

TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA

Autor: Kernberg, O. - Reseña por Constanza Fernández de Gamboa - Reseña: "Narcisistic Personality Disorder". Otto Kernberg. 257-287. Clarkin, J, Fonagy P, Gabbard, G. Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A clinical handbook. 2010. Arlington. American Psychiatric Publishing, Inc.

¿Qué diferencias, aportaciones, mejoras nos aporta este capítulo?

¿Qué lugar ocupa el paciente en la relación terapéutica?

¿Qué objetivos se marcan en el tratamiento?

¿Cuál es el papel del psicoterapeuta?

Kernberg expone sus últimos aportes acerca del narcisismo. Ofrece una descripción muy detallada de la clínica de esta patología, dando mucho valor al diagnóstico diferencial. Presenta los enfoques de varios autores, entre ellos, Kohut, Rosenfeld y él mismo. El autor expone lo que sucede en las sesiones con pacientes narcisistas describiendo no solo la relación en su forma más común sino que expone las mayores dificultades con las que se encuentra un terapeuta. Para ello nos ofrece formas de "hacer terapia" así como una explicación exhaustiva del valor de la relación transferencial. Todo este trabajo está enmarcado en el enfoque dinámico y desde los últimos aportes de las psicoterapias psicoanalíticas. Este trabajo se suma a otros muchos que ilustran el tema controvertido de la eficacia de las terapias de orientación dinámica dejando claro que la investigación ha de continuar así como el análisis del trabajo clínico. El autor anima a los profesionales de la salud a la búsqueda de mejores formas de hacer terapia.

¿Qué se entiende por Narcisismo?

Kernberg da un repaso a la definición del narcisismo desde la teoría psicoanalítica de la meta-psicología. Esta lo define como la investidura libidinal del sí mismo. La libido narcisista es la libido investida en el sí mismo, refiriéndose a la libido como una de las dos fuerzas motivacionales de la organización de la personalidad, siendo la otra la agresión.

Actualmente esta dualidad está siendo cuestionada incluso desde enfoques psicoanalíticos. Está cobrando fuerza una concepción de la psique que enfatiza el peso de la afectividad y de las gratificaciones. Es decir, el sí mismo se entiende como una subestructura del sistema del Yo que refleja la integración de todas las autoimágenes o autorepresentaciones que se desarrollan a lo largo de todas las interacciones del individuo con los otros. La libido objetal es la investidura de la libido en tales objetos y sus representaciones psíquicas. La libido narcisista, según las recientes propuestas del autor, es la investidura de la libido en el sí mismo como subestructura del Yo.

Y ¿cómo se entiende desde una concepción clínica? El autor expone que el narcisismo es aquello relacionado con la regulación anormal de la autoestima o de la auto-consideración. Esta dependerá de las experiencias que tenga el ser humano con los otros, ya sean frustrantes o gratificantes, así como de la evaluación personal que éste lleve a cabo de los logros o fracasos que vaya experimentando a lo largo de su vida. Así mismo, influirá la distancia que se dé entre las aspiraciones personales y los fracasos y logros reales. El autor desde su experiencia afirma que es harto complejo hacer esta valoración y diagnóstico, el entender la regulación anormal entre la autoestima, los estados de ánimo

predominantes, el grado de integración o disociación de las representaciones y las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas.

La regulación de la autoestima depende entre otros factores del papel que juega el superyó, la forma en que éste ejerce poder sobre el yo. Un superyó exigente con demandas inconscientes de perfeccionismo y prohibiciones infantiles favorecerá una baja autoestima. Una baja autoestima también se debe a la falta de satisfacción de las necesidades tanto libidinales como agresivas. La regulación de la autoestima dependerá también de la internalización de los objetos libidinalmente investidos que están bajo la forma de representaciones objetales libidinales reforzando la investidura libidinal en el sí mismo. Son las representaciones de quienes uno ama, de por quién uno se siente amado, reforzando así el amor propio. De la misma manera las relaciones conflictivas debilitan la libido investida en los demás y en las representaciones correspondientes así como en la libido del sí mismo debilitando entonces la autoestima.

El autor considera útil exponer una clasificación que propuso en 1984 según la que dividía en narcisismo en tres categorías: narcisismo normal adulto, narcisismo normal infantil y narcisismo patológico.

El narcisismo normal adulto se caracteriza por una autoestima estable fruto de una estructura normal de representaciones objetales internalizadas normalmente integradas o "totales", un superyó integrado, y la satisfacción de las necesidades dentro de un contexto de relaciones de objeto estable así como de un sistema de valores adecuado.

Es importante considerar la fijación o regresión en las metas narcisistas infantiles (mecanismos infantiles de regulación de la autoestima) ya que es una característica de toda patología de carácter. El narcisismo normal infantil consiste en la regulación de la autoestima por medio de una satisfacción de las necesidades adecuada a la edad que implica un sistema de valores, demandas y prohibiciones infantiles normales. Dentro del narcisismo patológico el más leve es aquel que se explica debido a la regresión a regulaciones infantiles de la autoestima implicando una regresión a este nivel de narcisismo normal infantil. En este tipo de patología la regulación de la autoestima depende en exceso de la expresión de satisfacciones infantiles o de las defensas en su contra que de manera habitual se descartan en la edad adulta

Un segundo tipo menos frecuente pero más grave de narcisismo patológico es el que Freud describió para ilustrar la elección narcisista de objeto. Aquí el sí mismo del paciente se identifica con un objeto, al mismo tiempo que la representación del sí mismo infantil del paciente se proyecta sobre dicho objeto, creando así una relación libidinal en la que se han intercambiado las funciones del sí mismo y del objeto, una relación que se encuentra, por ejemplo, entre algunas personas homosexuales ya que aman a alguien como les gustaría ser amados.

El tipo más grave de patología narcisista es el trastorno narcisista de la personalidad propiamente dicho, uno de los cuadros más desafiantes de la psiquiatría. Este trastorno constituye el foco del tema de este capítulo. Es un tipo específico de patología del carácter cuyo rasgo principal es un self grandioso.

En esta introducción sencilla acerca del narcisismo podemos apreciar la importancia que tiene para el autor el enfoque de las relaciones objetales. Y este enfoque no es solo útil

para la comprensión del trastorno sino para el tratamiento. A continuación expongo como el autor presenta el trastorno.

¿Cómo es el síndrome clínico?

EL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD SE PUEDE DIVIDIR EN TRES NIVELES EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD.

En el nivel más leve estarían aquellos pacientes con síntomas semejantes a los “neuróticos” y normalmente son buenos candidatos para el psicoanálisis con el objetivo de modificar la estructura de personalidad. Sin embargo en este mismo nivel están también los casos en los que la persona con rasgos narcisistas funciona muy bien, presentando solamente problemas frente a las relaciones duraderas, ya sean profesionales o personales. Aquí no sería necesario un trabajo a nivel estructural.

En el segundo nivel se encuentran los casos cuyos síntomas son los clásicos del síndrome narcisista con las manifestaciones clínicas que más abajo se describen. Estos pacientes necesitan un tratamiento adecuado al trastorno de personalidad y las alternativas entre el tratamiento psicoanalítico clásico y las psicoterapias psicoanalíticas dependen de las características de cada caso.

En el tercer nivel estarían los pacientes más graves dentro del espectro del trastorno narcisista. En este nivel los pacientes presentan síntomas próximos a personas con un funcionamiento límite. Además de las manifestaciones típicas del trastorno narcisista presentan falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos, déficit en sus capacidades sublimatorias, son personas con fracasos en su profesión y en el trabajo, así como en las relaciones de pareja duraderas. En este mismo nivel están también los casos con patología narcisistas con semejanzas con los pacientes con trastorno antisocial, situándoles en un pronóstico parecido al de la personalidad límite.

Además de esta división del trastorno en tres niveles en función de la gravedad, Kernberg detalla las características propias y típicas del cuadro. Se centra mucho en el detalle de los rasgos ya que un diagnóstico acertado va a facilitar que el tratamiento sea óptimo. Estas características son:

1-Patología del yo: los pacientes presentan alto nivel de egocentrismo, exceso de referencias a sí mismo, dependen de la admiración de los demás, prevalecen las fantasías de grandiosidad, huyen de la realidad que contradiga la imagen grandiosa de sí mismos, y tienen ataques de inseguridad rompiendo el sentido de superioridad y situándoles entre el grupo de personas normales que ellos consideran comunes o mediocres, ya que dejan de creerse “especiales”.

2-Patología en las relaciones interpersonales: sufren de envidia desmesurada, consciente e inconsciente. Muestran codicia y abuso hacia los demás. Sienten que tienen derecho a todo. Infravaloran a los otros y se muestran no dependientes de ellos en contraste con la demanda constante de admiración de los demás. Muestran falta de empatía, superficialidad en sus relaciones, así como una falta de compromiso con los demás y falta de capacidad para compartir objetivos y propósitos comunes.

3-Patología del superyó: son personas con baja tolerancia al dolor y a la tristeza, su autoestima está regulada por cambios de humor severos. Están determinados por sentimientos de vergüenza más que de culpa y su sistema de creencias y valores es más bien infantil.

La patología severa del superyó, además de la intolerancia al dolor, presenta un comportamiento antisocial crónico y falta de responsabilidad en sus relaciones. Ante su falta de responsabilidad para con los demás no padecen sentimientos de culpa ni remordimientos.

EL SÍNDROME DEL NARCISISMO MALIGNO PRESENTA UNA GRAVE PATOLOGÍA DEL SUPERYÓ.

4-Sentimiento crónico de vacío y aburrimiento: debido a la gran necesidad de estimulación y al mismo tiempo a la carencia de la misma pues se muestran independientes del mundo, sienten que la vida no tiene sentido para ellos. Esto puede tener como consecuencia la búsqueda de placer mediante el consumo de drogas y alcohol que predispone al abuso y/o dependencia de sustancias.

Los pacientes con trastorno narcisista pueden presentar complicaciones dando lugar a comportamientos promiscuos, a exhibicionismo, a dependencia de alcohol o droga, a tendencias suicidas, y bajo condiciones de estrés pueden desencadenarse respuestas paranoides llegando incluso a brotes psicóticos.

LA IMPORTANCIA DE LA DIFERENCIACIÓN DEL TRASTORNO NARCISISTA CON EL TRASTORNO ANTISOCIAL.

El diagnóstico diferencial es de gran valor para que el tratamiento sea lo más adecuado al paciente. A continuación presento las diferencias resaltadas por el autor entre el trastorno antisocial y el trastorno narcisista haciendo hincapié en las características de un cuadro narcisista grave, el más próximo a la personalidad antisocial. De hecho el autor define el trastorno antisocial como el trastorno narcisista con una extrema ausencia de las funciones del superyó.

La exploración de los casos con trastorno antisocial de la personalidad muestra que los síntomas de este trastorno estaban presentes en la infancia. El autor hace referencia al DSM-IV que enmarca en categorías distintas lo que él considera continuo, que va desde los trastornos de conducta propios de la infancia hasta el trastorno antisocial diagnosticado en la edad adulta, categorías que no tienen nada más de distinto que el criterio de edad. Criterio de edad de esta clasificación que ignora por completo la continuidad de ambos cuadros. Esta distinción es absurda desde el punto de vista de la psicopatología clínica. Los síntomas del trastorno antisocial se pueden ver en la juventud a pesar de que no se pueda diagnosticar el cuadro como tal. En un trabajo anterior el autor (1989) expone las diferencias entre un trastorno antisocial de la personalidad, el síndrome narcisista maligno y el trastorno narcisista. Kernberg enfatiza las características del trastorno antisocial para permitir al clínico que lo diferencia del síndrome narcisista maligno y del trastorno narcisista hasta su nivel más leve, ya que todos presentan rasgos antisociales.

EN EL TRASTORNO ANTISOCIAL SE DISTINGUEN DOS TIPOS: LOS “PASIVOS-PARÁSITOS” Y LOS DEL TIPO “AGRESIVO”.

Es importante tener en mente que el trastorno antisocial tipo pasivo-parásito puede pasar desapercibido en la infancia particularmente si el entorno muestra a su vez alta tolerancia a este patrón de comportamiento antisocial. Conductas como mentiras, robos, pueden pasar desapercibidas en entornos desestructurados pero no en ambientes estables. Por ello una evaluación minuciosa del paciente y de su entorno es importante. Las tendencias antisociales o la patología narcisista severa en los padres encubrirán también un comportamiento antisocial tipo pasivo parásito en el niño, caracterizado por manipulaciones, abusos, mentiras, robos y engaños.

Sin embargo, si este es del tipo agresivo se identificará con mayor facilidad. Se observan conductas propias de estos cuadros como extrema agresividad en la infancia temprana, violencia extrema hacia hermanos, mascotas, y objetos. Los padres suelen estar aterrizados con estos niños. Los niños muestran falta de afectos, agresividad, tendencias a la manipulación y a la paranoia, y una elevada incapacidad para hacer amigos. Crean un clima de terror en la familia y en la escuela. Los padres suelen tener dificultades para transmitir a los profesionales de la salud la gravedad de la situación.

El autor hace una enumeración detallada de las características de un cuadro que pueda tener el diagnóstico de trastorno antisocial. El detalle de esta descripción es relevante dada la importancia de no confundir éste con la patología narcisista. Entre estas características estarían: la presencia de un trastorno narcisista, que presente o no los síntomas del síndrome maligno, conductas antisociales en la infancia, el desarrollo o no de las funciones superyoicas, el grado de sensibilidad hacia los demás, la capacidad de entablar relaciones duraderas, la capacidad de planificarse en el tiempo, etc.

Es importante explorar los detalles con el fin de averiguar si el paciente padece un mínimo sentimiento de culpa, de vergüenza, ya que de tenerlos se descartaría el diagnóstico de trastorno antisocial. Por otro lado si hay bajo nivel de agresividad hacia los demás podríamos estar ante un caso de narcisismo pasivo. De la misma manera, un paciente sin rasgos antisociales y con conciencia de daño hacia los demás podría ser un síndrome narcisista maligno con ciertas funciones del superyó activadas.

Kernberg cuenta que a la hora de entrevistar a estos pacientes la presencia de manipulaciones, mentiras patológicas, racionalizaciones débiles, es constante y ello llevó a Paulina Kernberg a acuñar el término de “hombres holográficos” porque son personas que evocan una imagen vaga de sí mismos, cambiante. La evaluación requiere por ello de una larga entrevista acerca de su historia, acerca de distintos ámbitos de la vida, con preguntas desde varios puntos de vista, con el fin de conocer de la manera más real posible el pasado del paciente, sin que éste manipule o construya algo irreal.

El comportamiento antisocial no es un diagnóstico en sí mismo. Puede aparecer en pacientes con personalidad límite o con otros trastornos de la personalidad, así como en pacientes con una organización neurótica de la personalidad pero con una identidad del yo integrada. El comportamiento antisocial refleja cierta neurosis apreciable en una adolescencia rebelde siendo lo que se conoce como reacción “disocial”.

En todos estos casos el comportamiento antisocial tiene buen pronóstico con psicoterapia tratando el carácter neurótico subyacente. Por lo tanto entre los pacientes adolescentes con comportamiento antisocial interesa descartar -el síndrome de difusión de identidad, -la presencia de trastorno narcisista, -el síndrome narcisista maligno y la -presencia del cuadro antisocial propiamente dicho.

¿Qué sucede en la relación terapéutica?

Voy a exponer algunos comentarios del autor acerca de lo que es un paciente narcisista en la relación terapéutica. Kernberg intercala las manifestaciones clínicas del paciente con intervenciones terapéuticas que van a implicar a su vez cambios en la actitud del paciente. Me ceñiré a dichas manifestaciones para dejar el detalle del tratamiento para otro apartado.

Kernberg insiste en considerar desde el principio del encuentro con estos pacientes las tendencias suicidas. Estas difieren de las de los pacientes con un comportamiento límite ya que el paciente con conducta narcisista lo lleva a cabo de un modo preparado, premeditado, calculado de forma sádica y fría. Los pacientes con funcionamiento límite lo cometen como algo espontáneo decidido en el momento.

A considerar también la proyección sobre el terapeuta del objeto persecutorio. Esto da lugar a la transferencia con rasgos paranoides que predomina en estos análisis. El paciente narcisista no puede creer que el terapeuta no tenga ningún interés en la terapia, en la relación con él. Llegará a hacer un uso perverso de esta relación utilizando la ayuda ofrecida por el terapeuta como instrumento para desarmarle e ir en su contra.

Asimismo otro rasgo esencial según el autor es la incapacidad para depender del terapeuta. No pueden verse necesitados por él pues esto sería humillante. Ante esta humillación sentida por ellos se desencadenan defensas en forma de actitudes de omnipotencia y de creencia de control del tratamiento. Rivalizan al terapeuta en lugar de colaborar en el análisis. Kernberg explica que el paciente cree que el terapeuta es una "maquina de vender interpretaciones". Le desprecian e infravaloran constantemente como defensa.

Otra característica importante que Kernberg resalta tras su trabajo con casos con patología narcisista es la idealización defensiva. Idealizan al terapeuta diciendo que es el mejor profesional y que por eso está con él, que no se merece menos como paciente. Sin embargo esto puede cambiar en un segundo. Es una forma de llevar ellos el control de la terapia. Le consideran como "el mejor", pero esta es frágil y rápidamente puede ser destruida con infravaloraciones y desprecios. Esta actitud es una forma de control intentando forzar al analista para que sea convincente y brillante, como considera él como paciente que se merece. El paciente necesita que el analista siga siendo brillante y esto le proteja de la tendencia a devaluarse, ya que dicha devaluación del terapeuta dejaría al paciente abandonado y con sentimiento de pérdida.

Un rasgo importante que el autor añade: la actitud de envidia consciente e inconsciente hacia el terapeuta. El paciente ha de sentirse el más importante de la diada paciente terapeuta. Al mismo tiempo el terapeuta es una fuente interminable de resentimiento para el paciente por todo lo que el terapeuta tiene para ofrecer y dar. Esto genera mucha envidia en el paciente. También supone envidia el hecho de ver que el terapeuta puede

entablar y mantener una relación. El paciente puede llevar al acto esta envidia jugando a ser terapeuta, identificándose con él, llevándole a construir la idea de que es él quien es responsable de su mejoría.

A través del análisis de la estructura, las representaciones del yo ideal y del objeto idealizado, consolidadas ambas en la representación de un self grandioso se van poco a poco cuestionando en la transferencia y esto va dando lugar a relaciones transferenciales de objeto primitivas. Esta evolución implica reacciones de agresividad contra el terapeuta y contra sí mismo, incluso reacciones suicidas debido a identificaciones inconscientes con objetos muy hostiles. El triunfo de las relaciones de objeto primitivas se llega a simbolizar mediante la destrucción del cuerpo del paciente.

Los sentimientos del paciente de ambición y de tener derecho a todo adquieren la forma de aparente demanda de amor que se erotiza y se convierte en un agresivo intento de seducir al terapeuta de manera sexual con el fin de destruir el tratamiento y el rol del terapeuta. La falta de madurez del superyó hace que el paciente narcisista no sienta ni padezca las consecuencias de esta perversión ni de su comportamiento destructivo adoptando así conductas antisociales.

Otra manifestación de severa agresión en la transferencia sería el síndrome de arrogancia. Está presente en pacientes con un comportamiento narcisista muy próximo al tipo límite: se da la combinación de un comportamiento arrogante y controlador, junto con mucha curiosidad por la mente y vida del terapeuta, y la "pseudostupidez" (incapacidad de hacer caso a la lógica y a los razonamientos comunes). Se desarrolla en el paciente como un mecanismo de defensa ante su falta de conciencia de la intensa agresividad que le controla. Esta agresividad se manifiesta mediante el comportamiento y no a través de un proceso de representación de afectos.

BREVE MENCIÓN A ALGUNOS ENFOQUES DE TRATAMIENTO

El autor insiste en que las técnicas psicoterapéuticas van a depender tanto de la gravedad del trastorno como de las características del paciente. Las técnicas generales del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica tienen que enriquecerse de acercamientos específicos para poder hacer frente a la transferencia y contratransferencia con estos pacientes.

Kernberg menciona en este trabajo unas conclusiones ya presentadas anteriormente (Kernberg, 2004) en las que se reflejaba que para todos estos casos de pacientes narcisistas, ya sean de bajo nivel de gravedad y para los gravemente afectados es beneficioso el psicoanálisis o la Psicoterapia Centrada en la Transferencia, a menos que por características personales estos tratamientos estén contraindicados, entonces la Psicoterapia de Apoyo o la Terapia Cognitivo-Conductual serán los tratamientos adecuados.

Como explicación a esta afirmación el autor dice que la evolución del tipo de transferencia se va dando en cualquier tratamiento sin embargo la ventaja de la psicoterapia psicodinámica y del psicoanálisis es que permiten ir dando respuesta y solución a través de la interpretación.

Sin embargo, la Terapia de Apoyo y la terapia Cognitivo Conductual reducen y controlan la agresividad del paciente pero no llegan al cambio del inconsciente que es quien desencadena dicha agresión. La terapia de apoyo y la cognitivo conductual modifican los síntomas por medio de la educación. Sin embargo, según el autor, su experiencia le dice que trabajar a este nivel no es suficiente para alcanzar motivaciones subyacentes interpersonales. Además, la actitud del paciente que dificulta la transferencia termina por socavar tanto la terapia de apoyo como la cognitivo conductual. Por lo tanto el enfoque analítico es favorable para estos pacientes.

AL MISMO TIEMPO, DICHO ENFOQUE TIENE SUS LIMITACIONES.

Los tres enfoques psicoanalíticos contemporáneos abogan por el psicoanálisis como el tratamiento adecuado de los pacientes narcisistas: Kohut y la psicología del self, el enfoque kleiniano de Rosenfeld, y el punto de vista del autor de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales.

Hay que puntualizar que Kohut expone límites al tratamiento con pacientes narcisistas. Sin embargo Rosenfeld y Kernberg han ampliado el espectro de casos narcisistas hasta incluir aquellos con rasgos límite. Rosenfeld mantiene el psicoanálisis para estos pacientes pero Kernberg (1984) propone que los pacientes con funcionamiento límite tienen contraindicaciones en el psicoanálisis y necesitan ser tratados con psicoterapia exploratoria o expresiva y si la psicoterapia psicoanalítica está contraindicada Kernberg propone entonces la psicoterapia de apoyo como tratamiento de elección.

Rosenfeld propone una técnica que coincide con los trabajos de Klein: se modifica el análisis clásico con los pacientes narcisistas cuando estos requieren de una exploración sistemática de sus mecanismos de defensa primitivos en la transferencia. Rosenfeld hace hincapié en la importancia de interpretar la transferencia ya sea positiva como negativa y solo modifican su técnica con pacientes narcisistas que tienen rasgos de personalidad límite. Se trata de explorar cuidadosamente la situación que provoca las regresiones paranoides y psicóticas con el fin de contenerlas y elaborarlas.

Kohut deja que se desencadene la idealización narcisista del paciente hacia el terapeuta sin hacer prematuras interpretaciones. Este abordaje permite el despliegue de un tipo de transferencia que llamó "reflejo de espejo". El paciente revive experiencias traumáticas con la contención y el apoyo del terapeuta, así el paciente vive esta relación transferencial cuyo objeto idealizado es el terapeuta, irá interiorizando dicha representación mediante el proceso que llamó "internalización transmutativa" del objeto idealizado. El psicoanalista ha de ser muy empático, focalizando en la comprensión de las necesidades y frustraciones narcisistas del paciente. No ha de centrarse tanto en los conflictos consiguientes al fracaso de la satisfacción de esas necesidades sino en ellas mismas. Así terapeuta y paciente van viendo en donde el analista ha fallado y le ha hecho desencadenar las reacciones infantiles relacionadas con fracasos del pasado. Kohut insiste en un cambio de actitud y no en el cambio de la técnica: se trata de ser mucho más empático en contraste con la idea de neutralidad objetiva como marca el psicoanálisis propiamente dicho, y de centrarse en las debilidades del yo presente y no en los impulsos y conflictos estructurales pasados que ya no existen.

Para Kernberg lo más importante es trabajar el self grandioso que se da en la relación transferencial paciente-analista. La actuación del self grandioso se da en la terapia cuando

el paciente se siente sin habilidades afectivas para responder al analista. El paciente trata al analista como una persona especial proyectando en él una personalidad con mucha autoestima, con sentimientos de superioridad. Esto desencadena una actitud de superioridad en el paciente que sigue proyectando en el analista llegando a generar un clima con la aparente sensación de que hay solamente una misma y única persona. Según el autor es esta la relación que hay que ir trabajando en terapia. Entre los dos irán trabajando este vínculo construyendo un tipo de relación más sana y primitiva. Aquí se va interpretando la expresión de omnipotencia, las reacciones de rabia, los desprecios hacia el analista, las reacciones negativas del terapeuta a consecuencia de la sensación que tiene el paciente al ver que el analista le es de ayuda. Los mecanismos de defensa frente al deseo de control omnipotente, las identificaciones proyectivas, las idealizaciones primitivas y la infravaloración, son constantes en la relación de transferencia y requieren de un trabajo largo y sistemático.

Tras la activación aparentemente simple de la rabia narcisista se encuentran emociones primitivas inconscientes asociadas a relaciones de objeto del pasado, relaciones que fueron patológicas, representaciones del self escindido y conflictos edípicos y pre-edípicos sin resolver.

Estos conflictos pueden ir surgiendo poco a poco a medida que el sí mismo grandioso patológico remite durante el análisis exhaustivo. Va apareciendo una transferencia de carácter paranoide con un surgir de transferencias primitivas que expresan desconfianza paranoide, agresión directa en la transferencia, y, finalmente, la actuación de relaciones de objeto internalizadas reales e ideales, de representaciones de sí mismo reales o ideales. En la etapa final de la resolución del sí mismo grandioso, la situación de tratamiento por lo general se asemeja a la del psicoanálisis de pacientes neuróticos en la que el paciente ya puede establecer una dependencia real del analista, se pueden explorar tanto los conflictos edípicos y los pre-edípicos de una manera diferenciada y simultáneamente se pueden normalizar las relaciones de objeto patológicas y los mecanismos reguladores narcisistas.

Los aspectos detallados de la técnica psicoanalítica dentro de cualquiera de estas fórmulas que compiten están más allá de los objetivos del presente trabajo de Kernberg. Sí precisa que hasta el momento no hay estudios controlados que comparen los distintos métodos de tratamiento. Las discusiones en relación con sus respectivos méritos y los problemas se basan exclusivamente en la experiencia clínica de los psicoanalistas especializados en este ámbito.

Sin embargo la sutil y convincente descripción de la transferencia en los trabajos de Klein llega a transmitir la sensación de una alta eficacia. A pesar de ello la discusión de la eficacia a largo plazo del tratamiento sigue abierta.

CARACTERÍSTICAS QUE COMPLICAN EL TRATAMIENTO Y CÓMO MANEJARLAS.

Por lo general las características de un mal pronóstico se ven desde el comienzo de la evaluación pero todos estamos acostumbrados también a que a pesar de llevar a cabo una evaluación minuciosa, pueden aparecer datos de interés en la mitad del tratamiento alterando nuestro diagnóstico inicial y las hipótesis como pronóstico. Hay manifestaciones que desde el comienzo serán muestra de obstáculos insuperables para llevar a cabo el tratamiento. El autor expone los siguientes casos que reflejan este peligro.

Un tipo de situación difícil es la que se da cuando el paciente lleva asistiendo muchos años a terapia. Pacientes que han colaborado poco en los tratamientos recibidos, esto conlleva la dependencia de los familiares o de personas que les acojan, siempre que tengan posibilidades económicas, o si no, terminan por depender de los servicios sociales. Esta dependencia crónica suele suponer para el paciente una ganancia secundaria que es una de las principales causas del fracaso del tratamiento.

El autor hace referencia al caso de Estados Unidos en el que los pacientes son grandes consumidores de estos servicios, sin embargo no reciben de ellos la ayuda necesaria. El motivo es que estos pacientes acuden a tratamiento consciente o inconscientemente, no porque estén interesados en mejorar sino porque quieren demostrar la incapacidad de los servicios para proporcionarles una mejoría en su salud. Por lo general optan por estar en algún tipo de tratamiento a fin de obtener una vivienda de apoyo, un seguro suplementario o un seguro social por discapacidad. Michael Stone, miembro del Instituto de Trastornos de Personalidad de Cornell, concluye que si un paciente es capaz de ganar al menos 1,5 veces la suma de dinero que está recibiendo de los servicios sociales quizás se motive para trabajar de nuevo. De lo contrario, el beneficio secundario de su enfermedad, el cuidado y apoyo recibidos de los servicios públicos supondrá un mayor beneficio para ellos y por ello su modus vivendi. (Stone, 1990).

El hecho de que el trabajo desde salud mental fracase para el paciente, unido con sus ideas de grandeza, desencadena la siguiente creencia en la sociedad que les rodea: son personas que esconden un genio dentro, no se dejan manejar ni ayudar por otros, son grandes talentos no reconocidos: el pintor desconocido, el escritor inhabilitado, el músico rebelde. Normalmente estos pacientes están dispuestos a estar en tratamiento siempre que éste lo financie un tercero. Abandonan cuando el pago no lo puede llevar a cabo un tercero y a pesar de que ellos tengan ciertos ingresos para pagarlo, no lo quieren financiar.

EN ESTOS CASOS ES MEJOR UN TRATAMIENTO DE CORTE MÁS EDUCACIONAL.

Según Kernberg, en el trabajo terapéutico con estos casos se ha de aclarar que el beneficio secundario del apoyo de terceros, ya sea por parte de los familiares o de los servicios sociales, va a desaparecer. Se ha de aclarar también la importancia de que sean ellos mismos los que se financien el tratamiento. En función de los casos se propone un plazo de 3-6 meses para que el paciente logre este objetivo y que se comprometa a ello de lo contrario el tratamiento se interrumpiría. Desde este primer momento se desencadenan las reacciones inconscientes del paciente que se traducen en el rechazo por hacerse responsables de su mejoría. Se revelan respuestas de resentimiento contra el terapeuta visto como alguien amenazante para el paciente. El paciente proyecta estas representaciones en el terapeuta así como en sí mismo ya que llega a verse como el impedimento para comenzar a mejorar, para respetarse a sí mismo y para comenzar a tener una vida profesional exitosa. Desde este comienzo en el que se marca el encuadre hay que analizar las respuestas transferenciales iniciales ya que tienen contenido de interés para el análisis.

Otro tipo de situación difícil descrita por Kernberg es aquella que se da ante pacientes con gran arrogancia. El síndrome de arrogancia surge desde que el paciente observa la incapacidad de los profesionales de la salud de proporcionarle ayuda y estabilidad. De esto el paciente obtiene un beneficio secundario. Los pacientes se vuelven como

profesionales expertos en su enfermedad. Investigan en internet el pasado y el curriculum de los profesionales, estudian los méritos y fracasos, y se consideran como los que ofrecen al profesional una posibilidad de que éste logre un éxito profesional si les ayudan. Sin embargo no dejan de obtener un beneficio en caso de que la terapia no funcione. Se sentirán vencedores por no haber podido ser ayudados por el terapeuta.

Son personas que tienen también problemas en sus relaciones de pareja, presentan episodios de depresión aguda y síntomas de ansiedad cuando se ven amenazados por problemas. Los síntomas de depresión responden positivamente al tratamiento farmacológico unido a la terapia. Ellos sin embargo no reconocerán el valor de la terapia y solo darán valor al efecto de los medicamentos. Sin embargo a medio plazo la medicación sin terapia dejará de ser de ayuda.

En la evaluación inicial se podrá apreciar en pacientes una arrogancia ego sintónica que puede pasar desapercibida pues se presenta bajo la forma de un comportamiento agradable con el terapeuta, hay que diferenciarla del síndrome de arrogancia explicado anteriormente que se presenta con explosiones afectivas intensas.

En la técnica de trabajo con estos pacientes se deben de incluir en la transferencia las confrontaciones con mucho tacto y el análisis sistemático de las funciones defensivas de la arrogancia, señalando al paciente desde el principio que con devaluaciones al terapeuta la terapia tiene el riesgo de terminar prematuramente. Por lo general el paciente, debido a la identificación proyectiva, siente que el terapeuta tiene una disposición parecida a la suya de desprecio hacia los demás. Así, en la terapia se puede sentir humillado por el terapeuta. Es importante desde el comienzo ir proporcionando al paciente la interpretación de representaciones pasadas con objetos grandiosos que le permitan ver fuera de la relación terapéutica ese tipo de vínculo patológico. Esto facilita la construcción de un vínculo entre paciente y analista sano, donde se vayan dejando de lado relaciones transferenciales megalómanas interfiriendo en el apoyo que proporciona el analista.

Un tercer grupo de pacientes con características de difícil pronóstico es aquel cuyos impulsos autodestructivos inconscientes y la motivación de interrumpir el proceso terapéutico son la fuerza motivacional prevalente. El clínico ha de estar alerta de la gravedad de la situación.

Estos pacientes tienen intentos de suicidio graves y repetitivos, a menudo cuidadosamente preparados durante un período largo de tiempo e incluso alegremente diseñados frente a los ojos del terapeuta. Estos intentos de suicidio se presentan bajo un comportamiento autodestructivo incluso ante relaciones interpersonales gratificantes, incluso en momentos en los que tienen la posibilidad de tener relaciones exitosas. En definitiva, pueden suceder en momentos cruciales de sus vidas frente a los que ellos se quedan impasibles. Estos pacientes acuden a terapia como último recurso tras ver que sus vidas se deterioran enormemente. Esto les supone una carga de esperanza al ver que el terapeuta confía en un posible cambio. Al mismo tiempo, el paciente desafía al terapeuta hablándole de sus intentos de suicidio observando si estos cambian o no la confianza de una posible mejoría. Con frecuencia las familias de estos pacientes reflejan traumas cronificados, incluso abusos físicos y sexuales, un cierto caos en la familia, relaciones simbióticas con la imagen de una figura paterna con extrema agresividad.

La técnica con este grupo de pacientes implica en primer lugar considerar desde el principio el peligro que entraña la amenaza de suicidio. Es un tema a tratar desde el comienzo del análisis. El contrato terapéutico que se negocia al empezar el tratamiento tiene como objetivo marcar los requisitos mínimos que garanticen que la terapia no será una tapadera para que el paciente tenga la oportunidad de tener reacciones autolíticas. Estas premisas han de ser establecidas con mucho cuidado y claridad. Una de ellas es por ejemplo el compromiso del paciente a la hospitalización inmediata si los impulsos suicidas son tan fuertes que el paciente cree que no será capaz de controlarlos, o el compromiso absoluto para detener las conductas que ponen en peligro la continuidad del tratamiento y/o la vida del paciente.

Si el caso presenta rasgos antisociales, el paciente engaña acerca de sus intentos de suicidio, se presenta deshonesto, se construye así una transferencia psicopática que impide cualquier posibilidad de ayuda por parte del terapeuta. El autor pone un ejemplo en el que el paciente se bebe un veneno de rata para quitarse la vida, lo hace en el hospital, se le hace un lavado de estómago, y a pesar de ello el paciente niega haberlo hecho. Así es muy complicado construir cualquier vínculo de confianza y conseguir la adherencia al tratamiento.

Relacionado con esto el autor menciona el síndrome de la “madre muerta” descrito por Green (1993) con el que presenta a una madre ausente afectivamente, sin capacidad para entender las emociones de sus hijos; sin habilidades afectivas y dependiente de los demás. En este síndrome se observa la identificación inconsciente con un objeto muerto. La unión con este objeto, la madre, justifica el desmantelamiento de cualquier relación del sujeto con objetos importantes.

Inconscientemente, el paciente puede negar la existencia de los demás y del self como entidades significativas y este radical desmantelamiento de todas las relaciones de objeto puede constituir, en ocasiones, un obstáculo insuperable para el tratamiento. En otros casos, la auto-destrucción es más limitada, se expresa no mediante comportamientos suicidas, pero sí a través de actitudes que interrumpen el tratamiento marcando así el triunfo de las fuerzas inconscientes del paciente y esto conlleva el fracaso de las principales metas de su vida, como la cura. Esta auto-destrucción puede conducir a la pérdida de extremidades o fracturas, pero sin llegar a la muerte inmediata.

KERNBERG ENFATIZA DOS SITUACIONES COMPLICADAS DE MANEJAR DADA LA GRAVEDAD DE CONSECUENCIAS QUE SE PUEDEN DAR AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

Una de ellas es la situación que se da ante pacientes con conducta antisocial: es importante dilucidar el grado en el que corresponda a un comportamiento simple, aislado dentro de un trastorno narcisista de la personalidad sin otras características importantes que supongan un pronóstico negativo, o si corresponde a un comportamiento grave y crónico o a un comportamiento pasivo que aumenta la ganancia secundaria de la enfermedad, por último y lo más importante, si nos encontramos ante una personalidad propiamente antisocial, ya sea del tipo agresivo o pasivo-parásito como se muestra a continuación.

El comportamiento antisocial puede darse estrictamente en las relaciones íntimas, donde se expresa la agresión y la sed de venganza, sobre todo cuando se acompaña de

importantes rasgos paranoides. Esto puede ser importante cuando, en la transferencia, el comportamiento antisocial es directo contra el terapeuta creando un riesgo tan alto para este que el tratamiento en estas circunstancias no puede continuar. En algunos pacientes, la agresividad y el sentimiento de venganza se actúan contra el terapeuta llegando incluso a amenazas y a problemas legales hacia el terapeuta. El paciente busca generar una reacción contratransferencial en el terapeuta que le permita abrir una acción legal en su contra. Incluso el paciente opta por acudir a un segundo terapeuta y con éste abren una inspección contra el anterior. Este segundo terapeuta se verá metido en este círculo cuando el paciente acuda a un tercero. Puede ser prudente el no aceptar a un paciente mientras tenga procesos legales abiertos relacionados con otras situaciones terapéuticas. Están relacionados con este tipo de casos algunos pacientes con un síndrome hipocondríaco ya que son propensos a acusar a los terapeutas anteriores de no haber reconocido la gravedad de algún síntoma somático o enfermedad.

La segunda situación de difícil manejo es ante pacientes con intentos de suicidio repetitivos. Es muy importante diferenciar la conducta suicida consecuente a una grave depresión de aquella propia de los pacientes que la tienen como un “estilo de vida” típica del trastorno límite de personalidad así como del trastorno narcisista. En este caso, el carácter diferencial de los intentos suicidas referido antes puede ser muy útil. La eliminación o reducción de la ganancia secundaria de la enfermedad es uno de los aspectos más importantes y muchas veces difíciles del tratamiento, sobre todo en la creación del contrato terapéutico inicial y de un marco viable de tratamiento. Los parámetros del contrato han de proporcionar la seguridad adecuada que proteja a ambas partes. En el curso de la psicoterapia psicoanalítica con pacientes con una estructura límite de la personalidad -esto incluye a los pacientes analizados en el capítulo- la aparición de una regresión severa en la transferencia es prácticamente inevitable y con frecuencia toma la forma de esfuerzos por desafiar y romper el marco terapéutico. En cualquiera de esos desafíos, tiene prioridad la seguridad física, psicológica, profesional y jurídica del terapeuta sobre la seguridad del paciente. Esto significa que, mientras que el terapeuta tiene que garantizar la seguridad del paciente por medio de la puesta en marcha del contrato y un marco de tratamiento que proteja a ambos, la seguridad propia del terapeuta es un requisito indispensable para que pueda ayudar al paciente, incluso para la creación de condiciones que garanticen la seguridad del paciente para su adecuado diagnóstico. Este punto parece trivial y obvio si no se diera esta situación de riesgo con la frecuencia con la que se da. Por ello debe de estar bien aclarado y entendido por ambas partes.

Acabo de exponer la descripción de algunas características que según el autor dificultan el trabajo terapéutico. Dicha exposición añade unas pinceladas acerca de cómo se manejarían tales situaciones complicadas. Sin embargo, a continuación expongo un apartado exclusivo para hablar de la transferencia ya que es la vía de mejora para los pacientes con personalidad narcisista.

LA TRANSFERENCIA: HERRAMIENTA PARA EL CAMBIO TERAPÉUTICO.

Este apartado no se destaca literalmente en el capítulo del libro sino que a lo largo del capítulo el autor va explicando lo que sucede en la transferencia. Personalmente lo enfatizo ya que el autor no deja de insistir en la importancia que tiene la relación transferencial para la mejora de los pacientes.

Ante casos con síntomas de arrogancia explicado más arriba, el autor propone que dicha actitud del paciente sirve como defensa frente a la envidia hacia los demás, su interpretación permitirá entender las somatizaciones que esconden la conciencia de esa envidia. Su interpretación permite clarificar el sentido que tiene en la realidad. Asimismo, tras la pseudoestupidez que se observa mediante el desmantelamiento de cualquier razonamiento del terapeuta se esconden los miedos por poder sentirse humillado al verse necesitado de la ayuda del profesional. La interpretación del síndrome de arrogancia es una característica clave en la evolución de la transferencia. Va a permitir el cambio de un tipo de transferencia psicopática a una paranoide. He aquí la señal del comienzo de la adquisición por parte del paciente de habilidades para auto-explorar su agresión primitiva y dejar de actuarla.

Esto requiere que el terapeuta se sienta cómodo en un clima emocional inundado de placer sádico como el generado por estos pacientes. El miedo del terapeuta de su propio sadismo puede interferir en el análisis de este tema con el paciente.

En contraste con los pacientes cuyas motivaciones principales son un desmantelamiento total de la relación de objeto, en cuyo caso la terapia psicoanalítica pierde eficacia por lo que anteriormente he comentado: no se puede llegar a entablar un clima de confianza en el vínculo paciente-analista; el autor hace referencia a pacientes que sí experimentan un reconocimiento implícito de que el terapeuta tiene como objetivo ser de ayuda: de hecho, esta experiencia es lo que desencadena la reacción negativa del paciente. El paciente hace esfuerzos desesperados para transformar al terapeuta supuestamente malo en uno bueno, para transformar al objeto persecutorio en un objeto ideal. En este momento el análisis de la transferencia es crucial, así como la capacidad del terapeuta de contención y empatía para que el paciente aguante. De lo contrario, la constante necesidad del paciente de actuar en la transferencia desde la compulsión a la repetición de reacciones sadomasoquistas podría impedir el desarrollo de dichas capacidades introspectivas.

Si se va trabajando en la relación de transferencia se ve un cambio en las respuestas del paciente, que deja atrás las ideas psicopáticas dando paso a ideas paranoides, el paciente está convencido de que el terapeuta no es honesto con él, proyectando en él su desconfianza. La paranoia se acompaña de la proyección de objetos persecutorios, como mecanismo de defensa. Más avanzada la terapia se desarrollará un tipo de transferencia depresiva debido al desarrollo de cierto sentimiento de culpa y de remordimiento al comenzar a ver las cualidades reales del terapeuta es decir, comienzan a surgir capacidades para interiorizar representaciones de objeto en su totalidad.

Cuando se va dando una mejoría, la envidia decrece, la capacidad de gratitud emerge y al decrecer la envidia decrece el desprecio hacia los demás. El desarrollo de la culpa y de la preocupación va haciendo que emerjan las capacidades del superyó dando lugar a sentimientos más maduros de depresión. Esto es señal del comienzo de la mejoría.

Tal vez el desarrollo de la transferencia más difícil de manejar es el de los pacientes con mucha agresividad. Esta puede presentarse en forma de comportamiento suicida, agresión contra sí mismo, así como con relaciones transferenciales sadomasoquistas en las sesiones. En este último caso, el paciente sádicamente ataca al terapeuta durante un período prolongado de tiempo, intenta llevarle a responder, en su contratransferencia, de la misma manera, sólo para acusar entonces al terapeuta de ser agresivo y destructivo. En este contexto el paciente se ve a sí mismo como víctima frente a los ataques del analista.

Esto lleva al desarrollo de una nueva relación masoquista con el terapeuta: el paciente hace sentirse al terapeuta responsable de su victimismo. La técnica consiste en puntualizar al paciente este patrón de comportamiento cíclico.

La interpretación y el análisis de la reacción provocadora del paciente de fantasías inconscientes es la forma de salir de la angustia vivida por el paciente. En palabras de Kernberg "el hecho de apreciar este vínculo negativo como llave para avanzar en la terapia es una de las tareas más difíciles para el terapeuta con este tipo de pacientes".

La evaluación del desarrollo de la transferencia paso a paso permite entender la relación de objeto dominante en cada momento. Es en la relación transferencial que dichas motivaciones se actúan, así el terapeuta puede valorar el tipo de motivación y de emoción. El objetivo será la integración gradual de dichas relaciones objetales poniendo fin a la escisión de la representación del yo. Con este trabajo se podrá poner fin al síndrome de difusión de la identidad y se podrá alcanzar el establecimiento de la identidad normal de Yo.

TRATAMIENTOS DIFERENCIALES.

Dadas las características anteriormente expuestas de complicaciones para el tratamiento, el autor resume las indicaciones para un tratamiento diferencial desde los enfoques mencionados hasta ahora.

1-Para los casos más leves de patología narcisista, la psicoterapia psicoanalítica focalizada o incluso la psicoterapia de apoyo puede ser el tratamiento de elección, y el psicoanálisis clásico es elegido sólo si la gravedad de la patología lo merece.

2- El psicoanálisis sería el enfoque de tratamiento para el nivel de gravedad intermedio descrito anteriormente, y posiblemente, en algunos casos, para el espectro grave de funcionamiento narcisista en un nivel límite evidente cuando, por razones individuales, dicho tratamiento sea posible.

3-Para la mayoría de los casos con patología narcisista de funcionamiento en un nivel límite o con severa patología antisocial, la psicoterapia psicoanalítica especializada desarrollada en el Weill Medical College Coernell, es decir -la psicoterapia centrada en la transferencia- ,se recomienda como tratamiento de elección.

4-Cuando las condiciones previas individualizadas para el tratamiento no pueden ser satisfechas en el marco del contrato inicial, un programa cognitivo-conductual o un abordaje psicoterapéutico de apoyo puede ser el tratamiento de elección.

El autor enfatiza con todo esto la utilidad de la Psicoterapia de Apoyo basada en los principios del psicoanálisis. Está indicada para los casos en los que la demanda de ayuda es tan intensa que no cabe dependencia alguna del profesional y cualquier tipo de relación de asesoramiento y de apoyo puede ser aceptado. Cuando la ganancia secundaria de la enfermedad es elevada la terapia psicoanalítica tiene sus limitaciones, será también más adecuada una Psicoterapia de Apoyo centrada en la disminución de los síntomas y de las manifestaciones conductuales. En los casos graves con características antisociales que requieren de información continua por parte de fuentes externas y del control social, la neutralidad de la técnica analítica no es lo idóneo. La Terapia de Apoyo es preferible así

como para los pacientes que, como consecuencia de su larga enfermedad ya han estado en terapias sin éxito para ellos y ya han “quemado” todas las posibilidades de tratamiento. En este último caso el paciente tendría que llegar a un acuerdo reconociendo el dolor por haber destruido gran parte de su vida: aquí el juicio sutil y empático del terapeuta con respecto a lo que el paciente puede ser capaz de tolerar es muy importante.

¿Cómo se encuentra la investigación reciente?

Los avances psicoanalíticos para la comprensión de la psicopatología del narcisismo nos han ayudado a desarrollar técnicas específicas para hacer frente a estos pacientes, gracias a esto el pronóstico es mucho más positivo hoy día.

Los nuevos desarrollos en psicoterapia para trabajar con estos pacientes ante los que el psicoanálisis clásico no es adecuado han aportado mejoras significativas gracias a la ampliación del arsenal terapéutico.

Cabe destacar el aporte de Rosenfeld (1987) distinguiendo subtipos de pacientes narcisistas, los de “piel gruesa o fina”. Esta distinción es refrendada por otros clínicos. Russ (2008) habla de tres subtipos: grandioso-maligno, frágil y exhibicionista. Steiner (1993) habló de pacientes con una “organización patológica” como estructura psíquica y define el término de “ausencias psíquicas” para explicar la distancia emocional defensiva característica de este trastorno. Hinshelwood (1994) dentro de la literatura kleiniana habló de “personalidades inaccesibles”.

Tras esta enumeración de algunas aportaciones empíricas el autor resume los últimos acontecimientos de la investigación y destaca la observación de la presencia paradójica de características masoquistas intrínsecas a la estructura narcisista pues con frecuencia se observa su presencia en la descripción clínica de estos pacientes. En estos casos, como describió Cooper (1989), se ve una tendencia a la victimización, un intento inconsciente de provocar circunstancias de humillación y fracaso, una tendencia a dañar objetos o a frustrar y socavar la ayuda potencial, todo lo cual refleja la fantasía inconsciente del paciente de que él es la mayor víctima, el que más sufre. Al mismo tiempo, el paciente presenta un comportamiento autodestructivo constante, al tiempo que expresa su derecho a " ser especial " derivado del sentimiento de ser la mayor víctima. En estos casos, bajo el trastorno de personalidad narcisista subyacen profundas dinámicas masoquistas que se pueden quedar al descubierto en el curso del tratamiento psicoanalítico, revelando las relaciones internalizadas primitivas de objeto gravemente masoquistas.

Otro dato derivado de los trabajos desde la psicoterapia psicoanalítica que destaca Kernberg es el prestar atención a los dos indicadores más relevantes de un pronóstico negativo. Estos son, a los rasgos antisociales y al beneficio secundario de la enfermedad. El componente antisocial puede no ser lo más destacado del cuadro al darse acompañado de un comportamiento agresivo egosintónico hacia sí mismo y hacia los demás, junto con tendencias paranoides, lo que viene siendo el síndrome narcisismo maligno. Síndrome con mal pronóstico pero que responde cada vez más positivamente a las técnicas psicoterapéuticas propuestas. Este síndrome, de lo más severo dentro del espectro del trastorno narcisista, se confunde en la clínica con el trastorno límite. De suma importancia es también la diferenciación del primero, susceptible de tratamiento, con el trastorno antisocial considerado como lo más grave dentro de la patología narcisista, no tratable mediante psicoterapia.

En cuanto a las investigaciones psicoanalíticas sobre la etiología del trastorno narcisista, el autor destaca la presencia de traumas infantiles severos. Con frecuencia casos que sufrieron abandono, con una representación materna agresiva y un cuidado caótico, en unos momentos sobre-estimulando, en otros provocando frustraciones. Las teorías psicoanalíticas que presentan las características de estos cuadros varían pero la mayoría tienen en cuenta como punto de partida las teorías de Rosenfeld, de Kohut y de Kernberg. Independientemente del enfoque teórico, hay poco desacuerdo en la descripción principal de la clínica del cuadro: la presencia de un self grandioso. A pesar de ello, estos enfoques entienden de forma distinta la etiología de la estructura patológica.

Desde la perspectiva de la Psicología del Yo, la estructura psíquica de estos pacientes corresponde a un yo arcaico y primitivo, debido a un yo normal que fue obstaculizado en su desarrollo temprano debido a la falta de empatía de los cuidadores, llevando a un déficit en la formación de vínculos maduros. La transferencia en estos pacientes está dominada por tendencias infantiles, por actitudes exhibicionistas y de grandeza, relacionadas con una estructura del yo inmadura a consecuencia de la falta de empatía por parte de las figuras de apego. El tratamiento psicoanalítico desde el punto de vista de la psicología del yo, insiste en la capacidad empática del analista para meterse en el mundo interior del paciente para poder satisfacer las necesidades tempranas del mismo, y poder así ayudarle hacia el crecimiento de una estructura psíquica madura.

Sin embargo, Rosenfeld y Kernberg no creen que el narcisismo patológico sea consecuencia simplemente de la fijación a un estado del narcisismo normal, sino más bien dicen que es la construcción defensiva de un self grandioso patológico derivado de la integración por un lado de aspectos positivos del yo y de representaciones del yo con un objeto ideal, constituyendo como mecanismos de defensa secundarios frente a mecanismos primitivos subyacentes con relaciones de objeto interiorizadas negativas como consecuencia de privaciones de la primera infancia. Aquí, el tratamiento psicoanalítico se centra en ir activando y resolviendo en la transferencia el yo grandioso patológico con el consiguiente desarrollo de la madurez del yo y de la habilidad para poder entablar relaciones de objeto adecuadas.

Recientemente los conocimientos aportados reflejan una relación entre un tipo de apego evitativo y el desarrollo de rasgos de personalidad narcisista (Fonagy et cols.2003). El tipo de apego va a marcar el desarrollo de normales o alteradas relaciones de objeto internalizadas ("internal working models" en la Teoría del Apego), estas manifestaciones conductuales pueden constituir importantes marcadores del desarrollo de las primeras estructuras derivadas de las relaciones de objeto internalizadas. También se puede identificar el predominio de relaciones de objeto patológicas debido a estados afectivos negativos descontextualizados. Sin lugar a dudas, más tarde la evolución de la dinámica de los acontecimientos intrapsíquicos estructurales, bajo la influencia de la dinámica familiar, también juega un papel importante en la consolidación de un trastorno narcisista de la personalidad. Paulina describió por primera vez el trastorno de personalidad narcisista en la infancia y se refirió a la importancia general de explorar el desarrollo de los trastornos de la personalidad, al menos los más graves, desde la infancia, así como de ampliar nuestro conocimiento acerca de los trastornos de personalidad narcisista en la adolescencia.

Llegados a este punto, no hay estudios empíricos que concluyan nada firme acerca de los efectos del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica con pacientes con trastorno narcisista, como concluye Levy, 2009. Los resultados arriba expuestos no parece que se hayan sacado de estudios realizados específicamente con el fin de valorar la transferencia en pacientes narcisistas desde técnicas psicoanalíticas. O al menos no hay referencia a estudios específicamente realizados con estas técnicas como sí hay de estudios con técnicas de enfoques más generales como el psicodinámico o el cognitivo conductual.

Los casos clínicos con psicopatología narcisista con mejoría después del tratamiento psicoanalítico y la psicoterapia psicoanalítica sí se han notificado en un trabajo del mismo autor (Kernberg, 2004) pero su conclusión es que este campo todavía requiere de una exploración sistemática de los efectos de los tratamientos controlados orientados al manejo de los desafíos propios del trastorno de personalidad narcisista.

Los esfuerzos continuos para explorar los casos que se encuentren en el límite de nuestra comprensión actual han de seguir vigentes en este campo de trabajo en el futuro. Dada la alta prevalencia de este tipo de patología y sus graves repercusiones sociales en muchos casos, esta es una tarea importante en este momento tanto para el investigador psicoanalítico como para un médico.

ALGUNA REFLEXIÓN PERSONAL

Una detallada descripción como la que expone Kernberg de lo que sucede en terapia con estos pacientes va a facilitar el dar con el tratamiento adecuado. Queda claro que a pesar de extraer un comportamiento “típico” de estos pacientes, cada caso es distinto y único, por lo tanto, el trabajo por parte del analista será específico para cada paciente y los estudios específicos acerca de cada patología tienen un límite si ignoran el valor del vínculo terapéutico. No se pueden quedar exclusivamente en la descripción de la patología.

Así, a pesar de estar ante un artículo centrado en la patología narcisista, no cabe duda que el manejo de la relación transferencial cobra cada vez más valor a la hora de velar por la mejoría del paciente. Los últimos abordajes terapéuticos enfatizan el valor de la enseñanza que se puede transmitir al paciente. Esta idea es expuesta por Bush cuando se refiere al “saber saber”. Una actitud interesante beneficiosa para el paciente.

Relacionado con esto es lo que escribió el filósofo Deleuze al tratar el tema de la verdad, “la verdad no consiste en el saber sino en el movimiento que va del saber al no saber”. Esta frase describe la actitud que hay que tener en terapia, un proceso dinámico en constante movimiento. Es lo que se da en cada relación paciente-analista, desde la que se va a ayudar al paciente a que él mismo sea capaz de ayudarse.

Hay que tener en cuenta que esta relación va a ser un ejemplo de futuras relaciones que el paciente va a tener en su entorno de vida. De hecho, lo mismo sucede en el terapeuta, ya no se tiene en cuenta el análisis personal como única vía de crecimiento, sino que en la relación terapéutica el profesional va aprendiendo sin cesar gracias al análisis de la contratransferencia. Es más, el terapeuta aprende mucho de cada encuentro con sus pacientes.

Ampliando un poco el foco de mis comentarios y ofreciendo nuevos puntos posibles de reflexión me viene a la mente el valor del enfoque sistémico. Encuentro que se esconde bajo ideas psicoanalíticas como las siguientes. Se aprecia al hablar de la “conjunción de enfoques” presentada en una de las terapias novedosas como es la Dialéctica Conductual, así como al hablar del “yo observador” semejante al rol del terapeuta inmiscuido en una terapia familiar sistémica. También se presume el valor de la sistémica al resaltar la capacidad del paciente y sus recursos cada vez más considerados en psicoterapias psicoanalíticas. Ya no se ve al paciente como carente de habilidades, como alguien enfermo, sino como a alguien con los recursos no ausentes sino desordenados. Se trata de ayudar a re-construir un material que ya aporta y tiene el paciente.

No cabe duda que sin las aportaciones clásicas del psicoanálisis no estaríamos donde estamos, sin embargo, no por su enorme valor hay que cesar de investigar y de considerar nuevos abordajes, es decir, la labor del profesional en el presente.

BIBLIOGRAFÍA

Bleichmar, H., González Baz, M. (2010) La creación de una mente psicoanalítica: el saber psicoanalítico como proceso. (Busch, Fred). Revista Aperturas Psicoanalíticas N°36, www.aperturas.org.

Díaz Benjumea M.D. (2003) El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline: Revista Aperturas Psicoanalíticas. N°13, www.aperturas.org.

Díaz Benjumea M.D. (2009) El proceso interpretativo en la psicoterapia psicoanalítica de la patología límite de la personalidad: Revista Aperturas Psicoanalíticas. N°33, www.aperturas.org.

Fiorini, H. Bernardi, R., et als. (2001). Psicoanálisis, Focos y Aperturas. Montevideo. Psicolibros, Librería editorial.

Fonagy, P. (1999). Apegos patológicos y acción terapéutica. Revista Aperturas Psicoanalíticas. N°4, www.aperturas.org.

Garnés-Camarena Estruch, O. (2011). La eficacia de la psicoterapia psicoanalítica. J. Shedler Revista Aperturas Psicoanalíticas N°37, www.aperturas.org.

Kernberg, O. (2005). Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica. México: Ed. Manual Moderno.

Legascue de Larrañaga, I. (2011). Teorías Psicoanalíticas de Psicoterapia. Revista Aperturas Psicoanalíticas N°39, www.aperturas.org.

Rosenfeld, H. (1987). El problema del impasse en el tratamiento psicoanalítico. En Rosenfeld, H. Impasse e interpretación. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.