contemporáneos, a nuestros pacientes, sustentado en una actualización constante, que por supuesto no consiste en cambiar de opinión según los vientos de la moda, sino en nuestros atravesamientos por lecturas y prácticas.

Cuando hay que abogar, abogo. Abogo por un *psicoanálisis de frontera*, que conquista territorios. Lucho contra un *psicoanálisis retraído*, soberbio, que actúa como si no hubiera nada importante que aprender, que a lo sumo basta repasar lo ya dicho o lo ya escrito (Lerner, 2006).

¿Es posible retacear o extirpar el compromiso afectivo del psicoanalista? La pregunta exige varias respuestas. Freud no trabajaba con todos los pacientes de la misma manera. Es decir, innovaba. Después el psicoanálisis *ortodoxo* se contracturó, produjo tics, rictus. El psicoanálisis fue esclavo de criterios formales: un mínimo de sesiones por semana, el uso del diván y un analista silencioso y limitado a interpretar. Responder a preguntas del paciente, sostener una corta conversación amigable, dar la mínima información personal estaba vetado. ¡Qué paradoja! Una teoría alguna vez acusada de corromper las costumbres se había refugiado en una técnica estereotipada y aséptica para no reconocer su impotencia ante ciertos pacientes. Sin embargo, hace mucho que algunos analistas se permiten disidencias o, mejor dicho, trabajan con modalidades técnicas variables. Y otros se permiten pensar. ¿Por qué debería haber una cantidad fija de sesiones semanales? ¿Cómo se demuestra que una sesión semanal no sirve para nada? ¿Los pacientes son todos iguales? ¿El diván será para todos lo mejor? Y, yendo más a los estilos, a veces es eficaz un estilo activo, ocasionalmente de confrontación. A veces uno expresivo. A veces uno más silencioso e interpretativo. Con determinado enfoque un paciente se siente seguro y *contenido* y otro se siente amenazado (Hornstein, 2006).

Teoría y práctica deberían ser coherentes. Nuestra conceptualización de las patologías narcisistas ¿tiene o no tiene en cuenta el déficit? Si lo tiene, también debe tenerlo en cuenta el tratamiento. Entonces será lícito hablar de un *ambiente de sostén* para esta clínica. La relación analítica contribuye (estamos viendo de qué modo) a reparar el defecto. Facilita la edificación de nuevas estructuras y posibilita que se retome el

curso psíquico interrumpido por los traumas tempranos.

En toda práctica el *cómo* se subordina al *para qué*, lo que conduce a reflexionar acerca de los ideales que están en juego. Se puede diferenciar entre ideales intra-analíticos y extra-analíticos. La cura debe considerar los ideales colectivos, entre ellos el religioso, el pedagógico (civilizar al niño), el médico (curar), el social (normalizar), el estético y el político. La enfermedad psíquica no tiene las mismas características que la enfermedad orgánica. El biologicismo quisiera borrar del mapa al psicologismo (y viceversa). Algunos en el afán independizarse del *orden médico* (a veces sin conocerlo bien), declaran desinteresarse por la curación. Sin embargo, lo que corresponde es analizar lo obvio. Se critica al modelo médico por: su pretensión curativa, su control ideológico y su legitimación del orden instituido. Y esa crítica a veces redundante del *Orden Médico* derivó en esa etiqueta, en muchos eslóganes y, lo que es más importante, en una actitud casi fóbica frente a la curación.

Lo confiese o no, el analista tiene metas. Un kleiniano, que el paciente alcance la posición depresiva; otros analistas, que se trabajen los aspectos psicóticos clivados del yo; los lacanianos, el atravesamiento del fantasma; los norteamericanos, un reforzamiento del yo; los kohutianos, la internalización transmutadora.

En las patologías narcisistas al predominar la identificación proyectiva y las escisiones, se enturbia la relación con los otros y las defensas se agrietan. Eso justificaría un trabajo de restauración narcisista. En la díada madre-hijo se generan carencias o excesos que ahogan el surgimiento del yo, marcado (y para algunos, condenado) por heridas narcisistas primordiales.

Según Winnicott (1971) el proceso analítico consiste en reavivar la omnipotencia subjetiva para lo cual considera esencial la transicionalidad (desde la omnipotencia subjetiva hacia la tolerancia de la realidad objetiva). La madre debido a su *preocupación materna primaria* conforma un mundo en el que se realizan deseos y fantasías del niño. La madre deja de desempeñar progresivamente este papel y permite que el niño sufra mayores desilusiones a fin de que llegue a tolerar la realidad objetiva y las subjetividades que están más allá de su control. Una dialéctica entre gratificación y desilusión inevitable y creciente.

La característica esencial del ambiente proporcionado por una *madre suficientemente buena* es su adecuación a los deseos del bebé,

ilusionándolo con que los objetos son creados por él (*momento de ilusión*). Winnicott considera que la reinmersión en la omnipotencia subjetiva es el resorte de la creatividad, donde fluyen las ilusiones. Así como la maternidad *suficientemente buena* implica ajustar el mundo para apoyar las ilusiones del niño, el análisis *suficientemente bueno* implica ajustar la situación analítica a la realidad subjetiva del paciente.

Un analista trabaja siempre con su disponibilidad afectiva y con su escucha. En las patologías narcisistas se le solicita algo más: su potencialidad simbolizante, no sólo para recuperar lo existente sino para producir lo que nunca estuvo.

Las patologías narcisistas necesitan descargarse. Se descargan indiscriminadamente, de sus aspectos intolerables tanto como de sus aspectos esperanzados, porque ni a los unos ni a los otros los saben contener. Pacientes tan alborotados pueden alborotar al analista, que a veces se columpia entre excesivas preocupaciones y fantasías omnipotentes. Contraidentificaciones proyectivas que ponen a prueba la capacidad de contención del analista, su templanza y su *insight*, y a veces lo conducen a actuaciones. Estos pacientes requieren innovación. Hay que lograr experiencias que le faltaron en sus primeros vínculos, plenos de temor y desilusión. El analista se diferenciará de las actitudes traumatizantes (por exceso o por defecto) de los padres, así como de sus colegas con miedo a innovar. Sin deponer cierta asimetría, construirá junto al paciente una nueva historia (Hornstein, 2006).

En medio de la Babel, hay un escaso denominador común: ciertas carencias o excesos generaron heridas narcisistas. Una madre que no fue suficientemente buena es paliada por un analista apto para compensar esa falta. La carencia de cuidados elementales es paliada reproduciendo estados y sensaciones infantiles. El aislamiento verbal es paliado por un analista que habla. Y el paliativo deja de ser mero paliativo cuando el analista se atreve a teorizar el déficit.

Hubo implicación subjetiva del analista en la *psicología del self* y en la práctica de Winnicott. Para Kohut, la subjetividad del analista posibilita una escucha empática. Para Winnicott, el análisis debe proveer un *ambiente de sostén*, posibilitando que emerja el *verdadero self* del paciente. Al pensar en términos de detención del desarrollo asumen que

el analista tiene que neutralizar ciertos déficits. La implicación subjetiva exige un analista comprometido con el analizando no sólo en la interpretación del pasado sino en el descubrimiento (y producción) de *otras* modalidades relacionales. *No se trata sólo de un desarrollo detenido sino de la producción de una historia*. Desarrollo supone el despliegue de lo ya presente. Historia apunta a permanencia y cambio (sólo pensable desde la aceptación de lo nuevo).



### Luis Hornstein

Juan María Gutierrez 3993 - 9º A  
Buenos Aires (1425)  
Tel. (5411) 48 048 911  
luishornstein@ciudad.com.ar

## Bibliografía

- AULAGNIER, P. (1977). «El trabajo de la interpretación»  
En: L. Hornstein, P. Aulagnier, A. Green, M. Pelento, M.C. Rother de Hornstein, H. Bianchi, M. Dayan, E. Bosoer, *Cuerpo, historia, interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 1991.  
— (1979). *Los destinos del placer*. Barcelona: Petrel, 1980.
- FREUD, S. (1914). *Introducción del Narcisismo*. Obras completas (OC). Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.  
— (1915). *Duelo y melancolía*. OC Vol. XIV.  
— (1919). *Lo ominoso*. OC Vol. XVII.  
— (1924). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. OC Vol. XIX.  
— (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. OC Vol. XX.  
— (1930). *El malestar en la cultura*. OC Vol. XXI.  
— (1932). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. OC Vol. XXII.  
— (1937). *Análisis terminable e interminable*. OC Vol. XXIII.
- HORNSTEIN, L. (2000). *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*. Buenos Aires: Paidós.  
— (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós.  
— (2004). La subjetividad y lo histórico social en L. Hornstein (comp.) *Proyecto Terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.  
— (2006). *Las depresiones*. Buenos Aires: Paidós.
- KOHUT, H. (1977). *The restoration of the self*. Nueva York: International Universities Press.
- LERNER, H. (2006). «Adolescencia, trauma, identidad» en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós.
- ROTHER HORNSTEIN, M. C. (2006). *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Granica, 1972.