

III. Personalidades Narcisistas: Teoría Clínica y Tratamiento

11

Enfoques psicoanalíticos contemporáneos sobre el narcisismo

Los tres principales enfoques para el estudio del narcisismo normal y patológico en el pensamiento psicoanalítico contemporáneo se originan en el ensayo de Freud (1914), sobre el narcisismo.

ENFOQUE KLEINIANO

El primer enfoque, relativamente desconocido en este país y basado en la teoría de las relaciones objetales de Melanie Klein, está representado por el trabajo de Herbert Rosenfeld. Tiene sus raíces históricas en la descripción de Abraham (1919), de las resistencias narcisistas en la transferencia, en el ensayo de Joan Riviere (1936), sobre la reacción terapéutica negativa, y en el estudio de Melanie Klein (1957), sobre envidia y gratitud.

En una serie de cuatro trabajos muy condensados publicados entre 1964 y 1978, Rosenfeld detallaba las características estructurales de las personalidades narcisistas y sus desarrollos de transferencia en el curso del psicoanálisis. Por primera vez, él ligaba entonces un enfoque kleiniano del tratamiento con un análisis descriptivo y caracterológico de un grupo específico de pacientes y desarrollaba la primera teoría contemporánea del narcisismo patológico.

Las personalidades narcisistas, propone Rosenfeld, han introyectado en forma omnipotente un objeto parcial, primitivo, totalmente bueno y/o han proyectado en forma omnipotente su propio sí mismo "hacia dentro" de

tal objeto, negando así cualquier diferencia o separación entre el sí mismo y el objeto. Esto permite a dichos pacientes negar cualquier necesidad de dependencia de un objeto externo. La dependencia implicaría la necesidad de un objeto amado y potencialmente frustrante que también es intensamente odiado, con un odio en forma de extrema envidia (Rosenfeld, 1964). Siguiendo a Klein, Rosenfeld supone que la envidia es una expresión intrapsíquica primaria del instinto de muerte, la manifestación más temprana de la agresión en el dominio de las relaciones objetales. Estas permiten evitar los sentimientos agresivos causados por la frustración, y el darse cuenta de alguna manera de la envidia. Aquellos objetos externos que el paciente necesita en forma realista son usados a menudo para la proyección "en" ellos de todas las partes indeseables del paciente; en el tratamiento, por lo tanto, el analista es usado como un "lavatorio". La relación con un "analista lavatorio" es gratificante en extremo para el paciente narcisista porque todo lo desagradable se descarga con el analista, y el paciente se atribuye a sí mismo todo lo bueno que resulte de la relación.

Estos pacientes, sigue Rosenfeld, tienen una autoimagen altamente idealizada y niegan en forma omnipotente cualquier cosa que interfiera con esta imagen. Pueden rápidamente asimilar los valores e ideas de otras personas y declararlos como suyos, o en forma inconsciente devaluar y destruir lo que reciben de los demás (porque de otro modo evocaría una envidia insopportable) y por lo tanto pueden tener un sentido crónico de insatisfacción con lo que estén recibiendo de los demás.

Rosenfeld (1971), examina una complicación más de estas estructuras de personalidad, derivada de la contaminación de su autoidealización por la idealización de las partes destructivas omnipotentes del sí mismo. La infiltración de la agresión primitiva en el sí mismo "loco" patológico le da a estos pacientes una cualidad de violenta autodestructividad. Bajo estas condiciones, hay un odio inconsciente a todo lo que es bueno y valioso, no sólo en los objetos externos sino en los aspectos potencialmente buenos del propio sí mismo normal, dependiente, del paciente. En casos extremos, tales pacientes se sienten seguros y triunfantes sólo cuando han frustrado los esfuerzos de aquéllos que los aman. El sentimiento de poder del paciente parece derivar de su insensibilidad a todas las "fragilidades" humanas usuales. En resumen, las personalidades sumamente narcisistas pueden tener una fusión maligna de pulsiones libidinales y agresivas cargadas (catectizadas) en el sí mismo "loco", en el que predomina fuertemente la agresión. Es muy difícil "rescatar" las partes dependientes saludables del sí mismo de su posición entrampada dentro de la estructura narcisista.

Rosenfeld (1975), liga esta teoría con las formas más graves de reacción terapéutica negativa. También sugiere que la grandiosidad inconsciente de estos pacientes puede adoptar la forma de fantasías a las que ellos han incorporado aspectos masculinos y femeninos de sus objetos internos y externos, de modo que ellos están inmunes a cualquier necesidad sexual, así como a cualquier necesidad de dependencia. El colapso de estas estructuras narcisistas puede producir experiencias casi delirantes de tipo paranoide, que deben superarse por la interpretación de modo que el paciente pueda avanzar hacia una situación de verdadera dependencia: hacia la posición de-

presiva y la experiencia de conflictos edípicos. El sí mismo grandioso patológico de estos pacientes refleja una resistencia más primitiva, más grave y más insoluble, hacia el tratamiento que los sentimientos inconscientes de culpa que proceden de un superyó sádico que es característico de las formas más leves de la reacción terapéutica negativa.

De modo distinto a algunos otros autores kleinianos, Rosenfeld se interesa en los aspectos fenomenológicos de la patología del carácter y su diagnóstico diferencial. Esto ha hecho más fácil integrar sus observaciones clínicas —si no su pensamiento metapsicológico— con la corriente principal del pensamiento psicoanalítico. Creo que Rosenfeld nos ha provisto de importantes descripciones de las características clínicas de pacientes narcisistas así como de sus transferencias. Estoy en desacuerdo con su hipótesis de que la envidia es una manifestación de un instinto de muerte innato y con su tendencia a interpretar los conflictos narcisistas como si reflejaran casi exclusivamente desarrollos en el primer año de vida. También con su suposición de que las personalidades narcisistas niegan la separatividad entre el sí mismo y el objeto. Niegan las *diferencias* entre el sí mismo y el objeto pero no la separatividad; sólo en las estructuras psicóticas sí encontramos una pérdida real de diferenciación sí mismo/objeto.

Este es en realidad un malentendido muy común. Se refleja en la transferencia de “fusión” de Kohut (1971), y en la sobreextensión de muchos otros autores del concepto de relaciones “simbióticas”. El mismo malentendido da como resultado un fracaso para diferenciar a los pacientes que niegan las diferencias con el analista y aquellos que verdaderamente no pueden separar sus experiencias corporales o pensamientos de los del terapeuta. Esta última situación es característica de pacientes esquizofrénicos en terapia intensiva, pero no de la psicopatología no psicótica. La imprecisión en el uso del término *psicótico* en la formulación kleiniana es uno de sus problemas principales.

Además, yo cuestiono la suposición de Rosenfeld de que la mayoría de los pacientes narcisistas (igual que los límite) pueden y deberían ser psicoanalizados. Creo que hay contradicciones entre sus recomendaciones terapéuticas y algo del material, cuando menos, de los casos que él presenta. De hecho, Rosenfeld concedió más tarde (1979a), que algunos pacientes narcisistas abiertamente límite particularmente aquéllos con rasgos violentamente agresivos, no deberían ser analizados. Además, sugiere modificaciones en la técnica con algunos pacientes narcisistas en momentos de regresión grave (1978).

Sin embargo, sobre todo no estoy de acuerdo con la suposición kleiniana de Rosenfeld de que las principales etapas del desarrollo ocurren en el primer año de vida. Así, por ejemplo, él declara (1964): “En las relaciones objetales narcisistas, la omnipotencia juega una parte prominente. El objeto, por lo general un objeto parcial, el pecho, puede incorporarse en forma omnipotente, lo que implica que se le trata como posesión del infante; o la madre o el pecho se usan como contenedores dentro de los que se proyectan en forma omnipotente las partes del sí mismo que se sienten como indeseables, ya que causan sufrimiento o ansiedad” (págs. 332–333). Este colapso kleiniano de todo el desarrollo dentro del primer año de vida y,

técnicamente hablando, el tratamiento de todo el material primitivo como si reflejara un supuesto nivel muy temprano de desarrollo, es algo que yo encuentro muy cuestionable.

Sí estoy de acuerdo, por otra parte, con el énfasis de Rosenfeld sobre la necesidad de interpretar las transferencias positivas y negativas de los pacientes narcisistas, y encuentro en especial importante su atención sobre los grupos específicos de pacientes narcisistas en los que el sí mismo grandioso condensa esfuerzos agresivos y libidinales. También encuentro muy útiles sus observaciones clínicas respecto a las transferencias narcisistas. Aunque mi enfoque de estas transferencias difiere del suyo, mi interpretación le debe mucho a las clarificaciones operacionales de Rosenfeld.

Mi enfoque técnico, distinto al de Rosenfeld, se centra en las implicaciones de transferencia del material sin intentar relacionarlas de inmediato a sus presuntas fuentes genéticas; de hecho, en tanto más primitivo el material, más precaución se requiere antes de intentar reconstrucciones genéticas, porque en tal nivel de regresión también ocurre una gran cantidad de reestructuración intrapsíquica y condensación de fantasías de muchas fuentes.

Mi enfoque, en contraste con la técnica kleiniana en general, también enfatiza mucho más en la participación del paciente en la exploración analítica; me resisto a dejarlo "aprender" mis teorías y probablemente soy mucho más precavido y gradual que los kleinianos respecto a ampliar la conciencia de él sobre el material inconsciente. Los pacientes aprenden rápidamente el lenguaje y teorías de su analista: esto crea un problema con el material "confirmatorio" para todos los enfoques teóricos, pero quizá en particular con la formulación "autoritativa" de interpretaciones que caracteriza a la escuela kleiniana. Y, por supuesto, como el mismo Rosenfeld ha señalado, los pacientes narcisistas están muy ansiosos por aprender las teorías de su analista para diversos propósitos defensivos.

KOHUT Y LA PSICOLOGIA DEL SI MISMO

En una serie de ensayos y dos libros (1971, 1977), Heinz Kohut propuso una metapsicología completamente diferente, explicaciones clínicas, y procedimientos terapéuticos para los trastornos narcisistas de la personalidad. En esencia, Kohut argumentaba que existe un grupo de pacientes cuya psicopatología es intermedia entre las psicosis y los trastornos límite por un lado, y las psiconeurosis y los trastornos más leves del carácter por otro. El grupo de trastornos narcisistas de la personalidad que él considera analizable, puede diferenciarse según él, sólo por sus manifestaciones de transferencia, no por criterios puramente clínico-descriptivos.

La personalidad narcisista se diagnostica en la situación psicoanalítica al reconocer el desarrollo de dos tipos de transferencia, la idealización y el reflejo. La transferencia de idealización muestra la activación terapéutica de una imagen paternal idealizada y deriva de un "autoobjeto" rudimentario, arcaico. El paciente se siente vacío e impotente cuando se le separa de este objeto de transferencia idealizado. Kohut sugirió que la intensidad de la dependencia de estos autoobjetos idealizados se debe al deseo del paciente de

substituir con ellos un segmento faltante de la estructura psíquica. El equilibrio narcisista del paciente está salvaguardado sólo mediante el interés y aprobación de réplicas actuales de autoobjetos del pasado traumáticamente faltantes.

Segundo, el paciente desarrolla una propensión hacia la reactivación de un sí mismo grandioso en la situación psicoanalítica. Esta activación es responsable del desarrollo de transferencias de reflejo en el análisis. Estas transferencias, pueden diferenciarse según tres niveles de regresión. El más arcaico es una transferencia de "fusión" en la que la amplitud del sí mismo grandioso envuelve al analista. Una forma menos arcaica es la transferencia del "alter yo" o de "gemelo". Una forma aún menos arcaica es la transferencia de "reflejo" en un sentido estricto. La forma más arcaica representa la resurrección de una etapa temprana de identidad primaria del sí mismo y del objeto. La transferencia de alter yo o gemelo, muestra la suposición del paciente de que el analista es igual o similar a él. A través de la transferencia de reflejo en un sentido estricto, el paciente experimenta al analista como separado pero significante sólo al grado en que es necesario al sí mismo grandioso reactivado, para sus propios propósitos.

[Kohut propuso que dos tipos de transferencia —la idealización y el reflejo— representan la activación en la situación psicoanalítica de una etapa detenida del desarrollo de un sí mismo grandioso arcaico. La fragilidad de ese sí mismo arcaico requiere la empatía y las funciones normales de reflejo de la madre como "autoobjeto", cuyo amor y cuidados permiten la consolidación del sí mismo grandioso primero y, luego, su desarrollo gradual a formas más maduras de autoestima y autoconfianza a través de tipos de reflejo cada vez menos arcaicos.

Al mismo tiempo, las relaciones óptimas con el autoobjeto de reflejo, también facilitan el desarrollo de la idealización normal del autoobjeto que representa la perfección original del sí mismo grandioso, ahora parcialmente preservado en la relación con este autoobjeto idealizado. Esta idealización culmina eventualmente en lo que Kohut llama la "interiorización transmutadora" del autoobjeto idealizado en una estructura intrapsíquica que originará el yo ideal y proporcionará las cualidades idealizadoras al superyó, preservando así la nueva regulación interiorizada de la autoestima.

Según Kohut, la psicopatología narcisista, en esencia se deriva de la falta traumática de la función materna empática y de la falta de desarrollo no perturbado de los procesos de idealización. Estas fallas traumáticas producen una detención del desarrollo, una fijación al nivel del sí mismo grandioso arcaico infantil, y una búsqueda interminable del autoobjeto idealizado que se necesita para completar la formación de la estructura, todo lo cual está reflejado en las transferencias narcisistas mencionadas.

En el tratamiento, el psicoanalista debe permitir el desarrollo de la idealización narcisista del paciente respecto a él y no perturbarla con la interpretación prematura de las consideraciones de la realidad. Esto permite el despliegue gradual de transferencias de reflejo. El paciente vive de nuevo las experiencias traumáticas más tempranas con una psique más madura y adquiere nuevas estructuras psíquicas, con la ayuda del analista como autoobjeto, mediante el proceso de la interiorización transmutadora. El psico-

analista debe ser básicamente empático, centrándose en las necesidades y frustraciones narcisistas del paciente más que en los derivados de la pulsión y los conflictos que surgen en momentos de frustración narcisista en la situación analítica.

Las fallas inevitables en la empatía del psicoanalista producen circunstancias traumáticas en la situación del tratamiento, fragmentación temporal del sí mismo grandioso arcaico, con activación de la rabia narcisista, experiencias de ansiedad difusa, despersonalización, tendencias hipocondríacas, o aun una regresión más patológica hacia una reconstitución ilusoria del sí mismo grandioso en la fría grandiosidad paranoide.

En cada una de estas condiciones de frustración narcisista, el psicoanalista explora con el paciente dónde y cómo el analista ha fracasado en ser apropiadamente empático y cómo esto se relaciona con fracasos pasados de los objetos significantes de la niñez del paciente. Kohut insiste en que esto no requiere el establecimiento de parámetros de técnica y que representa una modificación de la técnica psicoanalítica estándar para pacientes no narcisistas sólo en cuanto que subraya la empatía del analista en contraste con la "neutralidad objetiva" y se centra en las vicisitudes del sí mismo más que en las pulsiones y en los conflictos interestructurales (todavía no existentes).

Kohut sugiere una diferencia fundamental entre patología preedípica o narcisista y psicopatología edípica ligada a las neurosis ordinarias y a los trastornos no narcisistas del carácter. La psicopatología de la etapa del desarrollo que comienza con la cohesión del sí mismo grandioso arcaico y termina con la interiorización transmutada del yo ideal necesita examinarse en términos de las vicisitudes de lo que Kohut ha llamado el "sí-mismo bipolar". Sugirió que un polo, la parte gruesa de la grandiosidad nuclear del sí mismo, se consolida en las ambiciones nucleares de la niñez temprana en tanto que el otro, la parte gruesa de las estructuras de las metas nucleares idealizadas del sí mismo, se adquiere algo más tarde. Estas dos polaridades del sí mismo se derivan respectivamente, de la aceptación del reflejo de la madre —lo que confirma la grandiosidad nuclear— y su sostén y cuidado que permiten experiencias de fusión con la omnipotencia idealizada del autoobjeto. Las ambiciones e ideales nucleares están ligados por un área intermedia de talentos y habilidades básicos.

Kohut consideró estas estructuras componentes del sí mismo bipolar como reflejando el origen y asiento de la psicopatología inicial, en contraste con las pulsiones y la psicopatología derivada de conflictos de la estructura tripartita de la mente que caracterizan al periodo edípico. Ha acuñado los términos *hombre trágico* para referirse a la psicopatología del narcisismo y *hombre culpable* para la psicopatología edípica que se desarrolla bajo la influencia de pulsiones, conflictos intrapsíquicos inconscientes y la estructura tripartita de la mente. Ve la agresión, la gula y la voracidad de los trastornos narcisistas de la personalidad como productos de la desintegración del sí mismo, no como los factores motivacionales de esa desintegración.

Kohut reemplazó su término previo (1971), de *transferencia narcisista* (derivado de la teoría de la libido) con *transferencia de autoobjeto*, ilustran-

do así su abandono de su concepto de libido narcisista y objetal como "cualitativamente" diferentes entre sí (más que determinada por el objeto en el que la libido está cargada). Este cambio resuelve el problema creado por la suposición previa de Kohut de que cualidades diferentes eran inherentes a la libido narcisista y a la orientada al objeto. Es además consistente con el énfasis de Kohut sobre el desarrollo intrapsíquico temprano como no relacionado con las vicisitudes del desarrollo de la pulsión de la libido y la agresión. De hecho, Kohut abandonó la consideración de las pulsiones y conflictos como fuerzas motivacionales importantes en las etapas iniciales del desarrollo. El creía que lograr la interiorización transmutadora normal del autoobjeto idealizado hacia una estructura intrapsíquica contribuye a la consolidación de la estructura intrapsíquica tripartita según la definición Freud y permite el desarrollo de conflictos intrapsíquicos, inconscientes, determinados por la pulsión.

Como señalé en trabajos anteriores (1975), creo que Kohut ha descrito con precisión la importancia de la idealización en la transferencia. De hecho, ha contribuido fundamentalmente a la clasificación de las transferencias narcisistas al describir la grandiosidad y la idealización como características de ellas. Pero ha pasado por alto las diferencias entre los tipos patológicos de idealización activados en las transferencias narcisistas y los más normales de idealización que reflejan la operación defensiva temprana de la idealización y sus modificaciones posteriores bajo el impacto de la integración de las relaciones objetales. Colapsa así, (1) la idealización que refleja parte de una defensa contra la agresión al escindir la idealización de la devaluación, (2) la idealización como una formación reactiva contra la culpa, y (3) la idealización como una proyección de un sí mismo grandioso patológico. Al aceptar en vez de analizar la idealización en la transferencia, omite las diferencias entre diversos niveles de desarrollo de este mecanismo de defensa. También, Kohut confunde las interacciones patológicas de los trastornos límite y del narcisismo patológico con su rápido intercambio de representaciones objetales y del sí mismo, con fenómenos verdaderos de fusión que privan sólo en la psicosis.

Los casos de Kohut están lejos de parecerse a verdaderos fenómenos de fusión como los que se desarrollan en las transferencias simbióticas de los pacientes esquizofrénicos. Esto es parte de un problema mayor: la confusión entre las declaraciones de un paciente sobre sus experiencias y la naturaleza y grado reales de la regresión. Por ejemplo, un paciente que dice que se siente confundido o que siente como si se estuviera desmoronando no significa necesariamente que esté sufriendo una "fragmentación del sí mismo". Además, Kohut no diferencia el sí mismo grandioso patológico de la formación normal del sí mismo en la infancia y la niñez. En consecuencia, sus esfuerzos por preservar el sí mismo grandioso y permitir que se vuelva más adaptativo resultan en un fracaso para resolver la patología de las relaciones objetales interiorizadas, con limitaciones cruciales en los efectos del tratamiento de estos pacientes.

Esta falta de distinción entre la grandiosidad normal y la patológica constituye un problema principal en la teoría de Kohut. Su aseveración de que el sí mismo tiene una línea de desarrollo independiente de la de las relaciones

objetales puede bien reflejar la consecuencia de un tratamiento que intenta preservar, proteger, y reforzar el sí mismo grandioso. Se tiene la impresión que el objetivo es meramente bajar gradualmente el tono del sí mismo grandioso de modo que no tenga un efecto tan destructivo sobre los demás. Sólo el análisis sistemático de las transferencias positivas y negativas del sí mismo grandioso patológico, que llevan a quitar gradualmente el velo de sus funciones defensivas y a la substitución eventual con un sí mismo normal, sólo dicho análisis permite la resolución de la patología en los sectores narcisistas de las relaciones objetales de estos pacientes.

Kohut descuida la interpretación de la transferencia negativa y hasta fomenta artificialmente la idealización en la misma. En mi opinión, el suyo es un enfoque de apoyo, reeducativo, de los pacientes narcisistas, pues los ayuda a racionalizar sus reacciones agresivas como un resultado natural de la falla de otras personas en su pasado. Este problema aparece consistentemente en el material de casos presentados por Kohut y en *The Psychology of the Self: A Casebook* de Goldberg (1978).

Por ejemplo, en el caso de I., al que se hace referencia en los dos libros de Kohut y ampliamente en el de Goldberg, el analista casi siempre interpretó la rabia o enojo del paciente como una consecuencia, bien de las fallas del analista o de las de otras personas. El analista no exploró ni los aspectos inconscientes de las fantasías y reacciones del paciente hacia él, ni los conflictos sexuales (respecto a sus impulsos homosexuales hacia el analista y su conducta sexual sádica hacia las mujeres) excepto por su conexión con la frustración de la grandiosidad del paciente o su idealización del analista. El rechazo de Kohut a la teoría de las pulsiones como un modelo teórico corresponde al hecho de que ignora la agresión en la transferencia —excepto cuando la ve como una reacción natural a las fallas de los demás (particularmente del analista).

Kohut también descuida el análisis de los aspectos inconscientes de la transferencia, o sea, la naturaleza defensiva de las experiencias conscientes del paciente respecto del analista. La falta de análisis de las experiencias inconscientes y las distorsiones de la situación psicoanalítica que median entre el presente consciente y el pasado inconsciente, alimentan la tendencia del paciente a elaborar el pasado sobre la base de una reorganización consciente de éste en contraste con la reorganización radical del pasado inconsciente que se desarrolla como parte del trabajo elaborativo de la neurosis de transferencia. Kohut, por supuesto, implica que dichos pacientes no pueden experimentar una neurosis de transferencia hecha y derecha. Quizá sus pacientes no, pero en ese caso yo creo que su falta de hacerlo fue resultado de la protección del analista y su reforzamiento del sí mismo grandioso patológico.

Al restringir el concepto de empatía al darse cuenta emocional el analista del estado subjetivo central del paciente, Kohut descuida la función más amplia de la empatía psicoanalítica por la que el analista en forma simultánea llega a darse cuenta de lo que el paciente experimenta y de lo que está disociando, reprimiendo o proyectando. Es muy fácil para el analista considerar una intervención como “empática” cuando se adapta tanto a su propia teoría como a las expectativas o necesidades conscientes del paciente.

Algunas verdades fundamentales sobre él mismo que el paciente está evitando en forma defensiva pueden producir dolor y sufrimiento cuando se le confronta con ellas por primera vez, aun en la forma más discreta y comprensiva. Si se supone que la empatía significa, en la práctica, proteger al paciente de verdades dolorosas sobre él mismo, reforzando en particular ciertas resistencias narcisistas en la transferencia, entonces el concepto está gravemente restringido. También, la empatía nunca se ilustra en los trabajos de Kohut o en el *"Casebook"* como empatía con la agresión excitada, sensual y gozosa de un paciente. Que la crueldad y el sadismo pueden ser placenteros se obscurece con las referencias a las condiciones frustrantes que los motivan. Por todas estas razones, el mero concepto de transferencia es así aplanado en los ejemplos de Kohut, y la experiencia consciente actual del paciente se liga en forma directa al pasado principalmente consciente.

Creo que es significativo que Kohut dejara de diferenciar su concepto del autoobjeto —una representación primitiva y altamente distorsionada de los demás significantes— de las representaciones objetales más o menos distorsionadas o realistas de las etapas preedípicas y edípicas del desarrollo. Las representaciones objetales y del sí mismo cargadas (catectizadas) libidinal y agresivamente no tienen lugar en el sistema teórico de Kohut. De aquí, que bajo condiciones de frustración y fracaso (incluyendo, por supuesto, la frustración y el fracaso narcisistas) hay sólo la amenaza de traumatización o fragmentación del sí mismo. No se hace mención de representaciones objetales frustrantes, "malas" —la imagen de una "mala" madre, por ejemplo. El mundo intrapsíquico de Kohut contiene sólo imágenes idealizadas del sí mismo y de los demás (autoobjetos). Esta restricción teórica no explica la reproducción en la transferencia de relaciones internas con objetos "malos", una observación crucial no sólo en el narcisismo patológico sino en todos los casos de psicopatología grave. Este problema teórico corresponde a la omisión de Kohut, a nivel clínico, de la interpretación de la transferencia negativa. Reconocer la agresión de un paciente en la transferencia como originada por la "falta" del analista, es diametralmente opuesto a interpretarla como una distorsión de la transferencia que refleja la activación de agresión inconsciente hacia un objeto previamente interiorizado.

Kohut señala la consistencia interna entre sus formulaciones teóricas y su enfoque clínico, un argumento atractivo que debería contribuir a la evaluación de su teoría. Yo convengo en que el pensamiento de Kohut es consistente, pero creo que erróneo. El enfoque psicoanalítico del sí mismo grandioso patológico que lleva a su resolución permite el surgimiento en la transferencia no simplemente de pequeños trozos y partes fragmentados de componentes de la pulsión sino de relaciones objetales parciales altamente diferenciadas aunque primitivas. Estas pueden ser exploradas y resueltas con un enfoque interpretativo que permita su transformación en relaciones objetales y transferencias totales o avanzadas y permite así la resolución del conflicto intrapsíquico primitivo y la consolidación de un sí mismo normal. Al ignorar las implicaciones de transferencia de los estados regresivos, considerándolos simplemente como "fragmentaciones del sí mismo", Kohut se priva de aprender sobre las capas más primitivas, más profundas del aparato psíquico. Reconoce que su enfoque produce una mejoría en el segmento

narcisista de la personalidad pero no en el relacionado con el objeto. En contraste, una interpretación psicoanalítica sistemática del sí mismo grandioso patológico y de los estados primitivos no integrados del yo-ello que surgen en este proceso, permite la resolución simultánea de patología narcisista y de patología conexas a las relaciones objetales interiorizadas.

Como mencioné, Kohut consideraba que en pacientes que han logrado la interiorización transmutadora del autoobjeto idealizado en el yo ideal y la integración del superyó consecuente, existen las condiciones para la consolidación de la estructura tripartita y para el desarrollo del conflicto intrapsíquico inconsciente, edípico determinado por la pulsión. Sin embargo, puede plantearse la cuestión de a qué grado ésta es una relación de compromiso que será abandonada por los seguidores de Kohut en favor de una psicología más completa del sí mismo, en substitución total de la metapsicología freudiana. Esta ambigüedad teórica se refleja en la aseveración de Kohut de que, en tanto que las vicisitudes de la consolidación y maduración del sí mismo no se derivan de pulsiones o de conflicto intrapsíquico, el surgimiento de derivados de pulsiones sexuales y agresivas, en momentos de fragmentación traumática del sí mismo grandioso arcaico, refleja productos de desintegración del sí mismo. Así, en el pensamiento de Kohut, el sí mismo no se deriva de pulsiones sino genera pulsiones por fragmentación.

La teoría de Kohut ha dejado una serie de preguntas sin contestar: Si se ha de abandonar la teoría del instinto, ¿qué motiva al sí mismo?, ¿qué lo estimula? Si la agresión y la libido son productos de la desintegración ¿cómo puede explicarse su presencia?, ¿por qué los autoobjetos no sufren transformaciones de desarrollo? Y, ¿qué papel juegan, si es que juegan alguno, las relaciones objetales en las etapas preedípicas del desarrollo?

Cualesquiera que sean las respuestas a estas preguntas, creo que los partidarios de la teoría del sí mismo de Kohut eventualmente tendrán que vérselas con los temas de la motivación, desarrollo inicial o temprano, y el papel de las relaciones objetales.

EL ENFOQUE DE LA PSICOLOGIA DEL YO SOBRE LAS RELACIONES OBJETALES

Las críticas anteriores han incorporado muchas de mis propias ideas teóricas sobre el narcisismo normal y el patológico (ver Kernberg, 1975, 1976, 1980). En resumen, podría añadir que mi enfoque difiere del punto de vista psicoanalítico tradicional que nace del examen pionero de Freud (1914), del narcisismo, según el cual primero existe una libido narcisista y después una objetal. También con los puntos de vista de Kohut (1971), de que la libido narcisista y la objetal empiezan juntas y luego evolucionan por separado y que la agresión en las personalidades narcisistas es secundaria a sus lesiones narcisistas. Es mi creencia que el desarrollo del narcisismo normal y patológico siempre implica la relación de las representaciones del sí mismo con las objetales y con los objetos externos, así como los conflictos del instinto que implican la libido y la agresión. Si mis formulaciones son válidas,

parecería que el estudio del narcisismo no puede divorciarse del de las vicisitudes de la libido y la agresión como de las relaciones objetales interiorizadas.

El concepto del sí mismo que estoy proponiendo permanece armoniosamente cercano al concepto original de Freud del *Ich*, el yo, el ego (ver capítulo 14). Permanece relacionado con, y dependiente del inconsciente dinámico como una corriente subyacente constante que influye en el funcionamiento psíquico. La razón básica que yo propongo para definir al sí mismo como la suma total de representaciones integradas del sí mismo de todas las etapas del desarrollo, es más que simplemente una representación "compuesta" del sí-mismo que se deriva de la función central que esta organización o estructura desempeña en el desarrollo. Yo creo firmemente que la importancia de diferenciar el sí mismo normal del patológico (grandioso) de las personalidades narcisistas y del sí mismo disociado o escindido, conflictivamente determinado, de la organización límite de personalidad justifica el uso de este término. Mi concepto trata al sí mismo como una entidad puramente psicológica cuyo origen y desarrollo normal y patológico exploraré ahora brevemente.

Jacobson (1971) y Mahler (Mahler y Furer, 1968; Mahler y cols., 1975) ampliaron nuestra comprensión de la continuidad genética y de desarrollo que existe en una amplia gama de la psicopatología no orgánica. Jacobson y Mahler usaron un concepto estructural. La refusión regresiva patológica y aun la fragmentación de las representaciones objetales y del sí mismo en el trastorno maniaco-depresivo y en la esquizofrenia, que Jacobson describió, corresponden a las representaciones objetales y del sí mismo no diferenciadas en la psicosis simbiótica de la niñez que describió Mahler. La investigación de Mahler sobre la separación-individuación normal y patológica, particularmente su especificación de la subfase de aproximación como relacionada con la psicopatología límite, aplicó el concepto de Jacobson para la comprensión de la incapacidad para lograr constancia objetal en los trastornos límite. Mahler dio la evidencia clínica que nos permitió establecer programas para las etapas de desarrollo en las relaciones objetales interiorizadas propuestas por Jacobson. Mi propio trabajo sobre la patología de las relaciones objetales interiorizadas de los trastornos límite evolucionó en el contexto de ese marco teórico.

Así, es ahora posible, dentro de la metapsicología freudiana, analizar genéticamente y desde el punto de vista del desarrollo, la relación entre varios tipos y grados de psicopatología y la falla en lograr etapas normales de integración de las relaciones objetales interiorizadas y del sí-mismo.

1. El trastorno psicótico está relacionado con una falta de representaciones objetales y del sí mismo diferenciadas, con un consecuente empañamiento no sólo de los límites entre las representaciones del sí mismo y de los objetos sino de los límites del yo igualmente. La pérdida de prueba de realidad es por tanto una característica estructural clave de la psicosis.
2. Los trastornos límite se caracterizan por la diferenciación de las representaciones objetales y del sí mismo, y por tanto por el man-

tenimiento de la prueba de realidad, pero también por una incapacidad para sintetizar al sí mismo como un concepto integrado y los conceptos de los demás significantes. Una predominancia de mecanismos de escisión de representaciones múltiples disociadas o escindidas del sí mismo u objetales, relacionadas, caracteriza la estructura del yo de estos trastornos y explica la fijación defensiva a un nivel de falta de integración del sí mismo y la falla en la integración del superyó (Kernberg, 1975).

3. Mi investigación en la psicopatología y tratamiento de las personalidades narcisistas ha dado evidencia clínica en apoyo a las siguientes ideas:
 - a. Aunque el narcisismo normal refleja la carga libidinal del sí mismo (según se definió), el sí mismo normal en realidad constituye una estructura que ha integrado componentes cargados de libido y agresión. La integración de las representaciones del sí mismo "buenas" o "malas" en un concepto realista del sí mismo que incorpore más que disocie las variadas representaciones componentes del sí mismo es un requisito para la carga (catectización) libidinal de un sí mismo normal. Este requisito explica la paradoja de que la integración de amor y odio es un prerrequisito de la capacidad para el amor normal.
 - b. Las resistencias narcisistas específicas de pacientes con patología narcisista del carácter reflejan un narcisismo patológico que difiere del narcisismo adulto ordinario y la fijación o regresión al narcisismo infantil normal. En contraste con este último, el narcisismo patológico refleja una carga libidinal no en una estructura normal del sí mismo integrado, sino en una patológica del sí mismo. Este sí mismo grandioso patológico contiene representaciones del sí mismo real, del sí mismo ideal, y representaciones objetales ideales. Las representaciones objetales y del sí mismo devaluadas o agresivamente determinadas son escindidas o disociadas, reprimidas o proyectadas. La resolución psicoanalítica del sí mismo grandioso como parte de un análisis sistemático de las resistencias del carácter narcisista regularmente trae a la superficie (o sea, activa en la transferencia) relaciones objetales primitivas, conflictos, estructuras del yo, y operaciones defensivas características de etapas del desarrollo que anteceden a la constancia objetal. Sin embargo, estas transferencias son siempre condensadas con conflictos derivados edípicamente, de modo que son notablemente similares a las de pacientes con organización límite de la personalidad.
 - c. La resolución por el tratamiento psicoanalítico de estas transferencias primitivas y sus conflictos inconscientes y operaciones defensivas relativos, permite la integración gradual de representaciones objetales y del sí mismo contradictorias que contienen cargas libidinales y agresivas y, en el proceso, la integración y

consolidación de un sí mismo normal. Simultáneamente, las relaciones objetales evolucionan de parciales a totales, puede lograrse la constancia objetal, y se resuelven el amor patológico a sí mismo y la carga (catectización) patológica de los demás.

- d. El narcisismo patológico puede comprenderse sólo en términos de las vicisitudes de los derivados libidinales y agresivos de la pulsión; el narcisismo patológico refleja no sólo la carga libidinal en el sí mismo más que en los objetos o en las representaciones objetales sino también en una estructura patológica del sí mismo. De manera similar las características estructurales de las personalidades narcisistas no pueden ser comprendidas sólo en términos de fijación en un nivel normal del desarrollo temprano o de la falta de desarrollo de ciertas estructuras intrapsíquicas; deben verse como una consecuencia del desarrollo patológico del yo y superyó, derivadas del desarrollo patológico del sí mismo, como se definió ahora.

4. La ausencia de controversia en relación al concepto del sí mismo como se aplica al espectro más saludable de la psicopatología, refleja el descubrimiento clínico de un sí mismo integrado y la capacidad para relaciones objetales en profundo como reflejo del logro de estos pacientes de la constancia objetal. Los pacientes neuróticos presentan un sí mismo normal, integrado, centrado sobre los aspectos consciente y preconsciente del yo, aunque incluyan igualmente aspectos inconscientes. Este sí mismo normal es el organizador supraindicado de funciones clave del yo, como la prueba de realidad, sintetización, e integración. El hecho de que pacientes neuróticos puedan tener graves perturbaciones en sus relaciones con los demás y sin embargo sean capaces de mantener una función observadora de su yo, de presentar un "yo razonable y cooperativo" como parte de un arsenal para el tratamiento psicoanalítico, es un reflejo de que tienen disponible un sí mismo integrado.

5. Esto nos lleva, por último, a un concepto del sí mismo normal que en contraste con el sí mismo grandioso patológico, surge naturalmente al construirse e integrarse la estructura intrapsíquica tripartita. Desde la posición clínica y desde la teórica, podemos así definir al sí mismo como una estructura integrada que tiene componentes afectivos y cognoscitivos, una estructura incrustada en el yo pero derivada de precursores del mismo: subestructuras intrapsíquicas que anteceden a la integración de la estructura tripartita. Este punto de vista representa un cambio gradual de alejamiento del concepto despersonificado de Rapaport (1960), de los orígenes y características de la estructura tripartita. Las barreras represivas que permanecen en efecto y que mantienen el equilibrio dinámico de la estructura tripartita también conservan la sombra de la influencia y control inconscientes sobre el sí mismo, no en términos de una energía psíquica abstracta concebida a la manera de líneas hidráulicas sino en términos de relaciones objetales reprimidas interiorizadas, cargadas libidinal y agresivamente, que se esfuerzan por la reactivación a tra-

vés de la invasión del campo intrapsíquico e interpersonal del sí mismo.

ASPECTOS CLINICOS

Para fines prácticos, podemos clasificar el narcisismo en adulto normal, infantil normal y patológico. El infantil normal de importancia aquí sólo porque la fijación o regresión a objetivos infantiles narcisistas es un rasgo importante de toda la patología del carácter, se caracteriza por una estructura del sí mismo normal aunque excesivamente infantil y un mundo de relaciones objetales normal interiorizado. El narcisismo adulto normal existe cuando la autoestima está regulada mediante una estructura del sí mismo normal relacionada con representaciones objetales integradas normales o totales interiorizadas; por un superyó integrado, en gran parte individualizado y ensimismado; y por la gratificación de necesidades del instinto dentro del contexto de relaciones objetales y sistemas de valores estables.

En contraste, el narcisismo patológico se caracteriza por una estructura anormal del sí mismo que puede ser de dos tipos. Uno de estos fue descrito primero por Freud (1914), como una ilustración de la "elección narcisista objetal". Aquí el sí mismo del paciente es identificado patológicamente con un objeto en tanto que la representación del sí mismo infantil del paciente se proyecta sobre ese objeto, creando así una relación libidinal en la que las funciones del sí mismo y objeto se han intercambiado. Esto se encuentra muy a menudo en casos de homosexualidad masculina y femenina. De nuevo, aunque los conflictos narcisistas son más graves en estos pacientes que en aquéllos con patología del carácter de tipo narcisista infantil normal, presentan un sí mismo integrado normalmente y un mundo normal interiorizado de relaciones objetales.

Un segundo tipo, más distorsionado, de narcisismo patológico es la personalidad narcisista propia, un tipo específico de patología del carácter que se centra en la presencia de un sí mismo grandioso patológico. Los pacientes con personalidad narcisista funcionan de acuerdo a una amplia gama de efectividad social. Su funcionamiento superficial puede mostrar muy poca perturbación. Sólo en la exploración para diagnóstico estos pacientes revelan un grado excesivo de autorreferencia en sus interacciones con los demás, una necesidad excesiva de ser amados y admirados, y una curiosa contradicción entre un concepto muy exaltado de sí mismos y sentimientos ocasionales de extrema inferioridad. Además, tienen una necesidad desordenada del tributo de los demás, su vida emocional es hueca y, por cuanto generalmente presentan alguna integración de su experiencia de sí mismos consciente, lo que los diferencia del paciente típico con organización límite de la personalidad, tienen una ausencia notable de la capacidad para un concepto integrado de los demás, sienten poca empatía por los otros, y presentan predominancia de las mismas operaciones defensivas primitivas que caracterizan la organización límite de la personalidad.

Los individuos con personalidad narcisista tienden a ser desordenadamente envidiosos de otros, idealizan a algunos, de quienes esperan abasteci-

mientos narcisistas, y menosprecian y tratan con desprecio a aquéllos de quienes no esperan nada (a menudo sus ídolos anteriores). Sus relaciones con los demás son con frecuencia explotadoras y parasitarias. Debajo de una superficie que es atractiva y simpática, se siente frialdad y crueldad. Típicamente se sienten inquietos y aburridos cuando no hay nuevas fuentes que alimenten su autoconcepto. A causa de su gran necesidad de tributo y adoración de los demás, a menudo se les considera como excesivamente dependientes. Pero, de hecho, son incapaces de depender de nadie a causa de una profunda desconfianza subyacente y devaluación de los demás, y un "echar a perder" en forma inconsciente aquello que reciben, que está relacionado con conflictos sobre la envidia inconsciente.

En el tratamiento psicoanalítico, si y cuando su *sí mismo* grandioso patológico es explorado sistemáticamente y resuelto por medio de la interpretación, presentan evidencia de conflictos intensos en los que predomina la condensación de problemas edípicos y preedípicos, con una abrumadora influencia de fuentes preedípicas de agresión ligadas a sus conflictos específicos sobre la envidia. En otras palabras, debajo de la estructura protectora del *sí mismo* grandioso patológico, revelan los conflictos típicos de la organización límite de la personalidad. Su relativa falta superficial de relaciones objetales es una defensa contra relaciones objetales interiorizadas, subyacentes, intensamente patológicas.

La estructura psíquica de la personalidad narcisista según descrita tiene relevancia para el tratamiento, explicando tanto el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas ligadas a fuentes de envidia inconscientes, como la posibilidad de resolver, simultáneamente con la resolución de su *sí mismo* grandioso patológico, la patología de sus relaciones objetales interiorizadas. Este concepto de estructura psíquica igualmente tiene implicaciones teóricas importantes. En contraste con el pensamiento psicoanalítico tradicional, de que el narcisismo grave refleja una fijación en una etapa narcisista temprana del desarrollo y la falta de desarrollo del amor objetal, lo que priva en estos casos es que un desarrollo anormal del amor a *sí mismo* coexiste con un desarrollo anormal del amor por los demás. El narcisismo y las relaciones objetales no pueden separarse uno de las otras.

Al nivel de funcionamiento más alto de las personalidades narcisistas, encontramos pacientes con síntomas neuróticos, con buena adaptación superficial y con muy poco darse cuenta de cualquier enfermedad emocional a excepción de un sentimiento crónico de vacío o aburrimiento, una necesidad desordenada de tributo de los demás y de éxito personal, y una incapacidad notable para la comprensión intuitiva, empatía, y de carga (catexis) emocional en los demás. Los pacientes muy inteligentes en este nivel de funcionamiento de la personalidad narcisista pueden parecer muy creativos, pero la observación cuidadosa de su productividad por un largo plazo dará evidencias de superficialidad y volubilidad. Pocos de estos pacientes vienen a tratamiento a no ser que estén sufriendo de algún síntoma neurótico complicante; tienden a desarrollar, con los años, complicaciones secundarias de su patología narcisista, lo que empeora su funcionamiento en la edad madura y avanzada pero, paradójicamente, también mejora su pronóstico para tratamiento psicoanalítico en la primera (Kernberg, 1980; capítulo 4). En esa etapa de

la vida, tienden a desarrollar reacciones crónicas depresivas, uso muy inapropiado de la negación, devaluación y a veces rasgos hipomaniacos de la personalidad para defenderse contra la depresión, y un sentido en aumento de vacío y de haber desperdiciado su vida.

El rango medio del espectro de la psicopatología narcisista corresponde a los casos típicos que acabo de describir, los que, idealmente, tienen una indicación para psicoanálisis estándar.

En el nivel más grave del espectro de la patología narcisista encontramos pacientes que, a pesar de las funciones defensivas que el sí mismo grandioso patológico brinda para alguna continuidad en las interacciones sociales, presentan rasgos límite abiertos —o sea, falta de control de impulsos y tolerancia a la ansiedad, grave menoscabo de sus capacidades sublimatorias, una disposición a reacciones de rabia crónicas o explosivas o distorsiones gravemente paranoides. Muchos de estos pacientes responden bien a la psicoterapia de expresión modificada más que al psicoanálisis propio. El tratamiento coincide con el explicado para la organización límite de la personalidad (capítulos 6 y 7), modificado a la luz de la técnica psicoanalítica abajo descrita. Cuando la psicoterapia de expresión esté contraindicada, se recomienda un enfoque de apoyo para estos pacientes.

Una dimensión pronósticamente crucial sobre la que puede uno explorar las estructuras narcisistas de la personalidad es el grado al que la agresión ha sido integrada en el sí mismo grandioso patológico o, por el contrario, permanece restringida a las relaciones objetales primitivas subyacentes, disociadas y/o reprimidas contra las que el sí mismo grandioso patológico representa la principal estructura defensiva. Se puede describir una secuencia de desarrollo de la integración de la agresión en el aparato psíquico desde (1) la disociación o escisión primitivas de las relaciones objetales cargadas libidinalmente, hasta (2) la condensación posterior de tales relaciones objetales primitivas agresivas con derivados de pulsiones sexuales en el contexto de anhelos sexuales polimorfos perversos, hasta (3) la canalización predominante de la agresión en una estructura de carácter narcisista patológica con carga directa de la agresión por el sí mismo grandioso patológico. Todas estas tres fijaciones y/o regresiones del desarrollo pueden encontrarse en las personalidades narcisistas, cada una conduciendo a características clínicas diferentes.

Cuando las relaciones objetales parciales disociadas, cargadas agresivamente, son en forma directa manifiestas, encontramos la personalidad narcisista con abierto funcionamiento límite, con impulsividad general y propensión a desarrollos paranoides y rabia narcisista. Cuando la condensación con pulsiones sexuales parciales ha tenido lugar, son altamente manifiestas las fantasías y actividades perversas polimorfas sádicamente infiltradas. Cuando la agresión primitiva infiltra en forma directa el sí mismo grandioso patológico, ocurre un desarrollo particularmente amenazador, quizá mejor descrito como narcisismo maligno (capítulo 19).

En este último ejemplo encontramos pacientes narcisistas cuya grandiosidad y autoidealización patológica se refuerzan por el sentimiento de triunfo sobre el temor y el sufrimiento a través de infligir sufrimiento y temor sobre los demás, y también casos en los que la autoestima se aumenta por el

placer sádico de la agresión unida a derivados de la pulsión sexual. Las personalidades narcisistas con tipos de crueldad gozosa, pacientes que obtienen un sentimiento de superioridad y triunfo sobre la vida y la muerte, así como placer consciente, con la automutilación grave; y pacientes narcisistas con una combinación de rasgos de personalidad paranoides y explosivos, cuya conducta impulsiva, ataques de rabia, y actitud culpabilizante son los principales canales para la gratificación de los instintos, todos ellos pueden reflejar la condensación de la agresión y un sí mismo grandioso patológico y pueden encontrar la situación del tratamiento como una salida estable y bien recibida para la agresión que pesa contra el cambio intrapsíquico estructurado.

Sin embargo, en otras personalidades narcisistas el sí mismo grandioso está notablemente libre de la agresión expresada en forma directa. Los mecanismos represivos protegen al paciente contra las relaciones objetales primitivas subyacentes que condensan derivados de pulsiones sexuales y agresivas. En estos casos la "rabia narcisista" o las reacciones paranoides se desarrollan en las etapas posteriores del tratamiento como parte del proceso terapéutico y tienen implicaciones mucho menos amenazadoras.

Hay aun otros casos en los que ha tenido lugar alguna integración sublimatoria de la agresión, relacionada con estructuras neuróticas del carácter en las que la agresión ha sido integrada con estructuras existentes del super-yó; estos pacientes tienen un tipo clínicamente más favorable de agresión autodirigida y capacidad para la depresión. También algunas personalidades narcisistas funcionando al nivel más alto, pueden haber logrado una integración sublimatoria de la agresión en funciones del yo relativamente adaptativas, persiguiendo objetivos ambiciosos con una integración apropiada de los derivados de la pulsión agresiva.

Un tipo relativamente poco frecuente y en particular complicado de personalidad narcisista es la personalidad "como si" (con sus cualidades de camaleón, siempre cambiantes, pseudohiperemocionales y pseudoadaptativas). Las cualidades "como si" en los pacientes que tengo en mente reflejan defensas secundarias contra un sí mismo grandioso patológico. Estos pacientes recuerdan a Marcel Marceau haciendo la mímica del hombre que se quita una máscara tras otra y por último descubre con desesperación que no puede arrancar la última. Estos pacientes cambian de acto a acto sin saber quien es el actor, excepto que él es una suma de imitaciones. Por lo general, esta constelación del carácter protege al paciente de graves temores paranoides; con menos frecuencia, contra la culpa inconsciente.

A la luz de la integración de, o defensas contra la agresión bosquejada, los casos más graves son pronóticamente aquellos con una infiltración patológica de la agresión en el sí mismo grandioso per se, y aquéllos en quienes las características secundarias de "como si" representan una defensa contra fuertes rasgos paranoides subyacentes.

Un factor final que también tiene un significado pronóstico crucial para el tratamiento de personalidades narcisistas es el grado al que las tendencias antisociales están incorporadas en la patología narcisista del carácter del paciente. En tanto más fuertes las tendencias antisociales, más malo es el pronóstico. Por lo general, las tendencias antisociales van mano a mano con una

falta de integración de funciones normales del superyó y también con la falta de desarrollo de una capacidad modulada para las reacciones depresivas. La calidad de las relaciones objetales está también inversamente relacionada con las tendencias antisociales. Cuando las tendencias antisociales se manifiestan en pacientes que también presentan una infiltración sádica del sí mismo grandioso patológico o una expresión directa de conducta sexual gravemente sádica, el pronóstico se empeora significativamente.