

TRASTORNO DE PERSONALIDAD NARCISISTA.

AUTORA:  
HERNÁNDEZ, VERÓNICA ANAHÍ.

### Resumen.-

*Sigmund Freud, realizando un recorrido histórico, fue el primer psicoanalista que efectuó aportes, a fin de contribuir a la psiquiatría en la clasificación de tipos específicos de caracteres patológicos.*

*Así mismo, diversos autores han brindado contribuciones imprescindibles para la clasificación del Desorden de Personalidad Narcisista como un subtipo de carácter patológico.*

*Psicoanalistas contemporáneos, continuarían alentando la investigación en relación a este tema. Entre ellos podemos citar a Otto Kernberg –Psicología del Yo- y a Heinz Kohut –Psicología del Self-, quienes se refirieron al mismo cuadro bajo denominaciones diferentes: Personalidad Límite y Personalidad Narcisista, correspondientemente; coincidiendo en las características descriptivas, pero manteniendo líneas de pensamiento diametralmente opuestas, en lo tocante a la naturaleza y tratamiento de los individuos con este cuadro “Trastorno de Personalidad Narcisista”.-*

*Palabras Claves: narcisismo, patología, relaciones objetales, trastorno de personalidad, estructuración psíquica.*

### Summary

*Sigmund Freud, realising an historical route, was the first psychoanalyst who carried out contributions, in order to contribute to psychiatry in the classification of specific types of pathological characters.*

*Also, diverse authors have offered essential contributions for the classification of the Disorder of Narcisista Personality like a subtype of pathological character.*

*Contemporary psychoanalysts, would continue encouraging the investigation in relation to this subject. Among them we can mention Otto Kernberg - Psychology of I- and to Heinz Kohut – Psychology of the Self-, who talked about to the same picture under different denominations: Personality Limit and Narcisista Personality, corresponding; agreeing in the descriptive characteristics, but maintaining lines of thought diametrically opposed, as far as concerns the nature and treatment of the individuals with this picture “Upheaval of Narcisista Personality”. –*

*Key Words: Narcissism, pathology, objectless relations, upheaval of personality, psychic structuring.*

### Introducción.

En sus diversas acepciones, el término Narcisismo puede referirse a: una importante línea del desarrollo de cada individuo, un tipo de personalidad, o un desorden patológico de personalidad específico.

Los psicoanalistas, comenzando con Sigmund Freud han contribuido con la psiquiatría, en la progresiva clasificación de tipos específicos de caracteres patológicos y la formulación de recomendaciones en lo tocante a su tratamiento, basadas en las características genéticas, dinámicas y estructurales que los definen. Así también, la investigación psicoanalítica ha arrojado nueva luz sobre el “descubrimiento” y sistematización de nuevos desórdenes de personalidad, que en 1980 fueron incluidos en el DSM III. La categoría “*Trastorno de Personalidad Narcisista*”, es definitivamente uno de ellos. El DSM IV divide los desórdenes de la personalidad en tres clusters, ubicando el Trastorno de Personalidad Narcisista en el cluster B “Trastornos Dramáticos”, que incluye el Trastorno de Personalidad Antisocial; Histriónico; Límite y Narcisista. Estos trastornos de Personalidad se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales, comportamiento impulsivo, emotividad excesiva, grandiosidad y actings out. Sin embargo, aún existe gran controversia acerca de las características dinámicas, genéticas y estructurales de estos individuos, así como de su tratamiento.

Numerosos investigadores han aportado importantes contribuciones a la clasificación del *Desorden de Personalidad Narcisista* como un subtipo de carácter patológico. Podremos captar los desacuerdos existentes respecto a su naturaleza y tratamiento, comparando los trabajos realizados por dos psicoanalistas contemporáneos: **O. Kernberg** y **H. Kohut**; quienes se inclinaron por la *Psicología del Yo* y la *Psicología del Self*, y consideraron este mismo cuadro, bajo diferentes denominaciones: como *Personalidad Límite* y como *Personalidad Narcisista*, respectivamente.

Para comprender cómo llegan O. Kernberg y Heinz Kohut a puntos de vista tan diferentes, es necesario realizar un breve recorrido histórico en la evolución del pensamiento psicoanalítico referido al narcisismo, visto desde diferentes escuelas psicoanalíticas. Para ello, se citara aquellos puntos de vista que en especial, precedieron e influenciaron a estos autores.

El Psicoanálisis necesita para poder sobrevivir, adaptarse y progresar de la integración de sus diferentes corrientes. Para comprender acertadamente el estado actual y las diferentes interpretaciones acerca de la organización del psiquismo y de los fenómenos complejos que se presentan tanto en la situación clínica como en la vida, se recorrerá en secuencia histórica, las sucesivas apariciones en el cuerpo teórico del psicoanálisis; los desarrollos más destacados y los elementos esenciales de cada uno de los momentos que se han ido sucediendo.

El conocimiento de cada teoría es de inapreciable valor para escudriñar todo tipo de fenómeno patológico, y para polemizar y profundizar acerca de los problemas de la clínica.

### Recorrido Histórico.

Lo primero en aparecer, la *Psicología de las Pulsiones*, es traída por Sigmund Freud e ilumina el campo tan oscuro entonces, de la sexualidad infantil, la transformación de las pulsiones sexuales, y su papel en la formación de síntomas. Pero según algunos autores, Sigmund Freud provenía de una familia razonablemente cohesionada (aún en los conflictos) y esto, lo excluyó de poder ver con claridad los problemas de las funciones yoicas por defecto (déficit), y restringió su acceso a solo una parte de la psicopatología. Pasados los años, el mismo S. Freud fue necesitando mayor comprensión sobre la represión y las defensas en general, y por consiguiente, del Yo. Estas serían las semillas tempranas de los desarrollos de la Psicología del Yo, de H. Hartmann y de Kris. El trabajo de A. Freud con niños, continuaría ampliando este campo. El resultado final sería la Teoría del Yo, de su desarrollo y sus funciones.

La **Psicología del Yo**, contempla a los individuos en términos del lento proceso de mejorar sus capacidades de adaptación, realidad, prueba y defensa. El acento está puesto en la defensa y su papel en el conflicto y en los problemas de defectos yoicos. Es decir, a esta teoría, le interesan las conductas de ajuste, de defensa y la prueba de realidad. Cuando estas funciones se desarrollan bien, terminan produciendo un sujeto competente, o sea, capaz de hacer que las cosas sucedan. Lo esencial, es que estas funciones tengan una cualidad autoimpulsada. Lo relevante, es que el Yo en su desarrollo, alcance la capacidad de mantener su propia organización, evitando el afecto negativo frente a las dificultades. El Yo no sólo sería el servidor de cuatro amos (el Ello, la realidad, el Superyó y la compulsión a la repetición) sino que tendría actividad propia, intereses y motivación de afirmarse a sí mismo, asimilando en su desarrollo las fuerzas ajenas. Este es el nivel de motivación clínicamente relevante en el dominio de la Psicología del Yo.

En esta línea de pensamiento su ubica **O. Kernberg**, donde su contribución para la comprensión de la naturaleza tanto normal como patológica del narcisismo, puede apreciarse en su síntesis e integración de la “Psicología Contemporánea del Yo”, con aspectos de diferentes teorías referidas a las relaciones objetales, incluyendo principalmente la de M. Klein y la de W. Fairbairn.

Los escritos de M. Klein y de W. Fairbairn, establecen dentro del Psicoanálisis el conocimiento de las pulsiones tempranas (libidinales y agresivas), y la búsqueda del objeto más como necesidad que como descarga. Fairbairn, anticipándose a H. Kohut, rechaza la teoría clásica y la reemplaza con una teoría de la personalidad basada en el establecimiento de las relaciones objetales. En esta teoría, sitúa las relaciones que se establecen con los demás y su mantenimiento, como determinantes de la motivación, del desarrollo, conformación de la estructura y terapia.

La comprensión de las relaciones de la pulsión con el objeto, encuentra su acabamiento más fino con el pensamiento de D. Winnicott, como puente entre las ideas de ambos autores, aclarando para la clínica, los fenómenos que M. Klein habría descrito como fantasías inconscientes, provenientes de las pulsiones, y que él ve, como producto de la relación madre-hijo. Aquí, el foco de interés se vuelve hacia la observación de la temprana relación del mundo con su entorno y cuidadores.

Algunas ideas que había dejado S. Freud acerca de las “Neurosis Narcisistas”, en las que la transferencia no se podía establecer, reflejan su observación de que algo,

**Trastorno de Personalidad Narcisista.**

**Autor: Hernández, Verónica Anahí.**

básicamente defectuoso impedía la conexión del paciente con los otros. Esta dirección de desarrollo, es la que seguirá H. Hohut, llamando la atención sobre un tipo de patología diferente de la neurótica clásica, y con formulaciones centradas en la evolución de un self, cuya historia se basa en los reforzamientos, apoyos, idealizaciones y espejamientos con los otros.

**H. Kohut**, intenta inicialmente integrar los hallazgos de la teoría clásica de la “Psicología del Yo”, pero luego la rechaza y crea una nueva escuela psicoanalítica, la “**Psicología del Self**”. Esta no surge por supuesto del vacío, sino que refleja tanto aspectos basados en el pensamiento de la Psicología del Yo, como también de las teorizaciones referidas a las relaciones objetales, incluyendo a F. Ferenczi, M. Balint y muy especialmente, a W. Fairbairn.

La Psicología del Self, mira al individuo en términos de la progresiva diferenciación (yo-tu), desde experiencias tempranas, y consolidación de sus límites, sobre todo de la continuidad y cohesión, en el sentido subjetivo de su self; además del tono afectivo, proveniente de su autoestima, positivo y flexible con respecto a su realidad; o bien del fracaso, total o parcial, de alguna o de todas estas áreas. Momentos tempranos evolutivamente importantes son, para esta teoría, los del aprendizaje del control de los impulsos, con el establecimiento de un repertorio variado y eficaz de defensas.

Desde le principio de la vida, en el individuo se va constituyendo un self, como un sistema homeostático de regulación de los propios estados afectivos, de los límites y de la continuidad y subjetividad. Desde el principio, la incomodidad subjetiva es un estado que hay que aliviar, mediante esfuerzos automáticos para mantener el self-preferido. Como al principio, el alivio proviene de los cuidadores, y tiene que internalizarse gradualmente, es importante la construcción de los límites (yo-otros), la alteridad, los intereses propios y los ajenos, y al llegar a ser agente activo de sí mismo y no de fuerzas interiores o exteriores que dirigen al sujeto como si fuera un autómeta. Cuando esto no funciona adecuadamente, el estado subjetivo del self se halla en riesgo constante, tanto en situaciones interpersonales o de soledad, y la necesidad de corregir este estado subjetivo mediante la omnipotencia, negación o manipulación, se vuelve una fuente constante de motivación. La Psicología del Self, reconoce la necesidad básica de mantener un self vital y cohesivo como centro psíquico donde se inician, organizan e integran la experiencia y la motivación humana. La acción terapéutica, apunta a la recuperación del self (experiencia emocional correctiva), la ampliación conjunta de la conciencia y la recategorización (reorganización) de los esquemas representacionales patógenos, abriendo la posibilidad a nuevas representaciones simbólicas (proceso de reorganización psicológica). La Teoría del Self, no niega la teoría psicodinámica, cuya cura se basa en los aspectos regresivos o regresivos, sino que agrega la posibilidad de crear, de reconstituir, como fin u objetivo de la terapia.

### *Conceptualizaciones psicoanalíticas acerca del narcisismo desde S. Freud hasta O. Kernberg y H. Kohut.*

#### *Contribuciones de Sigmund Freud.-*

Las primeras contribuciones psicoanalíticas importantes sobre narcisismo normal y patológico, fueron efectuadas por S. Freud (1905, 1910, 1911, 1912-1913, 1914, 1916-1917). Desafortunadamente, todos estos aportes tuvieron lugar antes de que S. Freud,

descubriera la serie de artículos que transformaron el Psicoanálisis (“Psicología del Ello”) en una “Psicología del Yo”; antes de que se formulara su hipótesis estructural de la mente constituida por el Yo, el Ello y el Sí; antes de que se revisara su teoría sobre la angustia, y antes de que hubiera propuesto la agresividad como motivación igualmente importante a la sexual, en la determinación del curso de la evolución.

Una Psicología contemporánea del Yo, fue abordada por H. Hartmann y E. Jacobson, al emprender su aproximación al estudio del narcisismo. Sin embargo, el trabajo de S. Freud, sigue ejerciendo influencia y en algunos aspectos, continúa siendo clínicamente relevante.

### Los aportes de S. Freud incluyen:

- Haber introducido el concepto de narcisismo al Psicoanálisis y haber investigado su influencia sobre el fenómeno normal como patológico.
- Haber establecido que el narcisismo posee sus propias líneas de desarrollo, que van desde una forma infantil a una forma madura, que influye en gran medida en la conformación de la estructura psíquica.
- Haber notado que la evolución del narcisismo puede desviarse de las líneas normales y como consecuencia de ello, aparecerían formas específicas de patologías narcisistas.
- Haber descubierto que el narcisismo determina tipos específicos de relaciones objetales con elecciones de objetos narcisistas, que resultan de importancia tanto en la evolución normal como en el advenimiento de la patología.
- Haber postulado que la evolución del narcisismo hace a la experiencia y a los sentimientos que uno tiene de sí mismo, especialmente en lo tocante a la valoración personal y la autoestima.

### El Narcisismo como factor determinante de formas psicopatológicas específicas.-

Como era característico de S. Freud, descubrió el narcisismo normal como consecuencia de haber hallado primeramente fenómenos patológicos. Las psicopatologías que encontró desusadamente narcisistas, incluían dos tipos: perversión social y esquizofrenia. Fue su investigación de la esquizofrenia lo que lo condujo a la hipótesis de un “narcisismo primario” como un estado normal del desarrollo psicosexual, pero también, lo condujo a un narcisismo en el que podría darse una fijación y/o regresión posterior, que eventualmente conducía a psicopatologías graves. Esto llevó a S. Freud, ha establecer la diferencia entre “neurosis narcisista” y “neurosis de transferencia”.

S. Freud, creía que un individuo establecía sus relaciones con los otros y con el mundo, por medio de la catexización de las representaciones mentales de estos, con una energía libidinal. Si esta catexia era retirada, los otros y el mundo dejaban literalmente de existir. S. Freud, consideraba que el primer evento psicológico en la escisión esquizofrénica, se trataba de la ruptura con la realidad. “*El esquizofrénico parece haber realmente retirado su libido de las personas y los objetos del mundo externo, sin haberlos reemplazado por otros en la fantasía*” (1914). Posteriormente, S. Freud, postuló que la libido que había sido retirada de la realidad externa, era luego reintroyectada al Yo del paciente.

Esta postura lleva a S. Freud a mantener que estos pacientes, eran incapaces de establecer transferencia con el terapeuta, y que sin ella, el psicoanálisis no era factible. Más tarde, se comprobó que estos pacientes desarrollan transferencia susceptible de análisis y por lo tanto, la distinción freudiana entre neurosis narcisista y neurosis de transferencia, caduca. Este hecho, pospuso el interés y disminuyó la simpatía por la investigación acerca de la naturaleza y funcionamiento de los desórdenes narcisistas y su tratamiento.

*El Narcisismo como factor determinante en el establecimiento de las relaciones normales y patológicas con los otros.-*

S. Freud, llegó inicialmente al concepto de una elección de objeto específicamente narcisista, a través del análisis de los factores genéticos y dinámicos, determinantes de un tipo de elección de objeto masculino homosexual.

El concepto de S. Freud, acerca del narcisismo primario y su teoría de que, en la medida en que los otros son investido por la libido, disminuye el investimento del propio Yo, son dos aspectos de la teoría freudiana que han sido reiteradamente criticados.

Muchos de los investigadores que criticaron la evidencia que S. Freud, ofreció a favor de su hipótesis acerca de la existencia de un narcisismo primario, sostuvieron que el mismo, presentó evidencia acerca de la existencia de un narcisismo secundario. Este se refiere al hecho de hacer para uno o hacerse a uno mismo, aquello que inicialmente fue hecho para nosotros por los demás.

Íntimamente ligado al concepto de narcisismo como línea de desarrollo, hallamos el concepto que sostiene que la evolución desde las formas infantiles hasta las formas maduras del narcisismo, contribuye a la constitución de la estructura psíquica. S. Freud comienza a cuestionar qué y cómo el niño internaliza aspectos de sus relaciones interpersonales con los otros y en consecuencia, conforma su estructura psíquica permanente, con funciones variables, que conduce a que el niño cuente con agentes intrapsíquicos que realicen aquello, que en el inicio, requería de otro. Todos estos temas se encuentran hoy en discusión; O. Kernberg y H. Kohut, se oponen en sus teorías respecto a estos temas, en especial cuando hacen referencia a individuos con desórdenes de personalidad narcisista.

S. Freud postuló que el pasaje del narcisismo infantil a un narcisismo maduro contribuye a la formación del Yo Ideal como constituyente importante del Superyó:

*“Este Yo Ideal es ahora objeto de amor a sí mismo del que se disfrutó durante la infancia. El narcisismo aparece desplazado hacia este nuevo Yo Ideal, al igual que el Yo de la infancia, se encuentra dotado de toda perfección. El individuo no desea renunciar al narcisismo perfecto de la infancia; cuando se va haciendo adulto, se ve perturbado por las reprimendas provenientes de los otros y por el despertar de su propio juicio crítico, de manera que ya no puede retener dicha perfección y busca recuperarla en una nueva forma de Yo Ideal, al cual proyecta ante sí mismo como ideal en reemplazo del narcisismo perdido de la infancia, en que él era su propio ideal”.* (FREUD S., V 14, Pág. 91).-

La peculiar relación entre el Yo Ideal, sus contenidos y la naturaleza de su funcionamiento en las vicisitudes, en la línea de desarrollo del narcisismo, han sido

repetidamente afirmadas y luego, exploradas por los psicólogos del Yo, incluyendo entre ellos a O. Kernberg y a H. Kohut.

### *El narcisismo contribuye a la regulación de la Autoestima.*

S. Freud postuló tres factores en la determinación de la autoestima: 1.el amor a uno mismo, 2.el ser amado por los demás, 3.el éxito en el logro de los objetivos y metas que el Yo Ideal se propone.

Con respecto al amor a sí mismo, S. Freud observó que: *“Parte de la preocupación por el sí mismo es un residuo del narcisismo infantil”*. Respecto al ser amado por los demás, escribió: *“Como hemos indicado, la meta y la satisfacción en la elección de un objeto narcisista está en ser amado...ser amado, ser correspondido y poseer el objeto amado, aumentan la autoestima”*. Y finalmente, afirmó: *“Todo cuanto una persona posee o logra, cualquier remanente del sentimiento primitivo de omnipotencia ayuda a incrementar la preocupación por el sí mismo”*.

Los comentarios de S. Freud acerca de la relación entre el narcisismo y la regulación de la autoestima, son más bien reducidos y simplemente anticipan la naturaleza de su interconexión. Para los investigadores de la Psicología del Yo, este tema se ha convertido en absolutamente central, en la medida que sostienen que las relaciones de objeto narcisista, tienen como función central el establecimiento y mantenimiento de un self cohesivo asociado con un progresivo sentimiento de autoconsideración y autoestima. Los escritos posteriores de H. Kohut, se hallan en completo desacuerdo con S. Freud, en cuanto a las estructuras y procesos que subyacen a la regulación de la autoestima. Si bien, sus primeros escritos reflejan la influencia freudiana sobre su pensamiento, O. Kernberg, en contraste con H. Kohut, ha permanecido más cercano a S. Freud, pero su visión en relación a la regulación de la autoestima, se ha modificado y extendido a la luz de la experiencia clínica post-freudiana y las contribuciones teóricas de otras escuelas psicoanalíticas.

La Psicología del Yo, ha extendido el trabajo de S. Freud. Entre sus representantes se puede citar: los trabajos de H. Hartmann, E. Jacobson y A. Reich.

Uno de los problemas que debieron enfrentar en la era pos-freudiana fue la definición freudiana del narcisismo como fijación libidinal al “Yo”. Es importante recordar que S. Freud, escribió sus artículos más destacados acerca del narcisismo antes de su conceptualización del Yo. En la introducción a su artículo “Introducción al narcisismo” (1914), los editores hacen notar que:

*“El significado que S. Freud le dio al término “das ich” (Yo), ha sufrido gradualmente una serie de modificaciones. En un principio uso el término sin gran precisión, como podríamos hablar del self; pero en sus últimos escritos, le otorgó un significado más preciso y limitado. Este artículo se ubicaría en un punto de transición de ese desarrollo”*. (Pág. 69).

Las aclaraciones de H. Hartmann y de E. Jacobson, sobre la distinción entre el “Yo”, el “Self” y el “concepto de sí”, resultaron críticas para las exploraciones psicoanalíticas posteriores, sobre la naturaleza y funcionamiento del narcisismo normal y patológico.

**Trastorno de Personalidad Narcisista.**  
**Autor: Hernández, Verónica Anahí.**

Se cree que fue H. Hartmann, quien primero bogó por una redefinición del narcisismo en términos de Self. También fue quien inauguró los esfuerzos por comprender el narcisismo en términos de la Psicología Post-freudiana del Yo y disipar el equívoco, que se presentaba entre el concepto de narcisismo y de catexis del Yo.

*“La diferencia entre narcisismo y catexización libidinal del Yo fue y es ampliamente utilizada en la literatura psicoanalítica, pero en algunos pasajes S. Freud, también se refiere a estos conceptos como “la catexización de la propia persona, del cuerpo o del self”. Pero esta diferenciación resulta esencial si intentamos abordar los problemas que involucra la consideración de la teoría estructural de S. Freud. Pero de hecho, cuando se utiliza el término “narcisismo” parecen confundirse, dos connotaciones diferentes y a su vez opuestas, dos pares antitéticos. El primero se refiere al Self (sí mismo), la propia persona en contraposición al objeto, el segundo alude al Yo (como sistema psíquico) en oposición a las demás subestructuras de la personalidad. Sin embargo, lo que se opone a la catexis de objeto no es la catexización del Yo (ego catexis), sino la catexis de la propia persona, es decir, catexis de sí mismo (self-catexis), más allá de que la catexis esté situada en el Ello, el Yo o en el Superyó. Esta formulación considera que de hecho encontramos el narcisismo en las tres instancias psíquicas, pero en todos los casos se da la oposición con la catexis del objeto. Por ello sería más conveniente definir al narcisismo como la catexis libidinal no del Yo sino del sí mismo...Incluso en los casos donde se acostumbra a decir que “la libido ha sido reintroyectada al Yo” o que “la catexis del objeto a sido reemplazada por la catexización del Yo”, en realidad, deberíamos hablar de “una vuelta de la energía al sí mismo” en el primer caso, y de un reemplazo por “el amor propio” en el segundo”.* (HARTMANN H., VOL. V, 1950).

Así mismo, A. Kogan en su libro “El Yo y el sí mismo” considera que en la unidad personal más vasta, la personalidad, distinguimos el sí mismo como un centro más radicalmente individual y significativo. Lo que en verdad cada uno es en su sí mismo, y esto significa no el conjunto de las conductas o vivencias generales de la especie humana, sino de las que son privativas de cada uno en cuanto hombre único y que dotan de sentido a su vida. Se entiende el sí mismo, como una forma de encarar la realidad humana.

A su vez, A. Kogan introduce una diferenciación entre el sí mismo corporal y el sí mismo social. El primero, se refiere a que, en la historia de su desarrollo pasa de una fase de indiferenciación, sincrética, hasta la constitución de una individualidad singular e integrada. Las primeras distinciones y estructuraciones van siendo establecidas paulatinamente y corresponden a las vivencias del propio cuerpo (discriminación psicológica del propio cuerpo). El segundo, alude a la importancia que reviste la comunicación, entendida como interacción humana, en la formación del self. La emergencia del self depende de que la persona humana logre objetivarse a sí misma, proceso que requiere la introyección de las actitudes de otros hombres en respuesta a la propia actuación. Solo cuando se hacen propias las actitudes del grupo social al que se pertenece, se llega a ser una persona completa.

El Yo es en cambio de índole ejecutiva; sus funciones, que entran frecuentemente en conflicto, poseen un denominador común: el contacto con la realidad. Es el Yo, el que nos permite conocerla y actuar en ella de manera coherente y como la persona que somos.

El self es la totalidad del ser psíquico y físico; no es una instancia, es una entidad. Algunos autores la definen como una supraestructura que engloba a las instancias. Contiene al Yo, al Ello y al Superyó, y a la vez es consciente, preconsciente e inconsciente.

El término self, introducido por H. Hartmann, se refiere a la persona total de un individuo, incluyendo el cuerpo, así como la organización psíquica y sus partes. El self es un término descriptivo auxiliar que puntualiza a la persona como algo distinto del mundo de los objetos circundantes. También fue pionero en cuanto a las contribuciones referidas a los procesos involucrados en la gradual diferenciación del self del mundo objetal.

El concepto de narcisismo primario es un término útil para el más temprano período infantil, que precede al desarrollo del Self y las imágenes objetales; período durante el cual, el infante es todavía ajeno a todo aquello que no sea sus propias experiencias de tensión y alivio, de frustración y gratificación. Este término, no hace referencia a la diferenciación de energía estructural así como tampoco, al establecimiento y carga correspondientes del self y las representaciones objetales.

El desarrollo del narcisismo secundario, comienza con el primer estadio del desarrollo del Yo. En este período se han desarrollado los impulsos libidinales y agresivos por un lado, y toman lugar todos sus grados de fusión, por otro. Los objetos comienzan a ser distinguidos unos de otros y del self, y sus diferentes representaciones en el nuevo sistema; el Yo, se dota gradualmente de una duradera carga libidinal y agresiva. S. Freud, en su artículo “El Yo y el Ello” escribe:

*“El Ello emplea una parte de esta libido en cargas eróticas de objeto, después de la cual el Yo, robustecido ya, intenta apoderarse de esta libido del objeto e intenta imponerse al Ello como objeto erótico. El narcisismo del Yo es, de este modo, un narcisismo secundario sustraído a los objetos”.*

Enfatiza el hecho de que el desarrollo del narcisismo secundario es un complejo proceso íntimamente relacionado con la diferenciación estructural y la constitución del sistema del Yo.

El Ello es la fuente de donde emergen todos los impulsos libidinales y agresivos dirigidos al objeto. Uno de los logros más importantes del desarrollo infantil es la formación de representaciones objetales estables y del establecimiento de cargas libidinales objetales duraderas en el sistema yoico.

Las representaciones del self (representaciones endopsíquicas conscientes, preconscientes o inconscientes del self mental y corporal en el sistema yoico) no son nunca estrictamente conceptuales; se mantienen bajo las influencias de nuestras experiencias emocionales subjetivas, aún más que las representaciones objetales.

El núcleo de las imágenes del self, en la temprana infancia, son los recuerdos de sensaciones placenteras y displacenteras, que bajo la influencia del autoerotismo y el comienzo de la actividad funcional y de la investigación traviesa que el niño realiza de su cuerpo, permiten su asociación a las imágenes corporales.

En un principio nuestra imagen del self, como la imagen objetal primitiva, no constituye una unidad firme. Emergiendo de sensaciones que son difícilmente distinguibles de las percepciones de la parte gratificante del objeto, es al comienzo, fusionada y confundida con las imágenes del objeto. Los procesos de represión y negación, ejercen influencia sobre la formación de nuestras imágenes del self y del mundo objetal.

Las imágenes se unifican, organizan e integran hacia una concepción más o menos real del mundo objetal y del self, con el desarrollo progresivo psicosexual y del Yo, con la

maduración de las habilidades físicas y mentales de los procesos emocionales e ideacionales y de testificación de la realidad, y también, con la progresiva capacidad para la percepción y autopercepción para el juicio y la introspección.

La imagen del self, se establece desde dos fuentes: 1-De una percepción directa de nuestras experiencias internas, de sensaciones, procesos mentales y emocionales, de actividad funcional; 2-De una autopercepción e introspección indirecta; por ejemplo: percepción de nuestro self mental y corporal como un objeto.

La imagen del self, es aquella que refleja correctamente el estado y las características, las potencialidades y habilidades, las posibilidades y los límites de nuestro self mental y corporal, por un lado; de nuestra apariencia, anatomía y fisiología; por otro lado, de nuestro yo, de nuestros sentimientos y pensamientos conscientes y preconscientes, deseos, impulsos y actitudes, de nuestras funciones físicas y mentales de nuestra conducta. Desde que el ideal del Yo y del Superyó son parte de nuestro self mental, tal imagen debe también representar correctamente nuestros ideales conscientes, preconscientes y nuestro self mental; tal imagen debe también representar correctamente nuestros ideales conscientes, preconscientes, nuestra escala de valores y la efectividad de nuestras funciones autocríticas. Depende del grado con que el Ello se comunique con el Yo, o encuentre acceso a él, que esté naturalmente representado en la imagen del Self. Esta concienciación encontrará una expresión emocional en la experiencia de identidad personal (sentimiento de self).

El tomar conciencia del objeto y del self, no se origina simplemente de las fuentes orales. Las tensiones libidinales orales y sus gratificaciones, llevan a experiencias placenteras y displacenteras determinadas, que constituyen el primer y más importante puente hacia la madre. Las actividades y los actos maternos que proveen al niño de estímulos libidinales, gratificaciones y restricciones, y que por lo tanto facilitan sus vínculos emocionales, transforman concomitantemente a la madre en su Yo externo y la seguridad para su supervivencia. Estos actos y actitudes estimulan y promueven el crecimiento físico y mental de su yo, dándole al niño el principio de realidad y las primeras normas morales.

Inducidas por experiencias de frustración y separación del objeto amoroso, comienzan a surgir fantasías de incorporación del objeto gratificante, como expresión del deseo de restablecer la unidad perdida. Estas fantasías de unión son las bases sobre las que se construyen todos los tipos de relaciones objetales y todos los tipos de identificaciones futuras. El contacto físico con la madre es el precursor de las futuras relaciones objetales y también el origen del primer tipo de identificación primitiva, identificación que se alcanza por una fusión del self y las imágenes objetales.

Aún cuando el niño ha progresado a una total concienciación de sí mismo y de sus objetos de amor como entidades individuales, su dependencia de su madre para la satisfacción de la mayoría de las necesidades instintivas y la realización de las funciones yoicas, aun continúa previniendo así, la completa separación de las imágenes del self y de la madre, quien continuará por algunos años, siendo solo una extensión de la imagen del self del niño.

La creciente actividad motora del niño, aprender a hablar, caminar, comportarse como los padres, el control de esfínteres, comienzo del control instintivo, marcan el progreso de la formación del Yo.

El establecimiento de representaciones reales del objeto y del self, se debería a la maduración progresiva de las funciones perceptivas externas e internas. A medida que

**Trastorno de Personalidad Narcisista.**

**Autor: Hernández, Verónica Anahí.**

el niño entra en el segundo año de vida, se establecen cambios en las relaciones objetales; índice de transición gradual entre la fase simbiótica infantil temprana hacia la etapa de individuación e iniciación de la autonomía secundaria del Yo. Marca la introducción en la organización psíquica de la categoría temporal de futuro; presupone la habilidad de distinguir rasgos particulares físicos y mentales de los objetos. Hay esfuerzos ambiciosos por logros reales. Los deseos de unirse a los objetos de amor, retroceden para dar lugar a los deseos de asemejarse realmente a ellos. Meta alcanzada en virtud de las identificaciones selectivas, basadas en mecanismos de introyección parcial. Esto supone una nueva etapa en el desarrollo de las imágenes del Self: la distinción entre las imágenes reales del Self y las deseadas. Distinción con implicancias significativas en el desarrollo del sentimiento de identidad. El niño a esta edad, descubre su propia identidad, la experiencia del Yo soy Yo. Esto no significa que el niño ya haya adquirido un duradero y consistente concepto de su self como una entidad.

El amor parental es la mejor garantía para el desarrollo de una conciencia objetal y del self, de relaciones amorosas y sociales saludables y de identificaciones duraderas, y en consecuencia, para una normal formación del Yo y del Superyó.

La creciente prevalencia de las investiduras libidinales sobre las agresivas, construyen concomitantemente, la dotación libidinal de las imágenes del self, que es una condición previa para el logro de la autoestima y para la formación de un concepto unificado del self.

Las tendencias edípicas competitivas y sexuales y el descubrimiento de la identidad sexual –importante componente de la identidad personal-, no solo estimulan el desarrollo de las relaciones objetales e identificaciones en general del niño, sino que influyen decisivamente en su dirección.

Hacia el final de la fase edípica, la influencia de las prohibiciones sexuales y el temor a la castración, refuerzan las ataduras afectivas y la neutralización de impulsos en general. Pensamientos desexualizados y procesos de sentimientos, triunfan gradualmente por sobre los impulsos y fantasías sexuales. Con la gradual maduración de las funciones del Yo autónomo, la construcción de las identificaciones del Yo y relaciones objetales, representaciones del self y objetales, avanzan en forma creciente.

Hacia el final de esta etapa, se establece un nuevo sistema funcional, el Superyó, que da gran ímpetu a todos los procesos del desarrollo. Gran cantidad de energía psíquica puede ser liberada y utilizada. Desde entonces el desarrollo de actividades físicas no sexuales, sociales e intelectuales, experimentan un rápido progreso. Se inicia el período de latencia.

Los deseos sexuales son reprimidos y retroceden para ser reavivados durante la adolescencia.

Las identificaciones del Yo con las imágenes parentales reales, comienzan a desarrollarse verdaderamente en interacción con identificaciones del Superyó. Después del período infantil de la formación del Superyó se tornan importantes, especialmente al final de la adolescencia, por las modificaciones y equilibrio que el Superyó sufre en este período.

### *La Psicología del Self según H. Kohut.-*

Para que se provoque y mantenga la transferencia narcisista en el paciente con el objeto/sí mismo, tiene que haber una deficiencia en el sí mismo. A fin de salvar esta deficiencia dentro de la elaboración de la transferencia, por medio de una sana actividad

psíquica que fue frustrada en la infancia, surge una tramitación persistente que reactiva por medio del tratamiento, el potencial evolutivo del sí mismo deficiente.

Es necesario establecer una postulación central respecto de la cura del sí mismo dentro de un análisis de perturbaciones narcisistas; todas las deficiencias del sí mismo se movilizan como transferencias (narcisistas) con el objeto/sí mismo. Esta movilización ofrece resistencias transferenciales, y deben ser tramitadas por medio de las interpretaciones.

Lo que se intenta en el análisis de las perturbaciones narcisistas es que el paciente reviva las situaciones de furia y depresión de su vida temprana, reestableciendo las relaciones arcaicas entre su sí mismo y los objetos/sí mismo. Esto se debe dar en un contexto analítico, pues estas experiencias primitivas se manifiestan en la transferencia, mostrando una necesidad de fusión primitiva con formas de furia y letargo, y un deseo de lograr intimidad a través de una empatía perfecta, y su decepción cuando la respuesta empática es imperfecta.

Se puede establecer las posibilidades terapéuticas para tres clases de trastornos psíquicos en donde se encuentra deteriorada la libertad funcional del sí mismo: I- Las Psicosis: En las organizaciones encubiertamente psicóticas se encuentra un espacio vacío central con una capa periférica bien desarrollada de mecanismos defensivos, al cual se denomina con el término “estados fronterizos”, donde se ha plasmado un sí mismo nuclear en el desarrollo temprano del individuo. Para alcanzar una cura, el proceso terapéutico tendría que penetrar por debajo de las estructuras defensivas y permitirle la reexperiencia de las oscilaciones del caos prepsicológico y la seguridad que ofrece la fusión primitiva con un objeto/sí mismo arcaico. II- Trastornos Narcisistas de la Personalidad y la Conducta: El sí mismo establecido se desarrolla con un esbozo de sí mismo nuclear específico. No obstante, este es incompleto, reaccionando frente a heridas narcisistas con un colapso o inarmonías temporarias. En la terapia, se le suministra una matriz en la que le es posible salvar las insuficiencias del sí mismo, por vía de la reactivación de necesidades de sustento narcisista que no han sido satisfechas en la infancia; afianzándoles un espejamiento y una fusión con un ideal. III- Neurosis Estructurales o de Conflicto: Aquí el sí mismo nuclear ha sido más o menos establecido en la niñez temprana, pero se encuentra incapaz de realizar sus potencialidades creativas y productivas. En la situación psicoanalítica se presenta una oportunidad para tramitar los conflictos irresueltos del Complejo de Edipo, para que el sí mismo se encamine sobre sus objetos esenciales; pero ya desde una transferencia edípica.

Reexaminación de la angustia de castración. La posición que presenta la psicología del sí mismo con el psicoanálisis clásico, con respecto a la angustia de castración, muestra un neto contraste. Ahí en donde esta última, sustenta que la angustia de castración cumple un papel causal motivacional de las neurosis, en la psicología del sí mismo, se presenta como un fenómeno secundario, es decir, un síntoma. En un trastorno del sí mismo, la que provoca dicha angustia (enfermedad básica).

#### ¿Cuándo está completo un análisis?

Se establece que, el desarrollo temprano no se puede dar libremente de traumas. Así mismo, que no solo los conflictos del Complejo de Edipo, sino también, las relaciones entre el sí mismo y los objetos/sí mismo del período edípico deben ser revividos y reelaborados en el curso del tratamiento psicoanalítico. El análisis no crea un sí mismo

nuevo, sino que fortalece las estructuras preexistentes. En contraste de la psicología psicoanalítica, la psicología del sí mismo considera que el conflicto inconsciente no interviene en la psicogénesis de la psicopatología, pues entiende que el inconsciente, no ofrece una respuesta a los conflictos provocados por la culpa.

La psicología del sí mismo, procura demostrar que todas las formas de psicopatología se basan, en deficiencias estructurales del sí mismo o en distorsiones o debilidad de éste; que todas las fallas del sí mismo, proceden de trastornos en sus relaciones con el objeto/sí mismo durante la infancia.

La tentativa de retrotraer a ese sí mismo en la terapia hacia ámbitos con los cuales cortó lazos, está condenada al fracaso, y delata un error en la comprensión del paciente. Si el analista insiste que la enfermedad del analizando se adapte al molde universal, y que se someta al proceso terapéutico, se logrará poner obstáculos en el camino del paciente hacia su recuperación.

### *Efecto Curativo del Análisis: Reevaluación del Proceso Terapéutico por la Psicología del Sí Mismo.*

*Actitud del analista, atmósfera analítica y teoría de la cura:* El enfoque de la psicología del sí mismo hacia los pacientes con perturbaciones analizables del sí mismo, es igual que el enfoque aplicado por el análisis tradicional. Sin embargo, suelen trabajar con sus pacientes de forma más relajada y despreocupada, tienen menos recelos en cuanto a ponerse emocionalmente a disposición de ellos, si la necesidad lo exige, y por lo común, se conducen con menos reservas y prevenciones. Esto no se debe a que sean más empáticos, sino que deriva del mayor alcance de la empatía que produce la comprensión teórica.

Dentro de la atmósfera analítica y la respectiva teoría de la cura, el analista puede convertirse en blanco de deseos pulsionales y/o de sus necesidades en materia de objeto/sí mismo antaño frustradas, pero ahora reactivadas. Podría explicar sus necesidades sin censura y cuya reactivación transferencial debe ser bienvenida. Sería un error rechazarla, interpretándola como maniobras defensivas o como una manera de aferrarse a placeres pulsionales reprimidos que deberían abordarse mediante el principio de realidad y una moral adulta rigurosa. La removilización de las necesidades, constituye un avance analítico.

La psicología del sí mismo, ha desplazado su atención de los mecanismos psíquicos hacia la captación del sí mismo y su situación temporal (su futuro no menos que su pasado). De la estructuración del sí mismo en la infancia, surgen influencias dominantes que frustran o alteran el afianzamiento de dicho sí mismo, que dan lugar a las defensas y resistencias del analizado, que pueden ser discernibles en el transcurso del análisis. Se entiende por “defensas”, a las capacidades endopsíquicas de huir frente a las situaciones traumáticas y “resistencias”, como las capacidades virtuales que se ponen en acción durante el análisis. Estas últimas guardan a menudo relación con la agresión que el paciente dirige hacia el analista y a la labor analítica. Se encuentran dos tipos de agresión, una es la furia narcisista, un solo tipo de agresión que cumple un papel significativo en la génesis de la patología del sí mismo; y la otra, es la que surge de las consecuencias sociales y endopsíquicas; estas dos potencialidades agresivas, son muy diferentes entre sí. No producen psicopatología. Con esto, el analista tendrá que comprender las motivaciones defensivas del paciente en el análisis, conforme a las

acciones emprendidas para la supervivencia psíquica, como una tentativa del paciente para salvar al menos, ese sector de su sí mismo nuclear que ha podido edificar y mantener pese a las serias insuficiencias de la matriz de objetos/sí mismo de su infancia, promotores del desarrollo.

### *La Transferencia con el objeto/sí mismo y la Interpretación.*

Como la fuerza impulsora esencial en el proceso analítico de las perturbaciones del sí mismo está dada por la reactivación de las necesidades evolutivas frustradas, como la búsqueda renovada por parte del sí mismo lesionado de respuestas promotoras de desarrollo provenientes de un objeto/sí mismo adecuadamente empático, ocupa siempre el centro de la escena durante el análisis, las comunicaciones cardinales del analista hacia su paciente, que serán aquellas que se centren en las configuraciones psíquicas llamadas transferencias con el objeto/sí mismo.

Las transferencias con el objeto /sí mismo pueden ser tres:

- I.- Aquellas que en el polo lesionado de las ambiciones procuran suscitar en el objeto/sí mismo respuestas confirmatorias-aprobatorias.
- II.- Aquellas que en el polo lesionado de los ideales buscan un objeto/sí mismo que acepte ser idealizado (transferencia idealizadora).
- III.- Aquellas que en la zona intermedia lesionada de los talentos y las habilidades, buscan un objeto/sí mismo, que se preste a la reconfortante experiencia de la semejanza de lo esencial (transferencia gemelar o transferencia con el alter-ego).

Estas son tres líneas de desarrollo separadas del objeto/sí mismo. La transferencia cardinal o con un alter-ego o idealización en cualquiera de los casos, lleva a la formación de estructuras por vía de las internalizaciones trasmutadoras, a dos etapas de las intervenciones del analista. Una es en su transcurso, la que comprende y explica el trastorno de una transferencia con un objeto/sí mismo, ya sea especular, gemelar o idealizado, en donde se transforma en una experiencia de frustración óptima, cambiando poco a poco, las necesidades del analizando y así, recibiendo en su sí mismo, un sustento y promoción de los objetos/sí mismo que como adulto tiene a su alcance. Al finalizar el análisis, el último paso del paciente el cual tiene que requerir el reconocimiento del analista, que por gratificante que sea la experiencia de un sí mismo que se ha vuelto con iniciativa e independencia, tiene que preservar la permanencia y presencia de un medio responsivo o de objetos sí mismo, que cada individuo debe aprender a encontrar y conservar.

### *Tratamiento de las Personalidades Límite según O. Kernberg.-*

#### *Antecedentes Teóricos:*

La literatura sobre la psicoterapia intensiva de los trastornos límite cubre un espectro de la psicopatología relacionado con diversos tipos de patología del carácter o trastornos de la personalidad, que comparten características comunes de desarrollo y genéticas. Se ha intentado sintetizar las características clínicas de los pacientes límite y desarrollar al mismo tiempo, una teoría psicoestructural de las relaciones objetales, que enlaza sus

características descriptivas y estructurales, con sus desarrollos transferenciales y con el proceso terapéutico.

Se llegó a la conclusión que, la teoría de las relaciones objetales es un marco valioso de referencia y que brinda un postulado explicativo para las características clínicas de estos pacientes y su proceso terapéutico.

En el pasado, se consideró apropiado para el tratamiento de los pacientes límite la psicoterapia de apoyo. Sin embargo, en forma gradual se cambió por un enfoque psicoterapéutico psicoanalítico (o de expresión) para la mayoría de estos pacientes. El tratamiento más adecuado para pacientes con debilidad del Yo, podría ser un enfoque de expresión, con poca estructura proporcionada durante las horas de tratamiento y tanta hospitalización como el paciente necesite.

Otros enfoques psicoterapéuticos, propusieron comenzar con una psicoterapia en forma de apoyo, y la psicoterapia intensiva reconstructiva, psicoanalíticamente orientada; ampliación de la psicoterapia de apoyo. Los autores norteamericanos, basan su enfoque en un modelo de psicología del yo, que incorpora los recientes descubrimientos del desarrollo y las teorías psicoestructurales de las relaciones objetales. La escuela británica de psicoanálisis, sigue influyendo en los enfoques técnicos hacia los pacientes límite.

D. Winnicott, considera importante que el terapeuta permita al paciente desarrollar su verdadero "sí mismo", evitando "presionarlo" en ciertas etapas de la regresión terapéutica. La función óptima del terapeuta sería la de "sostén" o "apoyo", similar al cuidado maternal.

La teoría de Bion, se relaciona en parte con la de D. Winnicott. Según Bion la madre actúa como un "contenedor" que organiza el "contenido" proyectado del bebé. En forma similar, los elementos psicológicos dispersos, distorsionados de la experiencia de regresión del paciente, los proyecta sobre el analista, utilizándolo como un "contenedor" u "organizador" de lo que no puede tolerar experimentar en él mismo. Bion se centra en el aspecto cognoscitivo ("contenedor"), en contraposición al énfasis de D. Winnicott, que acentúa sobre el emocional (de "sostén").

No es conveniente mezclar las técnicas de expresión con las de apoyo, particularmente para la organización límite de la personalidad. El uso de técnicas de apoyo, elimina la neutralidad técnica y la posibilidad de interpretar la transferencia. En tanto se mezclen ambas técnicas, se reprime el uso de las medidas de apoyo, al querer conservarse la actitud analítica, debilitándose los rasgos expresivos y de apoyo de la psicoterapia.

Según Gill puede definirse la técnica de psicoanálisis por:

- 1.- Una adhesión consistente del analista a una posición de neutralidad técnica.
- 2.- Su uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica.
- 3.- Su facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución psicoanalítica sólo por la interpretación.

### *Psicoterapia de Expresión para pacientes con una Organización Límite de la Personalidad.-*

Esta técnica puede describirse según los elementos anteriormente planteados (por Gill). Las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias y determinan la gravedad de las perturbaciones intrapsíquicas e

interpersonales. El terapeuta deberá centrarse en ellas, interpretándolas en el aquí-y-ahora.

Una vez que las transferencias primitivas determinadas por las relaciones objetales parciales, se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales, se intentará la reconstrucción genética.

La interpretación de la transferencia requiere una posición neutral por parte del terapeuta y una neutralidad de la técnica utilizada; lo cual requiere la utilización de dos importantes técnicas: la clarificación y la interpretación. El análisis de la transferencia en contraste con el psicoanálisis propio, no es sistemático. Debe centrarse en la gravedad del “acting out” y en las perturbaciones de la realidad externa del paciente, que podrían amenazar la continuidad del tratamiento y la supervivencia psicosocial del paciente.

La interpretación es una herramienta técnica fundamental en la psicoterapia psicoanalítica en pacientes límite. Para proteger la neutralidad de la técnica, no es aconsejable la utilización de la sugestión y la manipulación. Se hace una excepción, cuando el potencial de un grave “acting out” (efecto distorsionante; fragmenta o destruye temporalmente los aspectos de la realidad en la relación terapeuta/paciente), requiere estructurar la vida externa del paciente y usar un enfoque de equipo.

La neutralidad técnica, representa una herramienta esencial e indispensable para el trabajo interpretativo. La neutralidad técnica significa conservar una distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos intrapsíquicos del paciente; no una falta de calidez o empatía.

### Análisis de la transferencia.

La interpretación de la transferencia está limitada a la psicoterapia de expresión y se codetermina por una atención constante en la realidad inmediata de la vida del paciente y las metas últimas del tratamiento. La interpretación de la transferencia primitiva, lleva gradualmente a la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales, y a una transformación de una transferencia primitiva a una avanzada o neurótica. Es esencial la interpretación sistemática de las defensas para mejorar el funcionamiento del Yo y resolver las transferencias primitivas.

Lineamientos para el manejo de la transferencia: 1. La transferencia predominantemente negativa debe ser elaborada de manera sistemática en el aquí -y-ahora., sin intentar reconstrucciones genéticas plenas. 2. La interpretación de la transferencia refuerza al Yo y trae un cambio estructural intrapsíquico. 3. Se deben establecer límites para bloquear el “acting out” de la transferencia, estructurando la vida del paciente fuera de las sesiones a fin de proteger la neutralidad del terapeuta. Evitar que la relación terapéutica reemplace la vida ordinaria. 4. Si se requieren límites externos, usar los sistemas de apoyo social auxiliar (trabajador social, enfermero, otros). 5. La atención de la interpretación, debe ser sobre idealizaciones primitivas. También deberá interpretarse la transferencia negativa, que ayudará a reforzar indirectamente la alianza terapéutica. . El uso mágico por parte del paciente de las interpretaciones del terapeuta, requiere interpretarse.

La transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos disociados o escindidos, de naturaleza fantástica y distorsionada. La causa básica de ello, es la falta de integración de las representaciones objetales y del sí mismo,

**Trastorno de Personalidad Narcisista.**

**Autor: Hernández, Verónica Anahí.**

determinadas libidinal y agresivamente. La operación defensiva principal, sería la escisión o la disociación primitiva; otras de ellas son: la identificación proyectiva, la idealización primitiva, negación, devaluación y omnipotencia. Estas operaciones defensivas tienen efectos debilitadores del Yo, complicando así la transferencia.

Por tanto, *la integración de las representaciones objetales y del sí mismo y así, del universo total de las relaciones objetales internalizadas, es un objetivo estratégico principal en el tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad.*

La regla general para la interpretación según *Fenichel*, -proceder de la superficie a la profundidad- se aplica a los pacientes límite. La interpretación en profundo, debería incluir una evaluación continua de la capacidad del paciente para la auto- observación y nunca debería justificar las esperanzas o temores del paciente sobre una relación mágica con un terapeuta omnipotente.

Mediante la Psicoterapia de Expresión, se pueden diagnosticar áreas de debilidad del Yo, evaluar los efectos debilitadores del Yo de las operaciones defensivas primitivas y de las relaciones objetales internalizadas disociadas y promover, el crecimiento del Yo por medios esencialmente interpretativos.

### *Psicoterapia de Apoyo para pacientes con Organización Límite de la Personalidad.-*

Los objetivos de la Psicoterapia de Apoyo, pueden ir de ambiciosos a modestos. Una meta modesta para el paciente incapaz de funcionar de manera independiente, puede ser capacitarlo para funcionar de forma autónoma dentro de sus limitaciones, con apoyo psicoterapéutico continuo. En otros casos, puede tener la función de capacitar gradualmente al paciente a buscar y a utilizar las alternativas de estructuras ambientales de apoyo.

### *Técnicas básicas de la Terapia de Apoyo.-*

La técnica básica consiste en explorar las defensas primitivas del paciente en el aquí-y-ahora, con el objeto de ayudarlo a lograr control sobre sus efectos por medios no analíticos y propiciando una mejor adaptación a la realidad, haciéndolo darse cuenta de los efectos desorganizadores de estas operaciones defensivas. En otros casos, la exploración inicial de la transferencia en el aquí-y-ahora, debiera proceder a la exploración de estos problemas en las interacciones con los otros del medio. Este último orden de prioridad, es útil cuando predomina la transferencia negativa manifiesta.

La función del terapeuta es hacer conocer al paciente, sus defensas primitivas, y los efectos de éstas, sobre su evaluación de la realidad y sus procesos de toma de decisiones. El terapeuta toma partido deliberadamente por las necesidades de la realidad externa y está atento a las necesidades emocionales del paciente, promoviendo la adaptación y expresión de impulsos.

Otro principio, es refrenar el uso de declaraciones “apoyadoras”, de consejo, y de manipulación ambiental. La clarificación, la confrontación, la intervención ambiental y la transmisión de la opinión del terapeuta, en asuntos en los que el paciente necesita consejo, deberían operar mediante canales racionales y hacer saber que el terapeuta confía en el juicio crítico del paciente, en su capacidad para comprender y usar su entendimiento en forma constructiva.

En caso que se introdujera medicación como parte de la terapia de apoyo, se deberá explicar su justificación detallada.

Otro principio general más, es que las acciones del paciente a lo largo del tratamiento, necesitan evaluarse en términos de la relación de éstas tanto del “acting out” de la transferencia, como de la gratificación de las necesidades emocionales básicas, en formas adaptativas en la realidad social del paciente.

#### Etapas iniciales del Tratamiento.

Definir los problemas principales de la vida del paciente y de su psicopatología; han de explorarse y modificarse en el curso del tratamiento. Es condición sin ecuanón, para definir los objetivos del tratamiento y los roles del paciente y del terapeuta.

Las metas del tratamiento deben ser realistas. El terapeuta deberá establecer una función de control por la que pueda evaluar de sesión a sesión, cómo está influyendo el tratamiento fuera de estas horas. Las instrucciones iniciales al paciente, deberán comunicarles estas expectativas e invitarlo a comunicarse libre y abiertamente en las sesiones. Las indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento psicofarmacológico y/o otras técnicas terapéuticas especiales, deberán evaluarse en las primeras etapas del tratamiento, en vez de introducirlas en cualquier forma más adelante, como respuesta a la falta de mejoría del paciente.

Una evaluación cuidadosa y detallada de la personalidad del paciente, y de las interacciones en su vida externa, deberá proporcionar información respecto de su carácter dominante y patrones vinculados con sus relaciones objetales significantes. Esta información hace posible predecir los desarrollos futuros en la vida del paciente, plantear las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en éstas áreas y realizar el trabajo elaborativo en un marco no interpretativo.

Manejo de la Transferencia. Las transferencias positivas se utilizan para la labor terapéutica. Las transferencias negativas latentes deben detectarse para la planeación estratégica, y las negativas manifiestas, explorarse en forma activa, clarificarse y reducirse con el examen realista y completo de las fantasías, sentimientos y conductas conscientes y preconscious importantes, y reforzando las consideraciones de la realidad.

En todos los tipos de tratamiento, el trabajo con la transferencia comienza con las manifestaciones conscientes y preconscious de transferencia, y se prosigue hasta que las fantasías del aquí-y-ahora del paciente sobre el terapeuta, sean exploradas y clarificadas. En la psicoterapia de apoyo, se usa la exploración para confrontar al paciente con la realidad de la situación del tratamiento y con distorsiones paralelas en su vida externa.

Mecanismos de cambio. Los mecanismos por los que se obtiene el cambio en la dirección de los objetivos terapéuticos en la psicoterapia de apoyo son, dentro de un enfoque terapéutico no manipulador, no mágico sino directo, las funciones del Yo del paciente que son comprobadas, activadas y fortalecidas en las áreas de prueba de la realidad y autoentendimiento, en la tolerancia e integración de afectos, experiencias y conductas contradictorias.

Indicaciones y contraindicaciones para modalidades de tratamiento basadas psicoanalíticamente.

-Psicoanálisis. Los criterios importantes para saber si un paciente límite puede ser analizado son: el nivel de integración del superyó, de manera que el paciente presente solo tendencias antisociales muy limitadas, y segundo, el grado de la evolución de las relaciones objetales, de modo que algunas transferencias avanzadas (neuróticas) estén disponibles. Cuando las tendencias antisociales son notorias, hay peligro que la distorsión y la mentira consciente, invadan el tratamiento, haciendo imposible el psicoanálisis. El psicoanálisis presupone una inteligencia normal, una patología de las relaciones objetales moderada, rasgos antisociales leves, motivación para el tratamiento y capacidad para hacer “insight”.

-Psicoterapia de Expresión. Tratamiento elegido para la mayoría de los pacientes con organización límite de la personalidad. Para aquellos con personalidad infantil, narcisista con rasgos límite abiertos, para quienes presentan una mezcla de rasgos de personalidad narcisistas y paranoides fuertes. También la personalidad esquizoide, paranoide y sadomasoquista con una predominancia de autodestructividad crónica (tendencias mutilantes, suicidas, anorexia nerviosa), son apropiados para este tipo de terapia, si se puede brindar suficiente estructura externa para prevenir o controlar el “acting out”, que puede amenazar la continuidad del tratamiento o la vida del paciente. Resulta importante realizar el tratamiento con la mínima estructuración de las horas de sesión y que el terapeuta no intervenga directamente en la vida de paciente, siendo responsabilidad de otro miembro del grupo profesional, la responsabilidad de cualquier intervención. Los pacientes alcohólicos, drogadictos o suicidas crónicos, no podrán someterse a este tratamiento, si esos síntomas no pueden controlarse.

-Psicoterapia de Apoyo. Solo si todas las modalidades de expresión están contraindicadas, deberá considerarse la psicoterapia de apoyo definitiva. La falta de tiempo, motivación y atención psicológica de un paciente, deberá evaluarse en forma indagatoria, antes de decidirse por este tipo de terapia.

La psicoterapia de apoyo es una modalidad ideal para la intervención en crisis. Dentro de la organización límite de la personalidad, la psicoterapia de apoyo está indicada para la personalidad inadecuada y para pacientes con grave patología del carácter y organización límite que presentan rasgos antisociales crónicamente malos, aunque no una personalidad antisocial propia (pronóstico malo ante cualquier tipo de modalidad terapéutica). Requisitos: nivel de inteligencia cuando menos de 75-100, conducta autodestructiva controlable al brindar apoyo en las sesiones y estructurar la vida del paciente fuera de éstas.

Indicaciones para la Hospitalización.

Ciertos aspectos de la estructura límite de la personalidad del paciente, síntomas, situación vital y/o actitud hacia la enfermedad, pueden hacer casi imposible cualquier forma de psicoterapia psicoanalítica como paciente externo. Cuando se requiere hospitalización, el tratamiento puede ser breve (de varios días a tres meses) o a largo plazo (de tres meses a un año, o más).

La hospitalización a corto plazo está indicada cuando la estructura de la personalidad del paciente, síntomas y circunstancias vitales, hacen imposible el tratamiento externo.

-Objetivos del Tratamiento Hospitalario a corto plazo: 1. Evaluación diagnóstica amplia; 2. Intervenciones terapéuticas para controlar síntomas; 3. Diagnóstico de la situación familiar del paciente; 4. Situación de los sistemas sociales de apoyo y circunstancias traumáticas o disparadoras del conflicto y; 5. Evaluación del tratamiento externo óptimo después de dar el alta, incluyendo la capacidad del paciente para mantener el tratamiento externo.

Rasgos de personalidad que justifican la hospitalización a corto plazo: gravedad extrema de los aspectos no específicos de la debilidad del Yo (riesgo de “acting out”); sentimiento paralizante de caos con crisis en todo el funcionamiento social; y, conductas que ponen en peligro el futuro del paciente.

Síntomas: Tendencias suicidas agudas; ataques de rabia con tendencia a la violencia física; abusos de drogas y/o alcohol; conductas antisociales, potencialmente autodestructivas.

-Objetivos del Tratamiento Hospitalario a largo plazo: Modificación de rasgos de personalidad como ser, actitudes del paciente hacia su enfermedad y hacia el tratamiento (falta de “insight”, motivación escasa para el tratamiento, beneficio secundario de la enfermedad). Los objetivos de este tipo de tratamiento, implican los aspectos más profundos del funcionamiento de la personalidad y requieren una exploración total de la personalidad del paciente dentro del hospital.

Indicaciones para la hospitalización a largo plazo: 1. Actitud del paciente hacia su enfermedad: mantenimiento de la prueba de realidad; 2. Conciencia de enfermedad, con un compromiso emocional; 3. Preocupación por la enfermedad; 4. Intensificación de síntomas destructivos y autodestructivos; 5. Confusión; 6. Crisis social en el funcionamiento del paciente; 7. Ausencia de motivación para el tratamiento; 8. Ganancia secundaria de la enfermedad: relacionada con una relación “parasitaria” con la familia (control omnipotente y explotación económica).

Hay algunos casos donde puede ser indicada la hospitalización, ya sea a corto o a largo plazo, pero sustituida por una hospitalización de medio tiempo a corto o a largo plazo en hospitales diurnos, por la ubicación en una residencia hogar o una casa a la mitad del camino, o proporcionando un sistema social adicional de apoyo, como una trabajadora social, consejero o enfermera.

### Conclusión.-

Por medio de este trabajo se observó, que el término narcisismo presenta diferentes acepciones: una puede aludir a una importante línea de desarrollo de cada individuo, otra a un tipo de personalidad o a un desorden patológico específico.

En el transcurso del trabajo, se ha desarrollado una enunciación del recorrido histórico de la teoría psicoanalítica comenzada por S. Freud, llegando hasta autores contemporáneos y sus importantes contribuciones a las clasificaciones del desorden de personalidad narcisista como un subtipo de carácter patológico, una patología diferente de la neurótica clásica, y con formulaciones centradas en la evolución del self.

De esta linealidad histórica, surgen dos psicoanalistas contemporáneos, representantes de la Psicología del Yo y del Self, que difieren en sus denominaciones llamándolas, como personalidad límite, para O. Kernberg y como personalidad narcisista, para H. Kohut.

Ambos autores se han explayado en sus escritos acerca de la posibilidad de trabajar en el análisis con adultos que presentan patología narcisista. Sólo coinciden en un punto, el que se refiere a las características descriptivas generales de los individuos con este tipo de desorden. Pero difieren en lo que respecta a: 1. La naturaleza del narcisismo tanto normal como patológico; 2. La naturaleza del desarrollo que va desde formas de narcisismo normal infantil al narcisismo maduro y saludable; 3. La relación existente entre el narcisismo patológico y las formas de narcisismo normal infantil; 4. El origen y el desarrollo de las estructuras intrapsíquicas asociadas con el narcisismo normal y patológico; 5. La naturaleza de los conflictos, ansiedades y defensas que operan en los desórdenes de Personalidad Narcisista; 6. La contribución relativa de factores inter. e intrapersonales en la determinación de la naturaleza de las ansiedades, conflictos, defensas y estructuras involucradas en el Narcisismo Normal y Patológico; y, 7. La intervención terapéutica requerida para el logro de cambios y transformaciones en el individuo con Desórdenes Narcisistas.

Aunque O. Kernberg y H. Kohut, proponen una cura distinta a la tradicional, los diferentes puntos de vista desde los cuales son enfocados los desórdenes de personalidad narcisista, resultan fundamentales para el entendimiento teórico y clínico de los pacientes, el tratamiento y supervisión de tales casos.

Todo esto lleva a concluir que, S. Freud vio restringido su acceso a solo una parte de la psicopatología que ha sido encausada por los autores anteriormente citados. Gracias a sus aportes, hoy se puede concebir al Yo como un órgano específico que posee el nombre para su adaptación, sirviéndole como regulador de sus estados afectivos. Para ello es importante, la construcción de los límites entre el Yo y los otros; cuando esto no funciona adecuadamente, el logro de la cohesión del self, se halla en riesgo.

Finalmente, es loable destacar la importancia de realizar un diagnóstico cuidadoso y alentar el interés y la investigación clínica de los Trastornos de Personalidad, no solo en el campo de los adultos, sino también en el de los niños y adolescentes. Por razones tanto personales como teóricas, los clínicos serían renuentes a diagnosticar T.D.P en las franjas etarias mencionadas en última instancia, a fin de evitar etiquetamientos con un diagnóstico que implica gravedad y falta de flexibilidad; afectando negativamente el concepto de sí mismo o el de la familia. Sin embargo, no diagnosticar de manera adecuada un T.D.P en un niño, también puede poner en riesgo su futuro, haciendo difícil o imposible que obtenga el tratamiento apropiado.

**Bibliografía.**

- AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS, New Perspectives en Narcissism. Clinic Practice N° 13, Washington DC, inc. 1990.
- FREUD S., Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico, Amorrortu Editores, volumen 14, Bs. As., 1998.
- FREUD S., Tres Ensayos de Teoría y otras obras, Amorrortu Editores, volumen 07, Bs. As., 1998.
- FREUD S., Introducción al Narcisismo, Amorrortu Editores, volumen 14, Bs. As., 1998.
- HARTMANN H., Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego, en Psychoanalytic Study of the Child, Vol. V, 1950.
- JACOBSON E., El Self (sí mismo) y el Mundo Objetal, Editorial Beta, Bs. As., 1969.
- KOGAN A., El Yo y el Sí Mismo, Biblioteca de Psicología, Centro Editor de América Latina, Bs. As., 1969.
- KOHUT H., ¿Cómo Cura el Análisis?, Editorial Paidós, Bs. As., 1993.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., Diccionario de Psicoanálisis, Editorial Paidós, Bs. As., 1998.
- MORENO E. y FREIRE B., Reseña de los libros “Duve, Ego, Object and Self: A Síntesis for Clinical Work”, Pine F., y “The Clinical exchange. Techniques derived from self and motivacional systems”, Lichtenberg, J. D.; Lachmann, F. M. y Fosshage, J. L., Internet, Revista de Psicoanálisis, N° 1, febrero de 1999.
- Dr. Ocampo Víctor. Revisión Actual de los Trastornos de la Personalidad en Niños y Adolescentes. Curso Virtual de Psicología y Psicopatología del Niño, el Adolescente y su Familia. Año 2007.
- Dra. Moneta Liliana Verónica. Clusters A, B, C, en Trastornos de Personalidad. Curso Virtual de Psicología y Psicopatología del Niño, el Adolescente y su Familia. Año 2007, Pág. 14.

**DATOS DE LA AUTORA:**  
**HERNÁNDEZ, VERÓNICA ANAHÍ.**  
**SÁBATO 10 DUPLEX 3,**  
**VIEDMA, PROVINCIA DE RIO NEGRO.-**  
**TELÉFONO: (02920) 15511887.-**  
**E-MAIL: [veroahernandez@yahoo.com.ar](mailto:veroahernandez@yahoo.com.ar)**