

TRASTORNOS NARCISISTAS SEVEROS. LA ANGUSTIA DE SER. LA DISPOSICIÓN A ENTENDER

Carlos Crisanto*

Una serie de síntomas que podrían considerarse patognomónicos de los trastornos narcisistas severos son: los sentimientos de vacío y desesperación, la retardación psicocomotora, el apagamiento del sensorio y el nublamiento de la conciencia- que algunos autores homologan a la depresión vacía, 'chata'.

Algunos pacientes hablan de 'sentirse muertos', sin vida, actuando como autómatas, siguiendo imitativamente los dictados de sus percepciones. En estos pacientes ha habido un arresto en el desarrollo de la capacidad de síntesis o integrativa del Yo. Curiosamente, antes que de angustia, se quejan mayormente de tensión e inquietud, desgano, indiferencia, apatía, insensibilidad, sentimientos de minusvalía personal, inseguridad, incertidumbre, desaliento y desesperanza. (Stolorow & Lachmann, 1978)

Paradójicamente, hay la experiencia de la no vivencia, de observarse a sí mismos como si fueran una tercera persona. Estos son síntomas claros de disociación de la conciencia. Se sienten como adormecidos, anestesiados, actuando solo imitativamente a lo que les refleja la realidad exterior.

Otros síntomas que estos pacientes manifiestan son síntomas somáticos, sueños dominados por el terror, dificultades en la concentración, desorientación en lo referente a quienes son, qué quieren, cuáles son sus metas, etc. Un

* Miembro Honorario de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis. Miembro Titular y Didacta del Instituto Peruano de Psicoanálisis. Ex-Miembro Titular de la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Ex-Miembro Titular de la American Group Psychotherapy Association, New York, U.S.A. Ex-Fellow in Psychiatry and Psychoanalysis of the Department of Psychiatry, Toronto University, Toronto, Ontario, Canada. Ex-Profesor Contratado en Psicoterapia y Psicoanálisis-Individual y Grupal-por el Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú (1975-95).

paciente dice: "No vivo, no siento, no hay sustancia en lo que hago, no sé como estoy, me evado de las cosas, vivo frustrado, anhelo la libertad de poder sentir, estoy en automático, no opto por nada, todo me da lo mismo, no soy ni la sombra de mí mismo, no tengo espacio, me siento como encerrado, no tengo pasado, vivo mirando hacia adelante para salirme del presente." Curiosamente, es como si estos pacientes vieran las cosas en planos, sin volumen, sin perspectivas de fondo, en contraposición a una visión en tres dimensiones.

Ira Brenner (1994) describe la disociación que es tan típica de estos pacientes como un defensivo estado alterado de conciencia debido a la autohipnosis regresión y splitting. Habla de una "extensión de perturbaciones" del estado alerta de la conciencia, de la memoria y de la identidad del *self*. La autora nos dice que son una defensa contra el peligro de sentimientos intolerables y pulsiones instintivas muy perentorias.

Como consecuencia de traumas en la temprana infancia se producen no solo una anestesia emocional, sino también 'constricciones' de otras funciones mentales: perceptivas, cognitivas-impedimentos a la simbolización, incapacidad para verbalizar o 'alexitimia' (como consecuencia de la cual el sujeto vive en un estado de 'pensamiento operatorio' - 'pensée opératoire') bloqueos de la memoria, de la imaginación, de las asociaciones, incapacidad de resolver problemas. etc. Algunos llaman 'reacción catatonoide' a todo lo anterior (Krystal, 1978).

No sólo la intensidad del estímulo es importante a considerar en un trauma, sino también su significado. Es también fundamental el factor interno el estado del Yo para procesar el estímulo. Hay que considerar ambos factores-internos y externos para evaluar lo traumático de un evento o situación (Keiser, 1967).

F. Murphy (1961) postula el concepto de Matriz Traumática ('*trauma matrix*') por el que varios traumas a lo largo de los años aparecen como recíprocamente modificados. Esto produce una matriz traumática sueltamente estructurada, que es específica para cada individuo. Agrega el autor que un trauma en el presente puede servir como pantalla para traumas ocurridos en el pasado y viceversa.

En 1981, Masud Khan describió lo que el llamó Trauma Acumulativo (*cumulative trauma*) y definió como una 'resquebrajadura parcial' (*partial breakdown*) del rol materno como envoltura protectora del bebe y que deviene visible, como una perturbación, sólo en retrospectiva. En su artículo Trauma Acumulativo publicado en el libro "La Privacidad del Self", Khan se refiere al concepto Winnicoteano del Falso Self (1965) como una consecuencia caracterológica de la disrupción y distorsión en la autonomía del Yo. Habla también del concepto de injuria ('*impingement*') como una falla de la madre en dosificar y regular el estímulo, tanto externo como interno, para el bebé. Agrega

que considera estos fenómenos como los más patogénicos genéticamente, en el concepto de trauma acumulativo.

Se pregunta Khan (1981) cómo reconstruimos la ecología del ambiente infantil que condujo por intermedio de los traumas acumulados a la distorsión del Yo y se contesta diciendo que en estos casos-distorsiones del Yo debido a traumas acumulados- es el encuadre analítico y la relación del paciente a éste lo que deviene de mayor importancia transferencial. Esto ha sido también enfatizado por autores como Balint (1954), Spitz (1965) y Winnicott (1954; 1960) entre otros. Nos dice Khan que "el paciente repite con la mayor *finesse* y en sus menores detalles todos los elementos de la situación infantil primaria...los menores detalles del encuadre, así como los atributos del analista (como persona) son de primerísima importancia para el paciente." (Khan, 1981, p.66).

Un paciente observa e interpreta mis gestos y actitudes al recibirlo. Los ruidos que yo pueda hacer sentado detrás del diván, mi respiración, etc., todo deviene de la mayor significación e importancia. Al tener que hacer un cambio en una de sus horas debido a mis compromisos académicos pude observar una gran desorganización de su conducta, tanto en el diván como fuera de él. Fue una gran tormenta psicológica la que se desató.

Otros factores a tomar en cuenta en la reconstrucción del trauma acumulativo y la naturaleza y extensión de la distorsión yoica en el paciente son: la regresión a la dependencia, el *acting out* y la contratransferencia (a la que nos referiremos más adelante).

Las resistencias y los mecanismos de defensa son polifacéticos en estos pacientes. Los trastornos de conciencia ayudan a sobrellevar sentimientos muy fuertes y conflictivos. Al señalar yo un contenido homosexual a un paciente éste estalló en una risa compulsiva. Dijo entonces sentir que la risa "no era suya", era "como de otra persona". Así se alejaba del conflicto homosexual que estaba aflorando.

Ira Brenner habla de 'lapsos de conciencia', de disturbios parecidos al sueño. Como resistencias durante las sesiones cita silencios de tipo trance, falta de entendimiento psicológico, que compara con el quedarse dormido (1994, p. 840).

En sus conclusiones la autora hace una conexión entre los estados de alteración de la conciencia y los traumas tan severos que han sufrido estos pacientes, estados que llama 'creaciones defensivas' (1994, p. 841).

Otros medios de reducir la conciencia de los afectos es el devenir 'frío y muerto', dormirse y también violentarse. Todas son defensas diseñadas para evitar el contacto emocional con los demás. (Easser, 1974, p.573).

Ruth Easser habla de 'mecanismos pre-defensivos' que por su propia naturaleza precluyen el desarrollo de la neurosis transferencial. (Easser, 1974, p.579). No creo que esto sea así en todos los pacientes, pues en algunos es dable observar el despliegue de la transferencia negativa.

Rosenfeld (1990) menciona la disociación del Yo, la identificación proyectiva, la negación y la omnipotencia como mecanismos defensivos, siendo la identificación proyectiva una parte integral de las relaciones objetales narcisistas omnipotentes, que a su vez son modos de defensa contra el reconocimiento de la separación entre el Self y los objetos.

Olinick -citado por H. Rosenfeld (1990)- habla del negativismo como una forma de defensa contra la sensación de pérdida del Self. Yo he hablado de nihilismo que sería una forma extrema de negativismo, que veo en algunos pacientes.

Como máxima resistencia, en este caso transferencial, debemos nombrar a la reacción terapéutica negativa. ¿Cuántas de las reacciones/retrocesos de los pacientes luego de sesiones provechosas, son consecuencia de la envidia/competitividad con el analista? Su devaluación puede ser seguida de depresión en el paciente por sentimientos de culpa. El paciente puede sucumbir a su propia envidia, se ataca a sí mismo, su superyo no lo deja tranquilo. En un paciente se establece una suerte de juego no solamente de quien domina a quien, quien supera a quien, sino también de quien envidia a quien, quien está celoso de quien.

Olinick -citado por H. Rosenfeld (1990)- considera a la reacción terapéutica negativa como una resistencia transferencial que ocurre en ciertos pacientes con tendencias anal-sadísticas, como una repetición de la conducta con la madre.

Los términos sadismo y masoquismo estarían siendo usados aquí no tanto en el sentido de perversión sexual cuanto de destructividad del otro- autodestructividad, autoaniquilamiento.

La envidia y el deseo de poseer todos los buenos atributos del analista pueden conducir al impase. Rosenfeld (1990) habla de un narcisismo libidinal y uno destructivo. Este último tiende a atacar-por devaluación y denigración-, los lazos afectivos y las necesidades del paciente de sus relaciones objetales. Esto puede reforzar la sensación de omnipotencia del paciente y dar lugar a la reacción terapéutica negativa. En un aparte el autor nos dice que “escondido en la estructura omnipotente existe un superyo muy primitivo que devalúa al paciente atacando sus capacidades, particularmente sus intentos de aceptar su necesidad por objetos reales” (1990, p.87). Rosenfeld considera, pues, que el desarrollo y la perpetuación en la adultez de relaciones objetales narcisistas omnipotentes es lo que comúnmente se encuentra en pacientes muy resistentes al tratamiento analítico. A menudo responden al análisis con una profunda y persistente autodestructividad. Los impulsos destructivos se han desligado de tal manera que activamente dominan la personalidad entera y todas las relaciones que el paciente mantenga. En el análisis expresan sus sentimientos de una forma apenas disfrazada, devaluando el trabajo del analista a través de una persistente indiferencia, una mañosa conducta repetitiva y algunas veces una abierta

hostilidad. Esto es lo que Rosenfeld (1990) ha denominado narcisismo destructivo y lo ha hecho depender del instinto de muerte.

Otra razón para un impase es el mal diagnóstico de la situación. En esos casos el analista está fuera de contacto con lo que le sucede al paciente. Esto puede ser debido a un problema contratransferencial en el analista. Es fundamental el saber reconocer errores. Es necesario estudiar las situaciones traumáticas del paciente con sumo cuidado.

Rosenfeld agrega: "Es solamente a través del análisis detallado de la destructividad y de la envidia en la relación transferencial y de las relacionadas angustias persecutorias proyectadas en el analista, que el superyo primitivo y la reacción terapéutica negativa devienen más accesibles al análisis." (1990, p.96)

En estos casos los factores pre-edípicos y edípicos se entremezclan o bien se alternan. Ambos aspectos deben ser analizados, puesto que uno puede servir como resistencia para analizar el otro. El sentimiento de culpa es generalmente intenso y esto parece derivar del hecho que su experiencia edípica se acerca a lo que Freud caracterizó como los dos grandes crímenes de la humanidad, que son el acostarse con la Madre y matar al Padre. Rothstein (1984) habla de una 'victoria edípica'.

Estos pacientes mantienen inconsciente la ilusión de un triunfo edípico, que es alimento para su omnipotencia y autoconcepto grandioso.

Los sentimientos de grandiosidad se tornan compensatorios de un temor a la castración. Esta puede ser equivalente a la pérdida objetal, de tal modo que la sobrevaluación narcisista del pene tendría fines negadores de tales pérdidas. André Green (1986) dice que, en el narcisismo la vergüenza de no gozar sustituye a la angustia de castración.

A menudo el ideal infantil megalomaniaco se acompaña de una sexualización de actividades originariamente no sexuales. Con frecuencia, la ambiciosa fantasía narcisista se expresa a través de imágenes concretas, lo que revela infantilismo del yo, deficiente sublimación y pensamiento primitivo. Las fantasías grandiosas están basadas en identificaciones primitivas con objetos infantiles idealizados; que representan yo ideales primitivos. Todo esto va junto con una negación mágica de la realidad. Fantasías narcisistas a menudo contrastan con las demandas del superyo. Puede haber una sobrevaloración narcisista del cuerpo, en especial del falo no sublimada y erotizada. La inflación maníaca del *self* cambia muy fácilmente a un sentimiento de total devaluación y de angustias hipocondríacas. Los pacientes luego de sentirse alguien muy especial se sienten la escoria del mundo. Este es un sistema de valores muy infantil, sólo existen los extremos, no hay modulaciones intermedias. Habría una identificación mágica con el objeto idealizado, de tal modo que el sujeto actúa como si él fuera su yo

ideal. Pero, esta deseable identificación está condenada a romperse y tornarse en lo opuesto: la denigración total del objeto idealizado/*self* (Reich, 1960).

La capacidad empática es la de sintonizar con los sentimientos de los demás. Esta capacidad parece obliterada en estos pacientes. No es que no la tengan, sino que la reprimen por la carga de angustia que provoca el acercamiento empático. Habría una confusión entre lo que el niño percibe y el *input* de la madre, lo cual lleva al niño a inhibir su apreciación y como consecuencia, falla en el desarrollo de su capacidad empática. Para los efectos del tratamiento es diferente considerar a estos pacientes como poseyendo potencialmente su capacidad empática, que no teniéndola de base. El analista intervendrá *para* desafiar esta presunta falta de capacidad empática. Es interesante lo que dice Ruth Easser (1974) acerca de la relación de estos pacientes con sus padres: con el del mismo sexo es negativa, el padre o la madre es distante frío y hasta cruel, en cambio con el del sexo opuesto es todo lo contrario, se cae en la idealización. Pero, advierte la autora que esto es más aparente que real, puesto que la ambivalencia está en juego y hay un cierto temor a esta relación por su carácter veladamente sexual, lo cual lleva al desencanto.

Una característica de la psicosis es la disociación de los pacientes en un Verdadero y un Falso Selves con todas las derivaciones dinámicas que esto implica. Esta disociación puede darse dentro de los binomios realidad/irrealidad, genuino/no genuino, vida/muerte. Dinámicamente podría decirse que uno de los principales factores que determinan este tipo de patología es la defectuosa y deficiente conformación del espacio y objeto transicional. (Stolorow, R. D. & Lachmann, F. M., 1978).

Rosenfeld (1990) da una gran importancia a la información histórica detallada sobre la vida infantil y actual del paciente. Se trata de las 'notas biográficas'. Uno no puede tratar pacientes psicóticos sin conocer su historia y sin una investigación empática e imaginativa de ésta. El analista debe tratar de establecer contacto con las partes escindidas del paciente y mantenerlas presentes en su mente. El paciente no tiene una mente propia con la cual discernir sus problemas. El analista tiene que pensar por él y luego transmitir lo más claramente posible, al paciente, sus hallazgos.

En el tratamiento de estos pacientes muy perturbados (psicóticos, border, narcisistas severos, esquizofrénicos) la relación paciente/analista se constituye en el pivote sobre el cual descansará lo fundamental del tratamiento y de su manejo dependerá el éxito o el fracaso del análisis. (Rosenfeld, 1990)

Se trata de pacientes de muy difícil manejo, todo un desafío para la destreza analítica del terapeuta, así como una carga contratransferencial que llevará al analista a los límites de su paciencia y tolerancia. Se les ha catalogado también como pacientes con un problema vincular.

Las idealizaciones del paciente no deben ser echadas abajo muy rápidamente. No debemos interferir con ellas en principio; es necesaria mucha confianza para que el paciente se abra. Dice Rosenfeld: "Trato de evaluar lo que el paciente puede sobrellevar y ver que no caiga muy rápido bajo una gran presión." (1990, p.271).

Estas son palabras valiosas viniendo de un analista con una gran experiencia y que **tuvo** fama de ser un 'interpretador kleiniano'. Agrega Rosenfeld (1990): "Cuando el paciente entra en crisis creo que es muy importante que adquiera el mayor insight posible y simultáneamente la mayor ayuda posible de mi parte". (1990, p.271). Rosenfeld no le pone nombre a lo anterior, pero cabría pensar que se refiere a lo que Winnicott conceptualiza como *Holding* y Bion como Capacidad de Contención. El análisis no debe ser conducido rígidamente, es importante sentirse envuelto emocionalmente con el paciente y no asumir una actitud de desapego artificial. Continúa diciendo Rosenfeld: "Como analistas debemos comprender la enorme influencia que podemos tener sobre nuestros pacientes." (1990, p.272). El autor da a entender también que debemos prestar una gran atención al papel que juega nuestra intuición. Esta puede hacernos entender lo que está más allá de las meras palabras.

En el tratamiento de estos pacientes la contratransferencia juega un papel fundamental, decisivo. Al respecto Rosenfeld señala: "Es esencial que el analista esté consciente que la situación analítica y la transferencia son afectadas no sólo por las experiencias pasadas del paciente, sino también por la conducta del analista y su contratransferencia." (1990, p.270). Existen problemas contratransferenciales para entender a estos pacientes muy perturbados que se convierten en una seria valla en el tratamiento. Pueden repetirse traumas originales cuando la madre tenía dificultades para entender a su bebé.

Las perturbaciones transferencia/contratransferencia juegan un rol esencial en la formación de delusiones. Es importante observar, comprender y superar la repetición de ciertas incomprensiones que aparecen muy sutilmente en la transferencia, y que dan lugar a fuertes reacciones contratransferenciales, lo cual frecuentemente crea confusión.

Agrega Rosenfeld: "Creo que la repetición de estados infantiles tempranos es uno de los factores más importantes en provocar enredos transferenciales/contratransferenciales que causan confusión y luego formaciones delusivas, al tratar el paciente de escapar a la intolerable angustia que le provoca su experiencia analítica. La repetición tiene lugar a través de una identificación proyectiva. A veces estas angustias son proyectadas tan violentamente que el analista reacciona con la sensación de ser atacado pudiendo irritarse y resentirse. Tales reacciones contratransferenciales algunas veces son parte inevitable de un tratamiento

exitoso, pero son percibidas por el paciente de manera exagerada y forman la materia prima de formaciones delusivas." (1990, p.273-4)

Al respecto Brenner nos dice: "Un continuado auto-análisis de la contra-transferencia es esencial para mantener una posición terapéutica, en vista de las alteraciones de la conciencia que uno pudiera experimentar y la necesidad de tolerar el dolor del paciente por lo que aparecen como terribles atrocidades." (1994, p.841) Un buen número de autores enfatiza la importancia del análisis de la transferencia y la contratransferencia. La idea es la de transformar una auto observación despersonalizada en una analítica.

Stolorow y Lachmann sostienen que lo primero que debe hacer el analista es "promover una suficiente estructuralización de las funciones yoicas, de tal modo de hacer posible una subsecuente exploración de los aspectos defensivos de los conflictos instintivos subyacentes." (1978, p.96). Un analista debe hacerse un distingo de cuándo una patología particular denota una detención en el desarrollo y cuándo debe ser interpretada como una actividad defensiva. "Un juicio cuidadoso debe hacerse para ver de cual de los casos se trata y como debe uno encuadrar la intervención terapéutica." (1978, p. 96-97).

Stolorow y Lachmann agregan que: "En el tratamiento de pacientes con detenciones en el desarrollo en pre-estadios de defensa, la finalidad del analista es promover una suficiente estructuralización de las funciones yoicas para hacer posible un subsecuente y más clásico análisis de defensas contra los conflictos instintivos." (1978, p. 100).

En el primer caso, frente a la falta de comprensión del paciente, el analista sirve como un padre pre-genital (Yo auxiliar) que ofrece su propia percepción unificada como modelo para internalizar, lo que asiste al Yo del paciente en la tarea de integración. Demás está decir que son necesarios los dos enfoques, dar los dos pasos. Al primero los autores lo llaman Fase Pre-estructural y al segundo Fase Defensiva.

Uno de los aspectos centrales en el tratamiento de estos pacientes es reconocer que su comunicación con el analista se da de manera muy primitiva y por medios no sólo verbales, sino también no-verbales. Contra lo que se piensa, estos pacientes son capaces de crear una atmosfera muy cargada emocionalmente. En este sentido, la contratransferencia es sumamente importante de considerar. La capacidad del analista de recoger las proyecciones no verbales del paciente es esencial en el tratamiento de psicóticos. Es muy importante entender bien al paciente para luego saber qué, cómo y cuándo interpretar. Hay una forma de interpretar que Rosenfeld llama Integrativa-adeuada a la primera fase del análisis (pre-estructural en términos de Stolorow y Lachmann) que recuerda a las Interpretaciones Asociativas de Winnicott.

El contacto con las áreas psicóticas escondidas en nosotros mismos es un factor a tenerse en cuenta. Para eso, el análisis o re-análisis personal es fundamental. El temor a terminar insano es lo más frecuente, de modo inconsciente, en el analista. Hay el peligro que los conflictos latentes del analista sean estimulados y reactivados por estos pacientes.

La insensibilidad encierra terror y furia. La angustia de caer en pedazos es muy significativa en estos pacientes, razón por la cual la actitud y empatía del analista son factores fundamentales en su tratamiento.

Frieda Fromm-Reichmann (1950; 1955), Winnicott (1954) y Searles (1965; 1979; 1986) han enfatizado la importancia de la conducta del analista, tanto o más que las interpretaciones, las que pueden devenir dañinas si no son hechas adecuadamente. El silencio y su manejo es algo crucial. Nos dice Rosenfeld: "Las interpretaciones verbales pueden dar lugar a una experiencia de sostén y ésta ha sido siempre mi meta." (1990, p.18)

En los casos de transferencia psicótica el tratamiento generalmente consiste en detener las interpretaciones por un tiempo, de tal manera de poder explorar y pensar qué colusión transferencial pudiera estar siendo operativa. Es necesario tratar de entender la ecuación transferencia/contratransferencia antes de decir absolutamente nada. Dice Rosenfeld: "Quiero enfatizar mi observación que una evaluación equivocada de un paciente en análisis conduce no solamente a interpretaciones equivocadas en este caso (uno que ha expuesto) a formas negativas destructivas de interpretación sino que distorsiona la intención positiva contratransferencia del analista, quien tomará una actitud de enojo y resentimiento que puede producir reacciones desastrosas de parte del paciente y conducir a un completo impase." (1990, p.152)

Para evitar malas interpretaciones nos aconseja comparar la actitud del paciente, en el análisis, con su actitud hacia sus pacientes en su temprana infancia.

Rosenfeld encuentra el concepto kleiniano de la identificación proyectiva seminal para el entendimiento de la relación transferencial en el tratamiento de pacientes muy perturbados. Remarca que su interpretación es de importancia central en el trabajo translaborativo de procesos psicóticos en la situación transferencial. La identificación proyectiva se relaciona con procesos de disociación (*splitting*) del yo temprano y su consecuencia son las angustias paranoides. Una implicancia técnica es la de evitar movilizar estas angustias muy rápido en el análisis; el analista puede convertirse en persecutor del paciente.

Técnicamente, es imperativo descubrir la identificación proyectiva como modo de comunicación. El analista debe 'contener' las proyecciones del paciente; tiene que jugar un rol de contención, de '*container*'. Tiene que, prácticamente, pensar por el paciente, dar orden a la confusión, capacidad a la incapacidad, en

términos de Bion transformar los elementos beta en alfa (habla de una función alfa del analista).

En las formas más extremas -y pareciera que la patología Rosenfeld la midiera de acuerdo al grado de severidad de la identificación proyectiva- el contenido proyectado se hace concreto, pierde sus características simbólicas. En estos casos la diferenciación entre el Self y el objeto es oscura y las interpretaciones del analista pueden, a su vez, ser mal interpretadas por el paciente. No se hace una diferenciación entre el símbolo y lo simbolizado.

La identificación proyectiva conduce a la confusión, despersonalización, vacío, fragilidad y vulnerabilidad a la influencia. Cuando el objeto ha sido transformado por la proyección es incapaz de funcionar positivamente como madre/analista. Si no es así y el objeto logra transformar la proyección, permaneciendo libre de su influencia, el infante/paciente se sentirá mejor, más seguro en la relación.

Uno no puede jugar a ser 'intocable'; en ese caso el paciente se sentirá rechazado e incomprendido. La participación emocional del terapeuta es absolutamente necesaria para crear un ambiente contenedor.

Rosenfeld señala que : "La aceptación por el analista de los procesos del paciente reactualizados en la transferencia ayuda al paciente a sentir que su Self, que es disociado y proyectado en el analista, es aceptable y no tan destructivo como se temía." (1990, p.180).

Para funcionar terapéuticamente y contener la situación, el analista dependerá de sus recursos emocionales y su comprensión teórica. Estos dos factores interactúan de tal forma que los recursos emocionales lo ayudan a empatizar con lo que está sucediendo y su capacidad conceptual lo ayudará a contener sus emociones. La identificación proyectiva deja de ser un problema si puede ser traducida de su dimensión no verbal a la verbal.

Para terminar, diré que Kernberg (1984) no es muy optimista con los resultados del tratamiento, pues ve a estos pacientes muy centrados en sí mismos, muy desconfiados y explotadores de los demás, a menudo parasíticos. Piensa que el defecto yoico es de tal magnitud que la neurosis transferencial no puede desarrollarse, por lo que debe considerarse la posibilidad de introducir parámetros en el encuadre.

H.Kohut (1968; 1971) fue más optimista. Según este autor habría en estos pacientes una falla en el desarrollo de verdaderas relaciones de objeto. Su angustia se debería a la intrusión de tendencias narcisistas indiferenciadas y sus energías correspondientes. También piensa que son incapaces de establecer una neurosis transferencial. En cambio, establecen transferencia 'en espejo' y/o 'transferencia idealizada o idealizante'.

Ambos autores han enfatizado lo perturbado de la concepción del propio self, en estos pacientes, con la resultante fluctuación en la estima personal e inestabilidad de las relaciones objetales.

Rosenfeld parece ser optimista también cuando dice referente al tratamiento de un caso que "interpretaciones frecuentes y una confrontación firme de los pensamientos y conducta narcisista destructiva, para mi gran sorpresa, trajo un cambio considerable en la personalidad del paciente y en su actitud hacia las demás personas". (1990, p.111)

Personalmente, estoy al lado de los optimistas cuando hay un mínimo de yo sano, que pueda empatizar, que pueda establecer una mínima alianza de trabajo, captar hasta cierto punto la realidad y persistir en los esfuerzos analíticos. Considero que el psicoanálisis es la ciencia y el arte de los estados subjetivos y lo veo como una búsqueda en el setting, considerado éste como un campo virgen a ser explorado. Siempre tendré como mi mejor aliado a mi disposición a entender al paciente.

Resumen

Este trabajo se refiere a los diversos factores a tener en cuenta en el tratamiento de pacientes con un transtorno narcisista severo, a las dificultades que surgen a la vez que al modo de enfrentarlos. Para ello debemos tener muy presente la importancia de la contratransferencia del analista, así como a los peligros de la identificación proyectiva. El autor cita a diversos autores que han lidiado con este problema en su práctica clínica, tales como Searles, Herbert Rosenfeld, Kohut, etc., dejando claro quienes son optimistas y quienes no-hasta donde es posible serlo- en el manejo de estos pacientes, muchos de los cuales pueden ser abiertamente psicóticos. La empatía del analista es un elemento fundamental en el tratamiento, así como su capacidad de contención. Rosenfeld manifiesta que las interpretaciones, cuando éstas tienen un sesgo de soporte emocional, también pueden intervenir, contra lo que piensan algunos autores, tales como O. Kernberg. El autor finaliza su trabajo diciendo que él se encuentra dentro de los optimistas.

Summary

This article deals with the different elements to take into consideration while treating patients with severe narcissistic disorders, with its difficulties and the ways of dealing with them. With that aim in view we should ponder on the importance of the analyst's counter-transference, as with possible dangers of the projective identification. The author mentions some of the analysts who have

dealt with this problem in their clinical practice, such as H. Rosenfeld, Searles, Kohut, etc., classifying them into optimists and non-optimists in the management of these patients, some of who may be openly psychotic. The analyst's empathy is a fundamental factor as well as his holding capacity. Rosenfeld is of the idea that interpretations are adequate as long as carry a holding factor. Other authors, such as O.Kernberg, are of the opposite opinion. The author ends his article saying that he is one of the optimists.

PALABRAS CLAVE: narcisismo; identificación proyectiva; empatía; capacidad de contención; interpretaciones.

KEY WORDS: narcissism; projective identification; empathy; holding capacity; interpretations.

BIBLIOGRAFIA

- Balint, M. (1954). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Evanston, IL: Northwestern Univ. Press.
- Brenner, I. (1994). *The Dissociative Character: A Reconsideration of "Multiple Personality"*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 42: 819-846.
- Easser, B. R. (1974). *Empathic Inhibition and Psychoanalytic Technique*. *Psychoanalytic Quarterly* 43: 557-580.
- Fromm-Reichmann, F.(1955). *Clinical aspects of intuitive processes of the psychoanalyst*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. Vol.3:82-88.
- — (1950). *Principios de Psicoterapia Intensiva*. Buenos Aires: Hormé, S.A.E., octava ed. 1989.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keiser, S. (1967). *Freud's Concept of Trauma and a Specific Ego Function*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15: 781-794.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven, Ct: Yale University Press. Pp.382.
- Khan. M. (1981) *The Concept of Cumulative Trauma*. In *The Privacy of the Self*. London: The Hogarth Press; New York: Int. Univ. Press.
- — (1964) *Ego Distortion, Cumulative Trauma and the Role of Reconstruction in the Analytic Situation*" In *The Privacy of the Self* (pp. 59-68). London: The Hogarth Press; New York: Int. Univ. Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International U. Press.
- Kohut, H. (1968). *The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 23:83-113.
- Krystal, H. (1978). *Trauma and Affects*. *Psychoanalytic Study of the Child* 33: 81-11.

- Murphy, W. F. (1961). A Note on Trauma and Loss. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 9: 519-532.
- Reich, A. (1960). Pathologic Forms of Self-Esteem Regulation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15: 215-232.
- Rosenfeld, H. (1990). A Psychoanalytic Approach to the Treatment of Psychosis. In *Impasse and Interpretation* (pp. 3-27). London: Tavistock Publications Limited.
- _____ Narcissistic patients with negative Therapeutic Reactions. In *Impasse and Interpretation* (pp. 85-104). London: Tavistock Publications Limited.
- — — The problem of Impasse in Psychoanalytic Treatment. In *Impasse and Interpretation* (pp. 133-153). London: Tavistock Publications Limited.
- _____ Projective identification and the problem of containment in a borderline psychotic patient". In *Impasse and Interpretation* (pp. 191-208). London: Tavistock Publications Limited.
- — — Afterthoughts: changing theories and changing techniques in psychoanalysis. In *Impasse and Interpretation* (pp. 265-279). London: Tavistock Publications Limited.
- — — The influence of projective identification on the Analyst's task. Projective identification in Clinical practice" In *Impasse and Interpretation* (pp. 157-190). London: Tavistock Publications Limited.
- — — Destructive narcissism and the Death Instinct. In *Impasse and Interpretation* (pp. 105-132). London: Tavistock Publications Limited.
- Stern, M. M. (1968). Fear of Death and Trauma—Remarks about an Addendum to Psychoanalytic Theory and Technique. *International Journal of Psycho-Analysis* 49: 457-461.
- Rothstein, A.(1984). The narcissist pursuit of perfection. 2nd revised ed. New York: International Universities Press.
- Searles, H. (1965). Collected Papers on Schizophrenia and related subjects. New York: International Universities Press.
- — — (1979). Countertransference and related subjects. New York : International Universities Press.
- — — (1986). My work with Borderline Patients. Northvale-London: Jason Aronson.
- Spitz, R.A. (1965). The first year of life : a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York : International Universities Press.
- Stolorow, R. D. and Lachmann, F. M. (1978). The Developmental Prestages of Defenses: Diagnostic and Therapeutic Implications. *Psychoanalytic Quarterly* 47: 73-102.
- Winnicott, D.W. (1960). *Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso*, en El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Laia, 1979.
- Winnicott, D.W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression. En: (1975). *Through pediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Books.