

**Elipsis** *"Especialista Univesitario en Clínica y Psicoterapia Psicoanalítica"*

*Alumno: Miguel A. Winter Cabrera*

MONOGRAFÍA I

"Psicología dinámica en la clínica de los trastornos narcisistas"

## INTRODUCCIÓN.

Como se podrá comprobar esta primera monografía constituye la parte inicial de un trabajo que se completa con la segunda monografía (Monografía II) que he titulado "Implicaciones del narcisismo en el juego patológico desde el enfoque modular transformacional". El motivo central por el cual realizo esta división no es otro que el de proveer a mi trabajo de una base general de la clínica del narcisismo desde el psicoanálisis y la psiquiatría, (Monografía I) para después centrarme en los aspectos psicodinámicos subyacentes al trastorno por juego patológico y su relación con la temática narcisista. Dichos aspectos psicodinámicos serán expuestos desde el punto de vista del Enfoque Modular Transformacional, modelo teórico que ocupa un lugar central en la formación recibida durante estos dos años (2005-2007) correspondiente con la titulación denominada como "Especialista universitario en clínica y psicoterapia psicoanalítica" impartida por Elipsis.

A lo largo de estas dos monografías, en sus respectivos textos, el lector se encontrará con señalamientos en *negrita-cursiva*. La razón de este señalamiento estilográfico obedece a mi deseo de facilitar, junto al índice que muestro en la página siguiente, la búsqueda de conceptos e ideas que se encuentran sumergidas a lo largo y ancho de los distintos párrafos. Es también un modo de organizar la información y dar coherencia e hilación al texto.

## INDICE GENERAL.

(En la 1ª página)

1. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DINÁMICA DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS	1
1.1 El Narcisismo en Freud <i>Tabularia</i>	1
2. DESCRIPCIÓN, FENOMENOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS	6
3. PRINCIPALES ACERCAMIENTOS PSICODINÁMICOS A LOS TRASTORNOS NARCISISTAS	10
3.1 H. Kohut y la psicología del self	11
3.2 Kohut-Kernberg: Controversia y Aportaciones	16
3.3 Otras contribuciones a la comprensión de los trastornos narcisistas	21
4. APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS	25
4.1 Kohut-Kernberg: Controversia y Aportaciones II	25
APENDICE A: Comprensión dinámica del trastorno narcisista de la personalidad.	28
APENDICE B: Clasificaciones de los trastornos narcisistas	29
BIBLIOGRAFÍA	32

## **MONOGRAFÍA I: "PSICOLOGÍA DINÁMICA EN LA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS":**

### **1. INTRODUCCIÓN a "PSICOLOGÍA DINÁMICA EN LA CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS":**

En este primer trabajo expongo una elaboración sobre la clínica de los trastornos narcisistas, entendiéndolo por ello un acercamiento pormenorizado desde distintos autores psicoanalíticos a la descripción, gnoseología o clasificación y psicodinamia de los trastornos narcisistas. En cuanto al tratamiento psicoterapéutico de dichos trastornos presento las principales propuestas al respecto como son las de H. Kohut y O. Kernberg derivadas de su propia comprensión sobre el trastorno.

Comparto la opinión de aquellos que piensan que todo escrito psicoanalítico así como todo modelo sobre la comprensión de la psicodinamia de los pacientes, ha de hundir sus raíces inevitablemente en la figura de S. Freud como autor y precursor de las bases de la teoría psicoanalítica (Gabbard, 2002). Lejos de apelar a modelos dogmáticos, reduccionistas y/o monocordes, o a una ortodoxia que limita la praxis clínica (Bleichmar, 1997), hago mía la idea de no hacer la "casa por el tejado" y comenzar la presente revisión por los cimientos mismos. En relación a la clínica del narcisismo se torna como indispensable comenzar la investigación por el escrito freudiano de 1914 que lleva el título de "Introducción al narcisismo".

#### **1.1. El narcisismo en Freud.**

Freud en su pionero trabajo ofrece una serie de reflexiones que suponen ampliar su teoría de la libido (Freud, 2005), así como provee de las primeras bases para la clínica y gnoseología del narcisismo. Bases sobre las cuales otros autores realizarán desarrollos fundamentales como veremos (García de la Hoz, 2004).

De esta manera Freud comienza su escrito definiendo el narcisismo a través de P. Näcke aludiendo a que el término "narcisismo" procede de la descripción clínica y fue elegido 1899 por este autor para designar aquellos casos en los que "el individuo toma como objeto sexual su propio cuerpo y lo contempla con agrado, lo acaricia y lo besa, hasta llegar a una completa satisfacción" (Freud, 2005, pag 7). Freud continúa con la afirmación de que desde este punto de

vista "el narcisismo constituye una perversión que ha acaparado toda la vida sexual del sujeto, cumpliéndose en todas las condiciones que nos ha revelado el estudio general de las perversiones" (Freud, 2005, pag 7). Recordemos la advertencia que el propio Freud hace en relación al término "perversión" en sus "Tres ensayos sobre teoría sexual" de 1905. En sus propias palabras, Freud defiende que "en ningún hombre normal falta una agregación de carácter perverso al fin sexual normal, y esta generalidad es suficiente para hacer notar la impropiedad de emplear el término "perversión" en un sentido peyorativo" (Freud, 2002, pag 34-35).

Nótese la importancia de las dos ideas fundamentales que de lo anterior pueden extraerse. De una parte que para Freud el *el narcisismo ocupa un lugar central en la vida del sujeto*, tal como el DSM-IV lo asume cuando describe uno de los principales criterios diagnósticos de los Trastornos de la Personalidad, incluyendo el de "tipo narcisista" (APA, 1994), Aludiendo a un patrón de experiencia interna y del comportamiento que se manifiesta en dos (o más) áreas como la cognición, afectividad, actividad interpersonal o control de los impulsos (APA, 1994). Y de la otra, Freud proporciona la idea, continuando con esto, de *tomar al narcisismo como "normal"*, dándose cuenta de los rasgos y defensas narcisistas de sus pacientes, actitudes que parecían limitar eventualmente la acción analítica (Freud, 2005). En este sentido, para Freud el narcisismo no sería ya una perversión, sino "el complemento libidinoso del egoísmo del instinto de conservación; egoísmo que atribuiríamos justificadamente, en cierta medida, a todo ser vivo" (Freud, 2005, pag 8).

Al introducirse en las *distintas posibilidades o caminos en cuanto a la elección de objeto* se refiere, Freud, en su escrito, introduce la noción de *yo ideal* (Freud, 2005), concepto central en la explicación de la "defensividad" narcisista (Kohut, 1971; Riera, 2002). A través de Freud podemos decir que los pacientes han construido en sí un ideal, con el cual comparan su yo actual. Ciertos aspectos de sí mismos son vividos como inadecuados por considerar que les alejan de dicho ideal, con lo que puede afirmarse que la formación de un ideal sería, por parte del yo, la condición de la represión en dichos pacientes (Freud, 2005).

Para ser más conciso quisiera tomar al menos tres ideas fundamentales del escrito de Freud, ideas de enorme importancia para el desarrollo que posteriormente harán otros autores sobre la clínica del narcisismo. Serían las siguientes:

1. El clásico modelo hidráulico de *oposición entre libido narcisista al servicio de los instintos del yo y libido objetal relativa a los instintos sexuales* y su implicación en la personalidad y en la elección de objeto por parte del sujeto (Freud, 2005, García de la Hoz, 2004). Este concepto, siguiendo la revisión de García de la Hoz, servirá a autores como Kohut para afinar más en esa oposición entre catexias y clarificar que investir un objeto libidinalmente, pasar de una "posición narcisista a una posición de amor de objeto" (Freud, 2005), no implica necesariamente una libido objetal. Para Kohut se pueden investir narcisísticamente los objetos (García de la Hoz, 2004). Sin embargo, en mi opinión, ya Freud atisbaba esta aportación reconocida a Kohut, al hablar de la "*elección de objeto de tipo narcisista*" (Freud, 2005, pag 25). Para Freud, "el ideal sexual puede entrar en una interesante relación auxiliar con el yo ideal. Cuando la satisfacción narcisística tropieza con los obstáculos reales, puede ser utilizado el ideal sexual como satisfacción sustitutiva. Se ama entonces, conforme al tipo de la elección de objeto narcisista, aquello que hemos sido y hemos dejado de ser o aquello que posee perfecciones de que carecemos" (Freud, 2005, pag 37). Continuando con Freud, la fórmula correspondiente sería: "aquello que posee la perfección que le falta al yo para llegar al ideal, es amado. Este caso complementario entraña una importancia especial para el neurótico, en el cual ha quedado empobrecido el yo por las excesivas cargas de objeto e incapacitado para alcanzar su ideal. El sujeto intentará entonces retornar al narcisismo, eligiendo, conforme al tipo narcisista, un ideal sexual que posea las perfecciones que él no puede alcanzar". (Freud, 2005, pag 37).
2. Para Freud *el ideal del yo* como hemos visto deriva del narcisismo. Se trata de una idea que el propio autor abandonaría posteriormente al definir el superyó, hasta el punto de que su noción de ideal del yo fue desapareciendo de sus escritos a partir de 1923 (García de la Hoz, 2004). Sin embargo coincide con la concepción Kohutiana de "superyó idealizado como estructura típica narcisista" (García de la Hoz 2004, pag 184) como

veremos más adelante. También puede verse su influencia en lo que Bleichmar denomina el "*balance narcisista: polígono de fuerzas*" como interjuego intrapsíquico entre tres instancias como serían la representación del sí mismo, ambiciones e ideales y el grado de severidad de la conciencia crítica; cuya resultante determinará el grado de autoestima o satisfacción-insatisfacción narcisista (Bleichmar, 1997). Concepto basado a su vez en la obra freudiana de 1923 "El yo y el ello" (Bleichmar, 1997, pag 248).

3. *La consideración no patológica del narcisismo* que Freud expone en la parte tercera de su escrito (Freud, 2005). La cual bien puede traducirse como autoestima o como sentimiento de sí (García de la Hoz, 2004). A partir del análisis de lo patológico, Freud, trata de deducir "lo normal", <sup>el cual</sup> este es uno de los métodos clásicos de investigación psicoanalítica (Freud, 2002, 2005). En el caso del narcisismo ocurre lo mismo. Lejos de pretender hacer un tratado sobre la "parafrenia" (Freud, 2005, pag 8) (nombre con el cual Freud hacía referencia a la esquizofrenia), aprovecha para a través de ella, poner énfasis en cómo la introversión de la libido, "afortunado término de Jung" (Freud, 2005, pag 25), retraída de los objetos y aportada al yo, exacerba la personalidad produciendo la manía de grandezas y las fantasías de omnipotencia (Freud, 2005). Este sujeto no tiene interés alguno por el exterior, la libido objetivada se halla totalmente empobrecida. A diferencia de las neurosis de transferencia (histeria y neurosis obsesiva) (Freud, 2005), en donde pese a poder existir observablemente una introversión de la libido objetivada, los sujetos no pierden del todo dicha relación erótica con los objetos, puesto que como mínimo la mantienen en la fantasía, sustituyéndose los objetos reales por otros en sus representaciones simbólicas y ensoñaciones diurnas (Freud, 2005). Dicha manía de grandezas producida por el reflujo al yo de las cargas de libido del objeto, fue vista por Freud como "un narcisismo secundario, basado en un narcisismo primario encubierto por diversas influencias" (Freud, 2005, pag 9). Deduciéndose así, a través de un narcisismo patológico, la existencia de un narcisismo primario, el cual posteriormente otros autores (Kohut, 1971; Bleichmar, 1997) ubicarán en un lugar central en la génesis de la psicopatología general y el desarrollo humano. Quizá en detrimento de la sexualidad y el complejo de edipo, constituyéndose un nuevo paradigma, al introducir el área del narcisismo como sistema motivacional intrapsíquico (Bleichmar, 1997) o como temática

central de atención clínica en psicopatología y psicoterapia (Kohut, 1971; García de la Hoz, 2004; Gabbard, 2002). Obviamente el narcisismo junto a otros sistemas motivacionales (Bleichmar, 1997) o áreas como pueden ser la auto-hetero-conservación, sensualidad-sexualidad, apego, regulación psicobiológica, agresividad, etc (Bleichmar, 1997).



## 2. DESCRIPCIÓN, FENOMENOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS.

Comienzo aludiendo a la categoría diagnóstica de "*Trastorno narcisista de la personalidad*", descripción que se encuentra recogida a modo de establecer un consenso en cuanto a criterios diagnósticos se refiere, entre los distintos clínicos (APA, 1994). Dicha categoría figura en el DSM-IV, clasificación americana de los trastornos mentales; en el "grupo B" junto al "trastorno antisocial de la personalidad", el "trastorno límite de la personalidad" y el trastorno "histriónico de la personalidad" (APA, 1994). Dicho manual enumera nueve criterios para el diagnóstico del trastorno, criterios que expondremos en seguida, estableciendo así un consenso que parece ser algo difuso, en tanto en cuanto <sup>en esta parte</sup> no permite categorizar a ciertos pacientes que bien pueden presentar diferencias en su sintomatología y al mismo tiempo compartir un mismo núcleo narcisista en su personalidad (Bleichmar, 1997). Esta opinión coincide con la propuesta de Gabbard en relación a que "la literatura identifica algo así como un continuo del trastorno narcisista de la personalidad" (Gabbard, 2002, pag 508).

Los diversos tipos de pacientes narcisistas descritos por autores a los que en seguida aludiremos, pueden ser conceptualizados como ubicándose en dos extremos de un continuo, basado en un estilo típico de relación interpersonal (Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997).

### Trastorno narcisista de la personalidad. Criterios del DSM-IV

→ se refiere en el apéndice

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítem:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. Ej., exagera los logros y las capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con, otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

(Tomado de la APA 1994, pag 661)

Por lo tanto, dichos criterios identifican a *ciertos tipos de pacientes narcisistas*, específicamente, al individuo arrogante, fanfarrón, que demanda ser el centro de atención (APA, 1994) como la entidad que describe Kernberg al delinear un tipo de narcisismo envidioso, ambicioso, codicioso, grandioso, que demanda la atención y el elogio de otros (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002).

Sin embargo, estos nueve criterios no logran caracterizar al individuo narcisista tímido, grandioso en silencio, cuya extrema sensibilidad a los desaires lo lleva a una asidua evitación del centro de la atención y a una cierta tendencia a la fragmentación (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). Continuando con lo anterior, desde un punto de vista descriptivo, los dos extremos opuestos en este continuo del narcisismo pueden ser denominados, siguiendo la propuesta de Gabbard, como *el "narcisismo no consciente"* que coincidiría con la propuesta de Kernberg (Kernberg, 1979), y *el "narcisismo hipervigilante"* que iría en la línea de Kohut (Kohut, 1971). Estos términos se refieren específicamente al estilo predominante de interacción de la persona, tanto en la transferencia con el terapeuta como en las relaciones objetales en general (Gabbard, 2002).

Los tipos "no conscientes" parecen no darse cuenta de su impacto en los otros. "Hablan como si estuvieran dirigiéndose a una gran audiencia, a la que apenas miran y por lo general sus ojos apuntan a otro lado, sin fijar la mirada en ninguna persona. Ellos hablan "hacia" otros, no "a" otros" (Gabbard, 2002, pag 509). No se dan cuenta de que pueden llegar a ser aburridos y que algunas personas van a abandonar la conversación y buscarán compañía en otro lado. Sus conversaciones están repletas de referencias a sus propios logros, y es claro que necesitan ser el centro de atención (Gabbard, 2002). "Son insensibles a la necesidades de los otros, hasta el punto de que no permiten que otros intervengan en la conversación. Suelen hablar "solos" sin atender al receptor" (Gabbard, 2002, pag 509).

Las cuestiones narcisistas del tipo "hipervigilante" (Gabbard, 2002), por el otro lado, se manifiestan de diferentes modos. Estas personas son enormemente sensibles a la reacción de los otros. De hecho, dirigen continuamente su atención a los objetos del entorno en contraste con la propia admiración y aparente autosuficiencia del narcisista no consciente (Gabbard, 2002). Al modo del paciente paranoide, escuchan atentamente a los demás para ver si hay alguna crítica dirigida hacia ellos y tienden a sentirse desairados con frecuencia (Bleichmar, 1997; Gabbard,

2002). Los pacientes de este tipo son tímidos e inhibidos al punto de "anularse" a sí mismos. Ellos esquivan el centro de atención porque están seguros de que serán rechazados y humillados, sintiéndose inadecuados a los ojos de otros (Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997). En su interior hay un profundo sentimiento de vergüenza, y esta es una característica central, íntimamente relacionada con el "deseo secreto", y probablemente inconsciente, de exhibirse de un modo grandioso (Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997).

**Narcisismo no consciente (desatento).** (En la línea de las descripciones de Kernberg y de la APA)

- 1.No tiene consciencia de las reacciones de otros
- 2.Es arrogante y agresivo
- 3.Abstraído en sí mismo
- 4.Necesita ser el centro de atención
- 5.Tiene un "emisor pero no un receptor"
- 6.Es aparentemente insensible a que sus sentimientos sean heridos por otros

**Narcisismo hipervigilante.** (En la línea de las descripciones de Kohut)

- 1.Es altamente sensible a los desaires de otros
- 2.Es inhibido, tímido, o incluso pasa inadvertido
- 3.Dirige la atención a otro más que a sí mismo
- 4.Rehúye ser el centro de la atención
- 5.Escucha a los otros cuidadosamente busca indicadores de desaires o críticas
- 6.Sus sentimientos son fácilmente heridos; son propensos a sentirse avergonzados o humillados

( se parece con  
Trastornos del  
grupo C?)

(Tomado de Gabbard, 2002, pag 514)

A pesar de las fallas de los criterios del DSM-IV para representar a la variante hipervigilante del trastorno narcisista de la personalidad, hay evidencia empírica para la distinción entre el trastorno narcisista no consciente y el que, siguiendo a Gabbard, venimos denominando como hipervigilante. De cara a consultar dicha evidencia véase los trabajos de Wink de 1991 y de Hibbard de 1992 (Gabbard, 2002).

Estas tipologías que acaban de describirse, a su vez, parecen estar relacionadas con la **distinción de Rosenfeld** entre los pacientes narcisistas de "piel gruesa" y "piel fina" y con las categorías de Broucek de "egotista" y "disociativo" (Gabbard, 2002, pag 511). Continuando con esto en la revisión que hace Bleichmar sobre el propio Rosenfeld nos encontramos con lo que el autor denomina a estos **dos subtipos como "narcisismo destructivo" y "narcisismo libidinal"** (Bleichmar, 1997). Así, el narcisismo de "piel gruesa" o narcisismo destructivo sería aquel

atribuible a pacientes que presentan ciertas tendencias causadas por envidia y rivalidad a atacar al objeto, al cual desean destruir (Bleichmar, 1997); deduciéndose deseos que no podemos dejar de denominar como sádicos. La megalomanía en estos pacientes se sostiene en el sentimiento de omnipotencia destructiva (Bleichmar, 1997). "La grandiosidad no es alcanzada a través de hacerse amar por el objeto sino a través de sentir que se le respeta bajo el terror que su poder sería capaz de inspirar" (Bleichmar, 1997, pag 248). Al mismo tiempo, Bleichmar define el narcisismo de "piel fina" (Gabbard, 2002) o libidinal "cuando estamos ante un sujeto expansivo que engloba a los demás en su megalomanía, que los quiere incorporar a su circuito de admiradores. Que si no lo consigue los deja de lado pero sin atacarles, pasando a buscar otros admiradores" (Bleichmar, 1997, pag 248). Continuando con Bleichmar, "estas personas podrán lastimar, incluso dañar severamente, pero por desatención y por la frustración que producen en el objeto tras haberle ilusionado y hecho participe de su grandiosidad, aunque no poseen la intencionalidad agresiva, el placer de hacer sufrir o el sadismo de la personalidad narcisista destructiva". (Bleichmar, 1997, pag 248).

#### *Narcisismo destructivo.*

Captan a los demás en clave de comparación constante

Tienden a sentirse humillados, inferiorizados y atacados por las virtudes de otros

Profundo sentimiento de herida narcisista y envidia

Se defienden con agresividad; atacando y menospreciando al objeto y sus virtudes o logros

#### *Narcisismo libidinal.*

Captan a los demás en busca de admiradores

Tienden a ser expansivos, a exhibirse, a embaucar y a seducir en busca de dicha admiración

Se sienten profundamente defectuosos ante los desaires y ausencia de confirmación por el objeto

Agresión pasivo-secundaria por desatención al objeto que no le provee de admiración

(Basado en Bleichmar, 1997)

Concluimos por lo tanto este punto aludiendo a que los subtipos de trastorno narcisista pueden ocurrir en forma pura, pero también muchos pacientes se presentan con una mezcla de rasgos fenomenológicos de distintos subtipos (Gabbard, 2002).

### 3. PRINCIPALES ACERCAMIENTOS PSICODINÁMICOS A LOS TRASTORNOS NARCISISTAS.

Parece lógico pensar que bajo una clasificación clínica sobre trastornos mentales subyace siempre una serie de concepciones teóricas sobre la comprensión de dichos trastornos, en base a las cuales se realiza dicha taxonomía. Por lo tanto resulta ilógico separar la comprensión etiológica, la psicodinamia, así como los "distintos caminos intrapsíquicos" que un paciente puede seguir para desembocar en una sintomatología; de las clasificaciones psicopatológicas (Bleichmar, 1997). Parece más sensato y clínicamente enriquecedor, quizá, hacer clasificaciones a través de subtipos de categorías en base a distintas posibilidades psicodinámicas, o siguiendo a Bleichmar, en base a distintas articulaciones entre componentes, esto es, entre los distintos sistemas motivacionales que se articulan en la génesis de la psicopatología en el interior del psiquísmo (Bleichmar, 1997). en  
(x)  
de

Como veníamos diciendo en la introducción de esta monografía, en el siguiente trabajo (Monografía II) veremos pormenorizadamente al narcisismo bajo dicha teoría de hacer subtipos psicopatológicos en base a articulaciones de sistemas motivacionales con sus intervenciones específicas derivadas. Modelo que recibe el nombre de "enfoque modular transformacional" (Bleichmar, 1997).

Por el momento quisiera rescatar una idea para continuar nuestra revisión de la cual ahora nos ocupamos. Detrás de toda clasificación subyace en psicoanálisis una psicodinamia o comprensión intrapsíquica de dicho trastorno, así como de dicha comprensión se derivan técnicas de tratamiento. Continuando con esto, a continuación se pretende describir de un modo conciso la *psicodinamia o comprensión intrapsíquica de los trastornos narcisistas*, que hemos venido describiendo, desde la "psiquiatría dinámica" (Gabbard, 2002, pag 29).

En esta línea, Gabbard afirma que la "psiquiatría dinámica contemporánea" abarca por lo menos cuatro amplios marcos teóricos de referencia psicoanalítica. Estos marcos teóricos serían: 1) la psicología del yo; derivada de la teoría clásica psicoanalítica de Freud; 2) la teoría de las relaciones objetales, que deriva del trabajo de Melanie Klein y miembros de la escuela inglesa incluyendo a Fairbairn, Winnicott y Balint (Gabbard, 2002); 3) la psicología del self, creada por

Kohut y elaborada por muchos seguidores (Riera, 2002) y 4) "otras perspectivas posmodernas, un grupo de teorías laxamente relacionadas, que incluyen el constructivismo, la intersubjetividad, las teorías interpersonales y el modelo conflictivo-relacional" (Gabbard, 2002, pag 29).

De cara a las distintas conceptualizaciones sobre la clínica del narcisismo, a este respecto, fundamentalmente nos basaremos en la revisión de los trabajos de H.Kohut, precursor de la psicología del self (Kohut, 1971, Gabbard, 2002), O.Kernberg, vinculado a la psicología del yo y a la teoría de las relaciones objetales (Kernberg 1979; Gabbard, 2002), H.Bleichmar creador del enfoque modular transformacional (Bleichmar, 1997) y en las revisiones de enorme valor aportadas por Gabbard (Gabbard, 2002).

### 3.1 H. Kohut y la Psicología del self.

Se muestra a continuación una elaboración sobre los *pilares básicos de la psicología del self* así como un acercamiento a la *comprensión psicodinámica de los trastornos narcisistas* desde este enfoque. Dicha presentación sobre los pilares de la psicología del self se muestra como imprescindible puesto que la teoría en sí misma fue concebida a través de la práctica clínica en la psicoterapia con pacientes narcisistas. Luego, se trata de un enfoque que toma al narcisismo como una fuente central de motivación en el ser humano, así como un sistema intrapsíquico central en el desarrollo de la personalidad y la génesis de la psicopatología (Kohut, 1971; Riera, 2002; Gabbard, 2002). Dicho desarrollo lo expongo a lo largo de los epígrafes subsiguientes:

La psicología del self coloca el acento en cómo las relaciones externas ayudan a *mantener la autoestima y la cohesión del self* (Kohut, 1971; Gabbard, 2002; García de la Hoz, 2004). Derivado, como venimos denotando, de los escritos seminales de H. Kohut, este abordaje teórico ve al paciente como constantemente necesitado de ciertas respuestas de otras personas para mantener un sentido de valía personal, de cohesividad y bienestar o equilibrio psicológico (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). La psicología del self evolucionó a partir del estudio de Kohut de pacientes narcisísticamente perturbados, en tratamiento psicoanalítico. Estos pacientes se quejaban de sentimientos de depresión o de insatisfacción en las relaciones interpersonales (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). Siguiendo el desarrollo que hace Gabbard a este respecto, "estos pacientes estaban también caracterizados por una autoestima vulnerable altamente sensible al

desaire de los amigos, familia, amantes, colegas y otros" (Gabbard, 2002, pag 47).

*En cuanto a la definición de "Self"*, Kohut en su desarrollo del concepto habla de una "representación del self", de la cual pasa a un "self supraordinario"; definiéndolo como la constelación psíquica primaria, el centro de la experiencia e iniciativa, y la instancia principal de la motivación, el principal factor impulsor de la conducta y la fantasía en la persona (Kohut, 1971, Gabbard, 2002).

*Método de observación "introspectivo-empático"*. Kohut va perdiendo o deja de hacer énfasis sobre el yo, las pulsiones y defensas, y, sin dejar de atender a lo anterior, focaliza su mirada en la experiencia subjetiva consciente, y la conceptualización de la agresión como secundaria a los fracasos de los objetos del self, más que como una pulsión primaria o innata (Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997).

Su preferencia personal es la de hablar de la "actitud defensiva" de los pacientes y pensar que estas actitudes son adaptativas y psicológicamente valiosas, y no acerca de sus resistencias. Claramente, son valiosas y adaptativas sus defensas porque preservan la integridad del self (Kohut, 1971, Gabbard, 2002, Bleichmar, 1997, García de la Hoz, 2004; Riera, 2002). Así mismo, Kohut en el prefacio de su obra "la restauración del self" trató de describir de la forma "más desprejuiciada posible, lo que él observaba a partir de la investigación empática de los afectos de sus pacientes, y para ello, en su opinión, no resultaba aconsejable que se partiera de las teorías existentes que sólo en parte eran superponibles a lo que fue describiendo" (Riera, 2002, pag 101). Continuando con esto, en su primer trabajo de 1957, "Introspección, empatía y psicoanálisis", Kohut considera que los únicos instrumentos verdaderamente válidos de recolección de datos en psicoanálisis son la introspección y la empatía por parte del analista, con lo que cuestiona aquellas especulaciones que no son alcanzadas a través de lo que denominó la observación introspectiva-empática (Riera, 2002).

*El término objeto del self* se convirtió en un término genérico para describir el rol que otras personas llevan a cabo al self en respuesta a las necesidades especulares, de idealización y gemelares, las cuales desarrollamos más adelante (Kohut, 1971; Gabbard, 2002; Riera, 2002). Siguiendo la revisión de Riera, los objetos del self o "self-objects" (Riera, 2002, pag 102),

tendrían al menos las siguientes funciones de cara al sí-mismo de la persona, es decir las funciones que otras personas pueden tener de cara al equilibrio psicológico del sujeto.

**Funciones de los self-objects:**

- Función especular: empatía con los estados afectivos, para que estos, al ser reconocidos por el objeto del self, puedan así ser integrados en el self (cohesionar el self). También la validación por parte del objeto del self de la experiencia subjetiva del self (equivale a "legitimar" los sentimientos del paciente) (Kohut, 1971; Riera, 2002).
- Función reguladora: regulación de los afectos dolorosos para que estos puedan ser integrados en el self, y no necesiten ser escindidos (Kohut, 1971; Riera, 2002).
- Aportar la vivencia de afinidad con el objeto, aporta el sentimiento de que el self no es tan distinto o raro, es decir, genera la vivencia de pertenencia o "gemelar" (Kohut, 1971; Riera, 2002).

Kohut "fue el autor que con mayor insistencia y especificación describió cómo el objeto del self cumplía las funciones de especularización, admirar al sujeto, y de ser una "imago parental idealizada" con la cual el sujeto podía identificarse y gozar de esa idealización" (Bleichmar, 1997, pag 251).  
*seleccione qué comillas pones*

**Kohut notó en los pacientes narcisistas dos tipos de transferencias:** especular e idealizada (Kohut, 1971; García de la Hoz, 2004; Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997). En **la transferencia especular** el paciente busca una respuesta de confirmación y validación por parte del analista, que Kohut identificó con "el destello en los ojos de la madre" en respuestas al despliegue exhibicionista apropiado a esa fase por parte del niño pequeño, que llamó el self grandioso-exhibicionista (Kohut, 1971, Gabbard, 2002, García de la Hoz, 2004). Estas respuestas de aprobación, de acuerdo con Kohut, son esenciales para el desarrollo normal porque proveen al niño de un sentimiento de valía personal. Cuando una madre falla en empatizar con las necesidades que el niño tiene de esas respuestas especulares, éste tiene gran dificultad en mantener un sentido de unidad y de autoestima o de cohesión del self (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). En respuesta a esta falla empática, su sentido self se fragmenta y el niño intenta desesperadamente ser perfecto y "representar" para el progenitor (Gabbard, 2002). Esta forma de  
*(aparte, -tabule)*



"lucirse" es para Kohut una manifestación clara del self grandioso exhibicionista (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). Al mismo tiempo en la clínica el paciente adulto que "representa" y trata de exhibirse a los ojos de su terapeuta, en un intento desesperado de ganar aprobación y admiración, puede estar desarrollando una transferencia especular (Kohut, 1971, Gabbard, 2002).

b) La transferencia idealizada, sucede cuando el paciente percibe al terapeuta como un "padre todopoderoso" cuya presencia calma y sana (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). El deseo de disfrutar del calor de la gloria reflejada por el terapeuta idealizado es una manifestación de dicha transferencia (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). De la misma manera que el niño puede ser traumatizado por la falla empática de su madre, quien no provee de respuestas especiales al self grandioso exhibicionista de su niño, este niño puede ser traumatizado por una madre que no empatiza con las propias necesidades del niño de idealizarla, o que no provee en sí misma, un modelo digno de idealización (Kohut, 1971, Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997).

En ambos casos, el paciente adulto que sufre de tales perturbaciones tempranas y que presenta estos dos tipos de disposiciones transferenciales, está luchando con *un self defectuoso o deficiente, uno que está congelado en el desarrollo*, hasta un punto en el que puede llegar a ser proclive a la fragmentación (Kohut, 1971; Gabbard, 2002).

*Kohut postuló una teoría de doble eje* que permitió la comprensión del desarrollo continuo tanto en el campo narcisista como en el campo del amor de objeto: el self grandioso en el que la perfección es capturada dentro de sí, y la imagen o "imago" parental idealizada, en la cual la perfección es asignada al progenitor. Estos polos constituyen el self bipolar (Kohut, 1971, Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997). En su último libro "¿cómo cura el análisis?", de 1984, posterior a su muerte, Kohut ampliaba su teoría a un *self tripolar*, constituyendo un tercer polo de necesidades de objeto del self, el gemelar (Riera, 2002). Este aspecto del self aparece en la "transferencia gemelar" como una necesidad de ser exactamente como el terapeuta (Gabbard, 2002) tiene sus orígenes evolutivos en un deseo de fusión que es gradualmente transformado en conducta imitativa (Riera, 2002; Gabbard, 2002).

*Con una progenitura adecuada* el self grandioso es transformado en ambiciones saludables y la imagen parental idealizada es internalizada como ideales y valores, resultante de un proceso básico que se da no sólo en relación a funciones narcisistas como estas, sino también en relación al cuidado personal, al sentimiento básico de seguridad, etc (Kohut, 1971; García de la Hoz, 2004). Concepto que Kohut definió como "*internalización transmutadora*" que como decimos conlleva a la formación de las estructuras psíquicas a partir del "retiro de las investiduras narcisistas y objetales y una apropiación de las mismas dentro del self" (García de la Hoz, pag 189). Continuando con este punto importante y siguiendo a Bleichmar encontramos que "para Kohut, estas funciones que corresponden primariamente al objeto externo son luego interiorizadas por el sujeto, transformándose en estructuras intrapsíquicas, lo que sólo sucede en la medida en que hayan existido condiciones de frustración óptima. Es decir que la frustración con el objeto externo haya sido gradual y no masiva, así el sujeto puede ir tomando las funciones que el objeto cumplía. En los casos de trastornos narcisistas que Kohut describe, al haber fallado la internalización transmutadora, el sujeto continúa dependiendo del objeto externo, del cual espera obtener valoración, sea a través de recibir admiración por parte de éste o de fusionarse con su valía" (Bleichmar, 1997, pag 251, 252).

Por lo tanto, siguiendo con lo anterior, en opinión de Kohut, los terapeutas podrían empatizar con las necesidades narcisistas de sus pacientes como normales en el desarrollo y no despreciarlas por inmaduras y egocéntricas (Kohut, 1971, Gabbard, 2002).

*Desde el punto de vista del desarrollo del self*, en el modelo de Freud, como vimos, proponía una transición desde un estadio en el que el yo pasaba de narcisismo primario al amor de objeto, como parte del proceso de maduración normal (Freud, 1914). "Para Kohut, las necesidades narcisistas persisten a lo largo de la vida y cotejan al desarrollo en el campo del amor de objeto" (Gabbard, pag 48). "Los otros no son entendidos como personas separadas sino más bien como objetos para gratificar estas necesidades del self" (Gabbard, 2002, pag 49). Las necesidades de objetos del self no se superan nunca según Kohut, más bien persisten a lo largo de la vida (Kohut, 1971). Gabbard al exponer la teoría de Kohut afirma: "necesitamos objetos del self en nuestro ambiente para la supervivencia emocional" (Gabbard, 2002 pag 50). Continuando con Gabbard, la visión Kohutiana, a este respecto, "difiere dramáticamente de la visión de relaciones

de objeto de Mahler, la cual pivotea alrededor de la separación intrapsíquica, en que la psicología del self ve la separación entre el self y los objetos del self como imposible" (Gabbard, 2002, pag 50). Gabbard pone mucho énfasis, como vemos, en este punto: "todos necesitamos a lo largo de la vida respuestas de otros que sean empáticas y afirmantes para mantener nuestra autoestima. La maduración y el crecimiento permiten desplazar la necesidad de objetos del self arcaicos hacia una habilidad para utilizar *objetos del self más maduros y apropiados* (Gabbard, 2002). Riera nos aclara que dicha dependencia de respuestas empáticas por parte de los objetos del self, lo es, pero deseablemente en relación a objetos adecuados, en *función del momento evolutivo* por el que la persona atraviese (Riera, 2002). Como anecdótica reseña de cara a ejemplificar brevemente este punto, reproduzco las últimas líneas escritas por Kohut en sus "dos análisis del Sr. Z, en referencia a "su paciente": "Llegué a la conclusión de que el Sr. Z había escogido una pareja que poseía las mejores características de su padre, incluidas en una matriz de femineidad. Y tuve la certeza de que había hecho una buena elección" (Kohut, 2002).

Resuenan en esta teoría ecos de la escuela inglesa, tales como la "madre suficientemente buena" de Winnicott y la falta básica de Balint. Pueden ser escuchados en los temas de los escritos de la psicología del self (Gabbard, 2002). Kohut hizo una contribución significativa al reconocer la importancia de la autoestima en la patogénesis de la psicopatología (Gabbard, 2002; Riera, 2002, García de la Hoz, 2004). Antes ilustramos como del interjuego entre la representación del sí mismo, el yo ideal y la conciencia crítica, resultaba el grado de satisfacción o insatisfacción narcisista y/o el grado de autoestima del paciente (Freud, 2005; Bleichmar, 1997). De esta manera este polígono de fuerzas toma una relevancia central en la psicopatología para Kohut y la psicología del self (Bleichmar, 1997).

### **3.2 Kohut-Kernberg: Controversia y aportaciones :**

En las últimas décadas, la principal controversia alrededor de la comprensión psicodinámica del trastorno narcisista ha dado vueltas alrededor de *los modelos de Kohut y Kernberg* (Bleichmar, 1997; Gabbard, 2002). Este último autor (O.Kernberg) encuentra su inspiración en las aportaciones de Fairbairn y Winnicott, autores vinculados a la escuela inglesa y a la Teoría de las relaciones Objetales (Gabbard, 2002). Kernberg desarrolla en su obra su perspectiva de un modelo estructural de la mente centrado en la internalización de las relaciones objetales. Elabora

una base teórica que se concilia con los datos clínicos y constituye una formulación especial de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales en función de la psicología del yo. Desde ese punto de vista propone una clasificación general de la patología del carácter y describe los cuadros clínicos, además de su abordaje terapéutico en las organizaciones de personalidad narcisista y de tipo fronterizo (Kernberg, 1979; Rodríguez Sutil, 2002). Acabamos de presentar una *síntesis del modelo de Kohut*, el cual volvemos a traer en este punto de cara a detallar sus aportaciones sobre la clínica del narcisismo junto a las aportaciones que realiza Kernberg sobre el mismo tema, con el fin de mostrar puntos de encuentro y diferencias que enriquecen el campo de estudio del narcisismo.

Como venimos diciendo, Kohut, albergaba la convicción de que los individuos narcisísticamente perturbados tienen una *detención en el desarrollo* en un estadio en donde requieren respuestas específicas de las personas en su ambiente para mantener la cohesión del self (Kohut, 1971; Gabbard, 2002)). Para Kohut esto era *el resultado de las fallas empáticas de los padres*. Específicamente, los padres no respondieron a las muestras de exhibicionismo del niño, apropiadas en cada fase del desarrollo con aprobación y admiración; no ofrecieron experiencias de especularización y no proveyeron al niño de modelos dignos de idealización (Kohut, 1971; Bleichmar, 1997; Gabbard, 2002; Riera, 2002; García de la Hoz, 2004; Rodríguez Sutil, 2002). Estas fallas se manifiestan en la *tendencia del paciente a establecer una transferencia especular, gemelar o idealizada* (Kohut, 1971; Riera, 2002; Gabbard, 2002).

Kohut postuló que necesitamos respuestas de objetos del self de las personas que nos rodean. En otras palabras, en cierto nivel todos consideramos a otros no como personas separadas sino también como fuentes de gratificación para el self. La necesidad de las funciones de tranquilización, validación, etc, por parte de los objetos del self no se supera (Kohut, 1971; Riera, 2002; Gabbard, 2002).

---

Kohut *diferenció los trastornos narcisistas de la personalidad de los trastornos borderline*. Para él, el paciente borderline no alcanzó la suficiente cohesión del self como para ser analizado (Gabbard, 2002). Por el contrario *Kernberg* vio a este respecto la *organización defensiva de la personalidad narcisista como sorprendentemente similar a la del trastorno borderline* de la

personalidad (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002). De hecho, la vio como uno de los varios tipos que operan en un nivel de organización borderline o fronterizo (Kernberg, 1979). Continuando con esto, Kernberg diferenció el trastorno narcisista del borderline sobre la base del self integrado pero patológicamente grandioso. Esta estructura es una fusión del self ideal, el objeto ideal y el self real. Esta fusión resulta en la devaluación destructiva de las imágenes de los objetos (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002). Los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad se identifican con sus imágenes de self idealizado para **negar su dependencia de objetos externos** como también de las imágenes internas de esos objetos (Gabbard, 2002). Desde Kernberg se nos muestra además que estos pacientes niegan los rasgos inaceptables de sus propias imágenes del self proyectándolos en los otros (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002).

Mientras que los pacientes borderline tienden a tener representaciones del self alternantes que los hace ver muy diferentes de día en día, los pacientes narcisistas tienen un nivel de funcionamiento quizá más suave, problemas relacionados con las **debilidades yoicas, como el pobre control de los impulsos y la baja tolerancia a la ansiedad** y a la frustración (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002). Estas debilidades yoicas son mucho menos comunes en las personalidades narcisistas debido a la estructura de self con un funcionamiento más parejo (Kernberg, 1979). Sin embargo Kernberg también agregó que **algunos pacientes narcisistas funcionan en un nivel abiertamente borderline**. Estos pacientes tienen la grandiosidad y la altanería de la personalidad narcisista (Freud, 1914; Kernberg, 1979) con el pobre control de los impulsos y las relaciones de objetos ambivalentes y extremas o caleidoscópicas que caracterizan a los pacientes fronterizos (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002).

En cuanto a **la constelación defensiva del paciente narcisista y las relaciones de objeto interno provistas por Kernberg**, contrasta bajo la opinión de Gabbard, con la tendencia de Kohut de dejar parcialmente indefinido el mundo interno del paciente narcisista (Gabbard, 2002). **Kohut enfatizó la internalización de funciones faltantes**, basado probablemente en la teoría del déficit de Balint (Gabbard, 2002), la cual describe el sentimiento que padecen muchos pacientes de que algo ha estado ausente a nivel afectivo en su infancia. Esta carencia para Balint se debe a que la madre falló a la hora de responder ante ciertas necesidades del niño (Gabbard, 2002). Kohut, por tanto, estaba menos preocupado acerca de la estructura intrapsíquica del paciente. Él,

conceptualizó el self narcisista, sin embargo, como un *self arcaico "normal"* que está simplemente congelado en el desarrollo; en otras palabras, el paciente es un niño como atrapado en el cuerpo de un adulto (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). En contraposición a Kohut, como vemos, Kernberg propone que *el self narcisista es una estructura altamente patológica*, que de ninguna manera se asemeja al desarrollo normal del self de los niños. Señaló que la exposición exhibicionista del self de los niños es encantadora y simpática, en contraste con la ambición y la demanda del self patológico del narcisista (Kernberg 1979; Gabbard, 2002). Por lo tanto, continuando con el *funcionamiento defensivo del self*, Kohut concibió a este como esencialmente no defensivo sino atascado (Kohut, 1971; Riera, 2002; Gabbard, 2002). Kernberg vio el self narcisista como patológicamente grandioso, como defensivo frente a la investidura en otros, y especialmente contra la dependencia de otros (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002). Esta característica puede manifestarse en sí misma como una pseudo-autosuficiencia en donde el paciente niega cualquier necesidad de dependencia mientras que al mismo tiempo está intentando impresionar y ganar la aprobación de otros, manifestándose una actitud ambivalente y contradictoria en base a un conflicto intrapsíquico (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002).

Para Kohut la personalidad narcisista es probablemente más caritativa que para Kernberg. <sup>Kohut</sup> Él se centró sobre todo en el anhelo infantil por ciertas respuestas parentales. **La agresión es vista como un fenómeno secundario** y por lo tanto propiciado por la frustración (Kohut, 1971; Gabbard, 2002) e incapacidad de controlar al objeto (Kohut, 1971; Kernberg, 1979). Así Kohut vio a la agresión como una respuesta enteramente comprensible frente a las fallas parentales primariamente y de los objetos externos después (Kohut, 1971; Riera, 2002; Gabbard, 2002). **Para Kernberg la agresión era un factor más primario.** Niveles desmesuradamente elevados de agresión llevan al paciente narcisista a ser destructivo con otros (Bleichmar, 1997; Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997). Para Kernberg, una manifestación de agresión del paciente narcisista es la envidia crónica e intensa que induce al paciente a estropear y destruir las cosas buenas de los otros (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002).

Aunque Kohut no vio que **la envidia tiene un papel central**, Kernberg describió a estos pacientes como comparándose a sí mismos con otros en forma constante, sólo para encontrarse atormentados con un sentimiento de inferioridad y anhelos de poseer lo que tienen los otros (Kernberg, 1979; Bleichmar, 1997; Gabbard, 2002). <sup>la envidia un papel central</sup>

Para Kohut la *idealización en la transferencia* es la reviviscencia de una fase normal del desarrollo (Kohut, 1971; Gabbard, 2002). Más que una postura defensiva, para él era como un modo de construir una estructura psíquica faltante (Gabbard, 2002). Para Kernberg, la idealización es una defensa frente a una variedad de sentimientos negativos, incluyendo rabia, envidia, desprecio y desvalorización (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997).

Kernberg estaba describiendo pacientes que se aproximan más al tipo "no consciente" que antes describíamos a través de Gabbard (Gabbard, 2002), mientras que Kohut parecía estar más escribiendo acerca de pacientes que están más cerca del "tipo hipervigilante". Los pacientes descritos por Kernberg aparecen frecuentemente teniendo nada más que las *formas superficiales de relación de objeto*: seduce a las mujeres, por ejemplo, y las descarta luego de idealizarlas para desvalorizarlas. Al ver a las mujeres sólo como conquistas, no tiene capacidad para empatizar con sus experiencias internas y no puede amar al objeto (Kernberg, 1979; Gabbard, 2002).

*El sentimiento de vergüenza* tiene un papel importante también. Se relaciona con un proceso autocrítico en el cual uno se siente inadecuado (esto es, no alcanzando un estándar o ideal de lo que uno debería ser) (Bleichmar, 1997; Gabbard, 2002). La sensación de defecto inherente es esencial de la vergüenza. Lewis distinguió la vergüenza de la culpa, aludiendo a que mientras las personas culpables pueden sentir que no están a la altura de un estándar, no tienen la sensación de ser defectuosas de modo irreparable en la forma en que ciertos individuos con trastorno narcisista de la personalidad lo sienten (Gabbard, 2002). El sentimiento de ser humillado o dolorosamente expuesto al ser confrontado con las deficiencias de las capacidades del propio sujeto, al reconocer las necesidades insatisfechas, esto es central en la psicopatología de los individuos con narcisismo patológico (Gabbard, 2002; Bleichmar, 1997). Y muchas de las defensas que esas personas desarrollan son diseñadas para prevenirse de la toma de conciencia de los sentimientos asociados con estas experiencias desagradables (Gabbard, 2002).

En relación a los dos subtipos que venimos delimitando en los apartados anteriores, Gabbard afirma a este respecto que aunque ambos tipos luchan por mantener su autoestima, abordan esa cuestión de modos extremadamente diferentes. Los narcisistas no conscientes intentan impresionar a otros con sus logros mientras se aíslan de la herida narcisista chequeando las

respuestas de estos objetos externos (Gabbard, 2002). Los narcisistas hipervigilantes intentan mantener su autoestima evitando las situaciones vulnerables y a través del estudio intenso de otro que le sirve como modelo, para resolver cómo comportarse (Gabbard, 2002).

Ellos atribuyen de manera proyectiva su propia desaprobación de sus fantasías de grandiosidad hacia otros (Gabbard, 2002).

### **Resumen: Comprensión dinámica del trastorno narcisista de la personalidad. Kohut versus Kernberg.**

#### **- Kohut.**

1. Basa la teoría en personas con relativamente buen funcionamiento cuya autoestima es vulnerable al desaire. Todos pacientes ambulatorios
2. Diferencia la personalidad narcisista de los estados borderline
3. No define el mundo interno de la personalidad narcisista porque el énfasis es en la internalización de las funciones faltantes
4. Define el "self" normal y arcaico como uno que está detenido en su desarrollo
5. Ve al self como no defensivo
6. Se focaliza principalmente en aspectos libidinales/idealizados, con agresión, conceptualizados como secundarios a la herida narcisista
7. Acepta la idealización literalmente como una fase normal del desarrollo y un modo de contruir una estructura psíquica faltante

#### **- Kernberg.**

1. Basa la teoría en una mezcla de pacientes internados y ambulatorios, la mayoría son primitivos, agresivos y arrogantes, con grandiosidad activa coexistiendo con timidez
2. Define la personalidad narcisista como de una subcategoría sorprendentemente similar de personalidad borderline
3. Delinea defensas primitivas y relaciones de objeto típicas de la personalidad borderline
4. Define el self como una estructura altamente patológica compuesta por la fusión del self ideal, el objeto ideal y el self real
5. Ve al self grandioso como defensivo frente a la investidura o dependencia de otros
6. Enfatiza la envidia y la agresión
7. Ve a la idealización como defensiva frente a la rabia, envidia, desdén y desvalorización

(Tomado de Gabbard, 2002, pag 514).

### **3.3 Otras contribuciones a la comprensión de los trastornos narcisistas.**

El debate teórico entre Kohut y Kernberg con frecuencia oscurece *otras contribuciones creativas*



*a la comprensión del trastorno narcisista* (Gabbard, 2002), como pueden ser las siguientes:

– **Rinsley** en 1989 vinculó el origen del trastorno con el *marco de la teoría del desarrollo* de Mahler. Él postuló que mientras el paciente borderline sufre una detención en el desarrollo de ambos subprocesos de separación e individuación, que alcanza el pico durante la subfase de acercamiento, el paciente narcisista puede ser caracterizado como teniendo una disociación de los dos subprocesos: alcanza la individuación pero la separación se detiene. Este escenario del desarrollo determina un niño "seudomaduro" que tiene inscrita la idea de que se le permite separarse psicológicamente de su madre sólo con la condición de que todos sus logros y éxitos posteriores se vinculen necesariamente con ella (Gabbard, 2002).

– **Rothstein** en 1980 intentó comprender el trastorno *de acuerdo al modelo estructural de Freud*. Definiendo el narcisismo como una sentida cualidad de perfección que sería un aspecto universal de la psiquis humana. Este estado "perfecto" puede ser integrado con un yo saludable o patológico; la naturaleza del yo determina si el narcisismo es patológico o saludable para este autor (Gabbard, 2002).

– **Modell** en 1976, afirma que la tarea del analista debe ser la de crear *un ambiente "sostenedor"* para permitir que el desarrollo avance como en el tratamiento de los trastornos esquizoides de la personalidad (Gabbard, 2002).

A continuación para terminar con este análisis de la psicodinamia de los pacientes narcisistas, presentamos una breve síntesis de lo anterior, así como una serie de *aportaciones a este respecto siguiendo a Bleichmar*:

\* Por lo tanto, dos patologías muy diferentes <sup>son</sup> las mostradas por estos dos autores: Kohut y Kernberg, de una parte la caracterizada por *hipernarcisización*, incluso por un sentimiento básico de megalomanía (Freud, 2005, Kernberg, 1979; Bleichmar, 1997) y de la otra, en contraposición, los cuadros en que lo central es el *déficit de narcisización* (Bleichmar, 1997). "Al respecto, creemos necesario poner en tela de juicio que la diferencia entre aquellos sujetos que tienen una baja autoestima y los que muestran arrogancia, sobrevaloración y desprecio por los otros consiste únicamente en una diferencia a nivel de la conciencia y que ambos compartirían un mismo sentimiento de inferioridad inconsciente, del cual la arrogancia e hipervaloración consciente serían siempre, simplemente una defensa" (Bleichmar, 1997, pag 244).

\* Continuando con Bleichmar encontraríamos que hay sujetos con una **hipernarcisización primaria**, esto es como elegidos por sus padres como especiales, como perfectos, identificados desde los comienzos de su vida con padres megalómanos que proyectaron sobre sus hijos su propio sentimiento de grandiosidad y excepcionalidad (Bleichmar, 1997).

Dicha narcisización es denominada por este autor como **primaria** porque se quiere "destacar que no resulta de una compensación defensiva del psiquismo frente a traumas narcisistas sino de una identificación primaria a la grandiosidad de los padres y a la imagen que los padres tuvieron del sujeto" (Bleichmar, pag 245). Que hayan tenido traumas narcisistas, que en determinados momentos de la vida se hayan sentido inferiores a sus padres o a figuras del entorno, que ante esto se <sup>movilice</sup> moviliza una megalomanía defensiva, no significa que esta megalomanía no sea la reactivación de algo que ya formaba el núcleo más profundo y predominante de la personalidad. Importante aportación y de largo alcance clínico, puesto que **Las implicaciones para el tratamiento de distinguir entre una arrogancia primaria y otra secundaria o defensiva son primordiales.** (Bleichmar, 1997).

\* Por lo tanto, continuando con Bleichmar y tomando en consideración lo anterior, hemos de distinguir al menos **tres condiciones en la diagnosis y tratamiento del narcisismo.**

1) Sujetos con hipernarcisización primaria, identificados a la grandiosidad de los padres y/o a la imagen grandiosa bajo la cual le vieron sus figuras significativas.

2) Déficit primario de narcisización no compensado: son aquellas personas que ya sea porque sus padres no les especularizaron positivamente, o porque sus padres no aportaron una imagen valorizada de sí con la cual el niño pudiera identificarse, o porque la rivalidad edípica del chaval impidió a éste la identificación con la imagen valorizada de los padres, o porque el entorno social ubicó al sujeto como inferior desde su temprana infancia, por cualquiera o la combinación de todas estas condiciones, el sujeto no ha podido construir una imagen valorizada de si mismo, y, además, ha sido incapaz de compensar este déficit.

3) Sujeto con hipernarcisización secundaria compensatoria, defensiva frente a traumas narcisistas infantiles

(Tomado de Bleichmar, 1997, pag, 246, 247)

Estas categorías que acaban de presentarse permiten entender el porqué de las disquisiciones entre Kernberg y Kohut sobre la clínica de los trastornos narcisistas. Además de las diferencias sobre el papel de la agresividad y el conflicto, enfatizado por Kernberg y el déficit, la posición de Kohut, que venimos apuntando, parte de la diferencias entre estas dos posturas tan dispares tiene su origen en la tendencia a universalizar los resultados y conclusiones obtenidas a partir de lo que fueron dos poblaciones diferentes de pacientes (Bleichmar, 1997; Gabbard, 2002).

Antes mencionábamos la importancia de estudiar la articulación de la agresividad y las tendencias libidinales con la problemática narcisista. Desde nuestras perspectiva resulta imposible desatender la impronta que cada una de estas dimensiones tiene sobre los trastornos narcisistas, tanto cuando la autoestima esta descendida o baja, como cuando existe una hipernarcisización primaria. En este último caso, el predominio de la agresividad o las tendencias amorosas generan dos tipos muy diferentes de personalidades narcisistas que describimos al principio: la personalidad narcisista destructiva, y la personalidad narcisista libidinal, ambas compartiendo la cualidad de hipernarcisización (Bleichmar, 1997).

#### 4. BREVE APROXIMACIÓN A LA PSICOTERAPIA DE TRASTORNOS NARCISISTAS.

Expongo de manera introductoria los puntos fundamentales de cara a la psicoterapia psiconalítica con estos pacientes continuando con el desarrollo de las visiones de Kohut y Kernberg. Obviamente los postulados siguientes, como venimos agregando, están intrínsecamente relacionados con la visión psicodinámica que estos autores tienen sobre los trastornos narcisistas. Existen otros desarrollos psicoterapéuticos dentro la literatura en psicoanálisis a este respecto, a los cuales, desafortunadamente dejaremos de atender al constituir éste escrito un acercamiento de profundidad limitada.

##### 4.1 Kohut versus Kernberg: Controversia y aportaciones II.

En el marco clínico, siguiendo lo aportado por Kohut "el objetivo del tratamiento es fortalecer el self debilitado de modo que pueda tolerar experiencias de objetos del self menores de lo óptimo sin una pérdida significativa de su cohesión" (Gabbard, 2002, pag 50), así como conseguir que el self grandioso se vaya integrando paulatinamente en el yo de realidad, es decir, se vayan canalizando los deseos infantiles de ser admirado hacia logros realistas, metas alcanzables y desarrollo de las capacidades del paciente (Bleichmar, 1997). "El self grandioso quedaría como el alimento, o el impulso hacia la búsqueda de satisfacción narcisista" (Bleichmar, 1997, pag 262).

Mientras la teoría clásica de la psicología del yo conceptualiza que el paciente tiene deseos infantiles a los que debe renunciar, Kohut consideraba que los pacientes tienen necesidades que deben comprenderse y en parte han de ser encontradas en el tratamiento (Kohut, 1971, Gabbard, 2002, Riera, 2002) "hasta tanto el paciente pueda ir tomando a su cargo las funciones de sostén del narcisismo y de un self cohesivo que cumple, vicaria y provisoriamente el terapeuta (Bleichmar, 1997, pag 261).

Tratando de sistematizar *la técnica psicoterapéutica de Kohut*, siguiendo a Gabbard, la resumiríamos en los siguientes puntos:

- 1) Ve la transferencia idealizada o especular como dos polos diferentes del self bipolar (o tripolar)
- 2) Acepta la idealización del paciente como una necesidad normal del desarrollo

- 3) Empatiza con los sentimientos del paciente entendiéndolos como una reacción comprensible a las fallas de los padres y otros
- 4) Acepta los comentarios de los pacientes literalmente, ve las resistencias como actividades psíquicas saludables que salvaguardan el self
- 5) Ve el lado positivo de la experiencia del paciente
- 6) Llama la atención al progreso del paciente
- 7) Tiene como objetivo del tratamiento ayudar a que el paciente adquiera la capacidad de identificar y buscar objetos del self apropiados

(Tomado de Gabbard, 2002, pag 521).

Continuando con Gabbard, *Kernberg expone lo siguiente relativo al tratamiento:*

- 1) Ve la transferencia especular e idealizada como aspectos de la transferencia relacionadas con la proyección y reintroyección del self grandioso del paciente
- 2) Interpreta la idealización como una defensa
- 3) Ayuda al paciente a ver su propia contribución en los problemas en las relaciones interpersonales
- 4) Confronta e interpreta la resistencia como maniobras defensivas
- 5) Examina los aspectos positivos y negativos de la experiencia del paciente (si sólo se enfatiza la experiencia positiva del paciente éste puede desarrollar un mayor temor a la rabia y envidia interna)
- 6) Pone la atención en la envidia y en cómo impide que el paciente reconozca y reciba ayuda
- 7) Tiene como objetivo del tratamiento que el paciente desarrolle culpa y preocupación, e integre la idealización y confianza con la rabia y desdén

(Tomado de Gabbard, 2002, pag 521).

Llegado a este punto doy por finalizado este primer acercamiento a la clínica de los trastornos narcisistas, en tanto en cuanto considero cumplidos los principales objetivos que nos proponíamos. Se ha mostrado una revisión sobre las distintas maneras de comprender y conceptualizar el narcisismo, así como delimitar sus distintas clasificaciones y comprensión

separa  
Apoco  
x

Aparte

Es obvio que...

psicodinámica. Obviamente este trabajo no agota ni resume toda la literatura existente sobre el tema, pero considero que sí lo hace en relación a las propuestas más relevantes desde el psicoanálisis.

Como venimos diciendo en la siguiente monografía (Monografía II) completamos lo expuesto a través del Enfoque Modular Transformacional (Bleichmar, 1997), tratando de mostrar las implicaciones que el narcisismo, como sistema motivacional o módulo intrapsíquico, tiene con respecto a la psicopatología en general y al trastorno por juego patológico en particular.

\* Si no puedes ~~resolver~~ un texto hacia la izquierda o justificarlo a la derecha, es porque está bloqueado. Lo desbloqueas así:

1. Seleccionar texto (sólo el texto que quieras redactar!)
2. Ir a → /Format/Paragraph.../
3. Desactivar "Automatic"  ~~Automatic~~
4. Ya está. Yeah!

---

Cuando termines todo:

1. ~~Ve~~ ve a : File/Export to PDF
2. Se abre y fíjate que en las opciones está marcado "  Lossless Compression
3. Dale a aceptar y guarda el archivo en tu penedrive.

Elenc,

Juego

Ref. Marcos

Intervención B. 222

## APÉNDICE A

### -CLASIFICACIONES DE LOS TRASTORNOS NARCISISTAS.

#### Trastorno narcisista de la personalidad. Criterios del DSM-IV

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empieza al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítem:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. Ej., exagera los logros y las capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados.
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con, otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status
4. Exige una admiración excesiva
5. Es muy pretensioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

(Tomado de la APA 1994, pag 661)

#### Trastornos narcisistas. Revisión de Gabbard en 2002

**Narcisismo no consciente (desatento).** (En la línea de las descripciones de Kernberg y de la APA)

- 1.No tiene consciencia de las reacciones de otros
- 2.Es arrogante y agresivo
- 3.Abstraído en sí mismo
- 4.Necesita ser el centro de atención
- 5.Tiene un "emisor pero no un receptor"
- 6.Es aparentemente insensible a que sus sentimientos sean heridos por otros

**Narcisismo hipervigilante.** (En la línea de las descripciones de Kohut)

- 1.Es altamente sensible a los desaires de otros
- 2.Es inhibido, tímido, o incluso pasa inadvertido
- 3.Dirige la atención a otro más que a sí mismo
- 4.Rehúye ser el centro de la atención
- 5.Escucha a los otros cuidadosamente busca indicadores de desaires o críticas
- 6.Sus sentimientos son fácilmente heridos; son propensos a sentirse avergonzados o humillados

**Narcisismo destructivo.**

Captan a los demás en clave de comparación constante

Tienden a sentirse humillados, inferiorizados y atacados por las virtudes de otros

Profundo sentimiento de herida narcisista y envidia

Se defienden con agresividad; atacando y menospreciando al objeto y sus virtudes o logros

**Narcisismo libidinal.**

Captan a los demás en busca de admiradores

Tienden a ser expansivos, a exhibirse, a embaucar y a seducir en busca de dicha admiración

Se sienten profundamente defectuosos ante los desaires y ausencia de confirmación por el objeto

Agresión pasivo-secundaria por desatención al objeto que no le provee de admiración

## BIBLIOGRAFÍA.

- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (2002). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Madrid: El País Clásicos del siglo xx.
- Freud, S. (2005). *Introducción al narcisismo y otros ensayos*. Madrid: Alianza.
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- García de la Hoz, A. (2004). *Teoría psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Kernberg, O. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Barcelona: Paidós Psicología Profunda.
- Kohut, H. (1971). *El análisis del self*. Nueva York, International Universities Press.
- Kohut, H. (2002). *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder
- Riera, R. (2002). *Introducción a la psicología del Self*. En Kohut, H. *Los dos análisis del Sr. Z*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez-Sutil, C. (2004). *Psicopatología psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Biblioteca Nueva.