

LA PATOLOGIA NARCISISTA HOY*

Otto Kernberg**

Ha sido difícil decidir si les voy a seleccionar un tema específico o un panorama general sobre narcisismo, tal como veo el tema en la actualidad. He decidido dar un panorama general, eso significa tocar una multitud de temas. El peligro está en quedarse en la superficie y ser dogmático por no tener tiempo de desarrollar el tema en profundidad; pero, por otro lado por lo menos les da una visión a vuelo de pájaro de lo que pienso. En la discusión podrían hacer preguntas, confrontadas con críticas, lo que permitiría profundidad en el tema.

Para empezar por la base:

Definiciones

Hay dos definiciones de narcisismo. Una, a nivel metapsicológico, psicoanalítico: **el narcisismo es el investimento del Yo (o del Self) con líbido**. Una definición breve y elegante, que oculta todo tipo de problemas. En primer lugar, el hecho de que lo que llamamos el Yo, incluye lo que ahora modernamente se considera el Self, es decir, el Yo, no como una estructura abstracta, metapsicológica, (Yo, Ello y Super Yo), sino Yo

*Texto tomado de la grabación de la Ponencia presentada el día 3 de octubre de 1992 dentro del VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA), celebrado los días 2, 3 y 4 de octubre de 1992 en Barcelona.

**Psiquiatra Psicoanalista Médico Director del Servicio de Psiquiatría Universidad de Cornell (New York).

también como estructura subjetiva, Yo como integración del concepto de sí mismo, o sea el Self. Es importante tener en cuenta que Freud siempre utilizó el concepto "ich" desde que desarrolló lo que se llama en Europa, la segunda tópica, (en Estados Unidos, la teoría estructural). Es decir, narcisismo, desde un plano metapsicológico, es la investidura, no simplemente del Yo como aparato, sino del Self como estructura subjetiva.

En el plano clínico: **narcisismo se refiere a la regulación normal o patológica de la autoestima.** Desde este punto de vista, puede haber una regulación de la autoestima normal o patológica, que a su vez depende de una serie de estructuras psicológicas complejas. Y es ahí donde lo clínico práctico se enlaza con la metapsicología.

No hay una concepción única sobre narcisismo en el psicoanálisis. Existe lo que yo llamaría la escuela francesa, (cuando hablo de la escuela francesa me refiero a la corriente no lacaniana: Grumberger y André Green), está la escuela Kleiniana, especialmente las contribuciones de Herbert Rosenfeld que me han influido enormemente, está la escuela de la psicología del Self de Kohut, frente a la cual, como ustedes saben, tengo actitudes muy críticas y, también mi posición.

Mi posición deriva de la escuela de la psicología del Yo americana, pero de un subgrupo de esa escuela que incluye una teoría de relaciones de objeto, especialmente la que comenzó con Erikson, siguió con Edith Jacobson y Margaret Mahler, que me han influido mayormente y que corresponden por otro lado y en muchos sentidos, a la teoría de relaciones de objeto desarrollada tanto por la escuela Kleiniana, como por la escuela Independent group (especialmente Fairbairn) en Inglaterra. Ustedes ya habrán reconocido en mis puntos de vista la influencia tanto de Edith Jacobson como de Fairbairn.

Creo que las definiciones son comunes a todas las escuelas, en tanto que las formulaciones teóricas y las implicaciones

clínicas, muy diferentes,. Desde este punto de vista tengo que limitarme de momento a hablar de mi propia posición y lo voy a hacer de ahora en adelante, pero estoy dispuesto a discutir los puntos de vista alternativos, si ustedes lo desean, en la discusión que sigue.

Para empezar desde un punto de vista clínico, yo creo que **hay que diferenciar el narcisismo normal adulto de la patología narcisista que, a su vez, es o infantil, o una patología de inversión de la relación objetal dominante, y, por último, la patología de la personalidad narcisista.**

Debo decir en este sentido que Freud en su trabajo inicial sobre el narcisismo, describió las entonces llamadas neurosis narcisistas (que son las psicosis). Ya no utilizamos el término narcisismo para eso, desde un punto de vista descriptivo-estructural, y en cuanto a que hay problemática narcisista en toda patología, ya el concepto deja de tener un aspecto específico, y yo trataré de hablar de la patología específica narcisista.

Narcisismo normal adulto

La regulación de la autoestima normal está dada por la integración del concepto de sí mismo que, a su vez, depende de la capacidad de desarrollar lo que, en teoría Kleiniana, se llaman relaciones totales de objeto, e integrar representaciones buenas e idealizadas de sí mismo con representaciones malas y persecutorias de sí mismo. De esta integración viene el concepto del Yo normal, y este Yo (o Self) normal es investido libidinalmente y asegura tanto una sensación de continuidad de la experiencia subjetiva, como de valoración de sí mismo. El narcisismo normal, entonces, está basado en la integración de libido y agresión en las representaciones parciales de sí mismo, que están integradas en el concepto del Self.

El Self está protegido secundariamente por la integración a la vez de representaciones significativas de otros; tenemos un

mundo interno de representación de las personas que queremos y que nos quieren a nosotros, un mundo interno en nuestro corazón que nos protege libidinalmente hasta cuando externamente estamos solos; en cambio, como veremos, en las estructuras narcisistas tenemos un mundo interno destruido. El narcisismo normal también está protegido por un SuperYo normal, una moralidad inconsciente y consciente que nos aprueba en cuanto que vivimos a la altura de las demandas del Ideal del Yo y de las prohibiciones (de los aspectos prohibitivos) del SuperYo. Esto también asegura la autoestima y hace, por ejemplo, que cuando nos critican y sentimos que la crítica es objetiva, nos sentimos mal, pero no nos provoca una melancolía. El SuperYo normal nos protege de reacciones excesivas autoagresivas.

El narcisismo normal también está protegido por la gratificación de nuestros instintos: la gratificación de nuestros impulsos instintivos, la gratificación sublimatoria de impulsos agresivos y la gratificación de impulsos sexuales, favorece el narcisismo normal.

Narcisismo infantil

El primer grado de narcisismo patológico como les dije, es el narcisismo infantil, que existe en toda la patología de carácter, en todas las neurosis, por cuanto todos los conflictos neuróticos se basan en una fijación de conflictos infantiles, entre impulsos infantiles y el SuperYo infantil. Puesto que el SuperYo infantil mantiene demandas y prohibiciones infantiles, la autoestima infantil depende de valores infantiles y por tanto el narcisismo infantil no es el mismo que el del adulto, y toda patología neurótica contiene también una patología narcisista en el sentido de una fijación a ese narcisismo infantil. Ejemplo: una niña de cuatro años se siente muy bien porque está limpia y no tiene ninguna conducta mala sexual y no se masturba. Eso está bien para una niña de cuatro años, una mujer de 30 años

que se rige según estos principios, tiene muy mala situación en la vida real. En este sentido, el narcisismo infantil es una problemática envuelta en el mantenimiento inconsciente de los valores infantiles del SuperYo, en contraste con los valores adultos. Pero esto es una patología no específicamente narcisista.

Más específico, pero a un nivel intermedio de gravedad: la inversión de roles entre sí mismo y objeto, que Freud describió como patología narcisista en su famoso trabajo de 1914, en aquellos homosexuales masculinos que quieren a otra persona como si fuera ellos mismos, mientras ellos se identifican con un madre y quieren a su pareja homosexual como quisieran que la madre los hubiera querido a ellos. Existe ahí una patología narcisista, un amor narcisista, se quiere a la otra persona que se representa a sí misma, pero al mismo tiempo, en cuanto a que uno se identifica con el objeto de este Yo proyectado, actúa una relación de objeto, si bien con roles inversos, el Yo en el rol de objeto, el objeto en el rol del Self.

Estos son casos relativamente poco frecuentes pero que vemos donde hay un amor narcisista pero también existe la capacidad de relación de objeto, de investidura de objeto, y en el fondo no es una patología mucho más grave que la patología general neurótica.

A propósito, metámonos en enredos metapsicológicos para decir que la clasificación de Freud del amor, en amor anaclítico o dependiente y amor narcisista, es una clasificación muy cuestionable, como Laplanche lo ha descrito brillantemente en su análisis. Si decimos que en el amor anaclítico, por ejemplo, un hombre ama a la mujer que lo alimenta o al hombre que lo protege, o a sus sustitutos, es decir que en el fondo se ama a la persona porque lo va a gratificar a uno, es un amor narcisista al mismo tiempo. Y cuando hablamos de amor narcisista, en el cual se ama lo que uno era, lo que uno quisiera ser, o alguien que era parte de uno, hay una relación de

objeto y uno se identifica con el objeto. Cuando decimos que los padres aman al bebé, la relación de objeto primaria es, al mismo tiempo, una relación narcisista.

A medida que examinamos estos conceptos, tenemos que llegar a la conclusión de que narcisismo y relación de objeto, investidura de sí mismo e investidura de objeto, normalmente son indisolubles, no pueden separarse y que hay una oscilación, una alternancia constante entre investidura de sí mismo y de objeto: y veremos que esta realidad se nos confronta una y otra vez.

Para adelantarme a lo que pasa en las estructuras narcisistas: no es simplemente que se aman a sí mismos y no pueden amar a los demás, sino como decía Van de Waals “ se aman muy mal a sí mismos, al mismo tiempo que muy mal a los demás”, y esto me lleva a la personalidad narcisista.

Personalidad narcisista

Es el tipo más grave de patología narcisista, la única patología narcisista que Freud no describió y que hoy en día tiene enorme importancia. Primero, porque es muy frecuente: pensamos que hasta un 30% de las patologías graves de carácter tienen esta estructura narcisista en un grado significativo; segundo, porque esta patología narcisista afecta profundamente, hasta en los mejores casos en que no hay mucha patología temprana, la capacidad de relaciones de amor, una función fundamental de la vida; y tercero, porque las estructuras narcisistas tienden a provocar fenómenos de grupo, psicología de masas, y tienen una proyección sociológica muy importante. Es una aplicación del psicoanálisis, pero muy importante, porque, si ha habido un nuevo desarrollo en la técnica psicoanalítica en los últimos 30 años, es la capacidad de tratar estas estructuras, de cambiarlas, de mejorarlas y transformar profundamente el destino de los individuos comprometidos.

En forma brevísima, lo esencial de la personalidad narcisista, es que no logra integrar ese Yo normal que les describí como parte de la definición de narcisismo normal, sino a base de graves conflictos entre amor y odio, conflictos derivados fundamentalmente de una condensación entre conceptos pre-édipicos y edípicos, pero con un predominio de agresión pre-édipica. No logra integrar ni un Yo (o Self) normal, ni representaciones integradas de objeto normales. Se mantienen las escisiones profundas del Self y de los objetos internalizados y, como defensa secundaria, se establece un Yo grandioso patológico, a base de la condensación de imágenes idealizadas de uno mismo e imágenes idealizadas de objetos externos. O sea: los componentes idealizados de sí mismo y del objeto que, normalmente, o se integran en un Yo en que lo idealizado, lo bueno y lo malo se integra, o en un SuperYo, que integra idealizaciones (el Ideal del Yo) con las prohibiciones del SuperYo, en vez de este proceso normal, todas las idealizaciones se acumulan en este Yo patológico grandioso con varios efectos nefastos, que veremos a continuación.

Las estructuras idealizadas del SuperYo no logran integrarse, predominan las estructuras agresivas persecutorias del SuperYo, que a su vez son difíciles de tolerar y se re proyectan, lo que produce una debilidad del SuperYo, pérdida de la función normal del SuperYo de proteger el narcisismo del Self. El Self es un Self patológico grandioso que está en peligro constante de chocar con la realidad, en la cual uno no es el rey del mundo en todas las relaciones con los demás y, al mismo tiempo, la falta de integración de relaciones de objeto internalizadas, empobrece las representaciones de objeto, el mundo interno de los demás en el corazón de uno, con la absorción de los aspectos idealizados de los demás, y la re proyección de lo indeseado, lo malo, lo persecutorio de los demás a objetos exteriores que a su vez son desvalorizados. O sea, hay un empobrecimiento del mundo de relaciones internas de objeto, un Yo patológico grandioso desnudo como quien dice, en

cuanto a su necesidad y capacidad de gratificación narcisista, y se produce entonces un peligro grave y constante de la autoestima, que fluctúa entre una grandiosidad habitual y repentinas quiebras, con profundos sentimientos de inferioridad, de desesperación como es frecuentemente descrito en la patología de la personalidad narcisista.

Desde un punto de vista psicodinámico, un elemento central descrito originalmente por Melanie Klein y después por Herbert Rosenfeld, es la manifestación de agresión preedípica en la forma de un afecto dominante que es la envidia. Sin necesidad de estar de acuerdo con la teoría kleiniana de una capacidad innata de envidia, podemos estar de acuerdo en que la envidia, tanto consciente como inconsciente, es una emoción central en las estructuras narcisistas. La formación de un Yo patológico grandioso protege a estos individuos contra la envidia inconsciente, insuficientemente, sin embargo, porque, en general, sufren de envidia conscientemente. Pero mucho más allá de lo que sufren conscientemente de envidia, está la envidia inconsciente, y en el tratamiento analítico, como saben ustedes, primero tienen que enfrentarse con el aumento del sufrimiento y de la consciencia de envidia.

Resumiendo, desde un punto de vista clínico, las personalidades narcisistas se caracterizan por: un amor patológico de sí mismos con grandiosidad, una sensación de tener derechos de privilegio, exhibicionismo, exageración de la importancia de las aspiraciones personales, dependencia excesiva de admiración de los demás, superficialidad personal por la falta de integración en profundidad del sí mismo y de representaciones de los demás, y esta oscilación entre grandiosidad e inferioridad, que les mencioné.

Desde el punto de vista del amor de los otros, un amor patológico caracterizado por tendencia a idealizaciones transitorias, devaluación, tendencia explotadora, incapacidad de depender (porque necesitan que los admiren, pero no pueden realmente depender por no poder tolerar profundamente el

hecho de necesitar a aquellos de quienes dependen), falta de empatía con los demás, dificultad en someterse a relaciones en profundidad y, por la falta de integración del super Yo normal que ya les mencioné.

Manifestaciones de patología del SuperYo que, en los casos relativamente leves, se ven en su incapacidad de experimentar tristeza, añoranza, y, si es que se deprimen, es una desesperación profunda, y primitiva, tendencia a graves alteraciones del estado de ánimo, predominio de una cultura de vergüenza sobre una cultura de culpa (no roban, no por culpa, sino por temor a que los pillen y a la vergüenza de ser pillados) y de valores infantiles, es decir, ver su superioridad asegurada por la belleza física, lo hermoso de la vestidura, por propiedad de objetos brillantes y hermosos, todo lo que convencionalmente pudiera darles la admiración de los demás. En resumen, las manifestaciones de un SuperYo de valores infantiles.

Estos son rasgos relativamente leves de patología del SuperYo, pero hay ciertos casos de patología narcisista en que existe un grave alteración del SuperYo, más allá de lo que les he descrito. Estos son pacientes en que hay franca conducta antisocial y en que la agresión que normalmente está reprimida, disociada o proyectada en las estructuras narcisistas que funcionan mejor, vuelve, infiltrando el Yo patológico grandioso.

En las estructuras narcisistas menos graves, el Yo patológico grandioso, investido con libido, defiende al individuo efectivamente contra la agresión, excepto cuando graves ataques a la autoestima, heridas narcisistas, producen estados momentáneos de rabia. Pero en los casos más graves, hay tanto un deterioro más grave del Super Yo como una infiltración del Yo patológico grandioso con agresión.

La causa común de estos dos desarrollos es un predominio cuantitativo mucho mayor de agresión en los conflictos inconscientes profundos, una envidia mucho más profunda y destructora, y un predominio, no sólo de una emoción de envi-

dia sino de odio, como la estructura caracterológica más profunda. Nos encontramos aquí no sólo con la psicopatología de la envidia, sino con la psicopatología del odio, y vamos a tener que hablar un poco sobre la psicopatología del odio.

Como consecuencia de este predominio de la agresión, menos se tolera el SuperYo prohibitivo, que sería extremadamente sádico, y se le proyecta en forma de tendencias paranoides. El SuperYo se debilita, tolera la conducta antisocial, hay tendencias paranoides, la agresión invade el Yo patológico grandioso y se produce una autoadmiraación en cuanto a la agresión, ya no es simplemente ser el individuo más guapo, más rico, que tiene los coches más nuevos y brillantes, sino el más cruel, el que tiene menos miedo al dolor, a la muerte, a la herida y se produce una agresión egosintónica, un sadismo caracterológico que puede estar también dirigido contra sí mismo, en el sentido de una autodestructividad, con el orgullo de que uno no tiene temor a la muerte, a la enfermedad, a la herida. Por el contrario, está por encima de todos los comunes mortales que temen a estos desastres, y encontramos tendencias automutiladoras crónicas, en vez de un sadismo caracterológico o en combinación con sadismo caracterológico.

Esta combinación de personalidad narcisista, tendencias paranoides, tendencias antisociales, sadismo caracterológico o automutilación crónica, constituye el **síndrome de narcisismo maligno**, que es la forma más grave de las personalidades narcisistas y es intermediario entre la personalidad narcisista propiamente tal y y la personalidad antisocial. La personalidad antisocial o psicopática es la forma más grave de patología del carácter, y está constituida por estructuras narcisistas y una destrucción total de la capacidad del SuperYo, una ausencia total de sistema internalizado de valores, incluso una incapacidad de empatizar con los sistemas de valores de los demás, una falta total de capacidad de investidura de amor hacia sí mismo o hacia los demás, un dominio total de la vida psíquica por la agresión sobre el amor.

Si el narcisismo normal está basado en la integración subyacente entre libido y agresión, y el narcisismo patológico está basado en la incapacidad de esta integración, podríamos agregar que esta incapacidad a su vez tiene varios grados: represión, disociación, proyección en la estructura narcisista habitual; infiltración de las estructuras del SuperYo y del Yo por agresión en el narcisismo maligno; y destrucción total de la estructura del SuperYo y de las capacidades de investidura libidinal en la personalidad psicopática.

Esto me lleva a referirme brevemente a la teoría del narcisismo de muerte de los autores franceses, (descrito originalmente por Grunberger, después por André Green), refiriéndose a un deseo original de no existencia como modo de evitar todo conflicto y todo sufrimiento, secundariamente expresado en depresiones gravísimas en que la autoagresión del SuperYo, los vuelve regresivamente a esta depresión primaria relacionada con los impulsos de muerte.

A mi juicio en esta teorización se confunden dos tipos de situaciones, una en la cual existe una falta de desarrollo de la vida afectiva normal, por gravísimos conflictos objetales, traumatización, enfermedad crónica en los primeros meses o años de vida, una desorganización afectiva que impide la integración normal tanto de afectos como de relaciones de objeto primitivas, y lleva a esta destrucción de la vida profunda simbolizada, que existe en lo que en los Estados Unidos se llama alexitimia o en Francia “la pensée opératoire”, o sea, organizaciones con falta de desarrollo de estructuras simbólicas psíquicas, debida a la patología que les mencioné; y otro tipo de casos en los cuales también por graves conflictos tempranos, se organiza la agresión primitiva en una forma tan extrema que lleva a una autodestructividad primitiva que está reflejada en el narcisismo maligno y en la estructura antisocial o psicopática.

Esto me lleva entonces a la **psicopatología del odio**. En forma muy breve, referiré mi conceptualización sobre el origen de las pulsiones agresiva y libidinal. He propuesto que afectos

primitivos extremos constituyen las piedras de construcción de las pulsiones de agresión y libido; es decir, que las pulsiones de agresión y libido, son integraciones jerárquicamente supraordenadas a efectos básicos que las constituyen. Libido que, si bien está basado en los primeros afectos de fusión libidinal placentera entre bebé y madre desde este punto de vista, agrega a esta sensación placentera que se maximiza en los momentos de relación simbiótica la capacidad de excitación sexual y, gradualmente, centra la libido en la excitación sexual como el afecto básico de libido. Excitación sexual que, a su vez, según sabemos hoy, se desarrolla gradualmente desde los primeros meses de vida, basada en la relación sexual madre-bebé.

Del mismo modo, la agresión como pulsión, se organiza a base de las primeras experiencias de rabia, que son reacciones afectivas inmediatas frente a frustraciones o dolor, como medio primitivo de evacuar frustraciones y dolor, y que, bajo condiciones extremas y patológicas, evolucionan hacia el odio como un afecto agresivo secundario, permanente, estructurado, con el objeto de destruir el objeto odiado que origina el sufrimiento, el dolor. Podemos decir entonces que, a base de rabia primitiva, van elaborándose en escalones sucesivos etapas de organización del odio: primero rabia como eliminación de las fuentes de irritación, afecto agresivo transitorio; después, rabia como esfuerzo de eliminar un obstáculo o una barrera para la gratificación; después, rabia para destruir a un objeto frustrante. Ya en este momento la rabia se transforma en odio, y la internalización de una relación de objeto entre Self furioso y objeto odiado, internaliza no sólo la relación de objeto, sino la emoción de rabia transformada en destructividad crónica, en odio, Y este odio evoluciona, primero, en una búsqueda de destrucción del objeto; segundo, si esto no basta, en una destrucción de la realidad, un deseo de destruir la realidad, el mismo conocimiento del objeto, la percepción del sufrimiento, la autodestrucción total como único medio de eliminar el objeto del odio y a sí mismo como sujeto que sufre.

Esto es la destrucción defensiva de la realidad que ha descrito, por ejemplo, Bion, y que lleva a algunas de las manifestaciones de patología más profunda en pacientes con graves trastornos caracterológicos. En un grado más discreto, esto se transforma en el sadismo, el deseo de hacer sufrir al objeto odiado sin que desaparezca el objeto odiado; después, simplemente en el dominio del objeto odiado, la transformación de un sadismo primitivo en estructuras obsesivas; y, finalmente, la sublimación de la agresión en la afirmación de la autonomía personal.

Como ustedes ven, estoy describiendo la evolución afectiva en paralelo con el cambio de la relación de objeto, en paralelo con la transformación de afectos en superestructuras que los coordinan, en este caso, la agresión. Odio es a agresión como excitación sexual es a libido.

Hemos hablado de la relación entre narcisismo y libido desde un punto de vista estructural y, en cierto sentido, clínico. Y quizás se podría agregar aquí otro tema más. El hecho de que la agresión primitiva tenga como objeto no sólo la destrucción del objeto sino de sí mismo, liga la problemática de agresión y de narcisismo con el masoquismo.

El **concepto de masoquismo** también está en fluctuación, igual que el concepto de narcisismo. Lo que llamamos masoquismo se extiende a través de una gradación extrema desde la normalidad (porque la importancia del SuperYo en la vida cotidiana hace imposible que no haya un cierto masoquismo en la adaptación normal psicológica a sí mismo y a los demás. En todos los esfuerzos, para trabajar, amar, sobrevivir, triunfar, hay un elemento masoquista -que clínicamente no tiene importancia, hasta un extremo opuesto, en que el deseo de destrucción total para evitar todo sufrimiento es una agresión primitiva autodestructiva, pero en la cual ya es difícil hablar de masoquismo, en el sentido de que faltan ciertos elementos específicos que caracterizan los grados intermediarios de esta patología, es decir, una relación del masoquismo con la sexua-

lidad y con el SuperYo. Si definimos masoquismo como una patología específica de la sexualidad y del SuperYo, tenemos que eliminar esta autoagresión más primitiva y más grave, en la cual ya no hay sexualidad ni SuperYo.

Dejando al margen esta patología más primitiva, nos encontramos con el siguiente desarrollo de las tendencias auto-destructivas:

En el sujeto normal la capacidad de experimentar placer sexual con el dolor físico discreto, capacidad que le da el tinte agresivo a la excitación sexual, que es un elemento esencial de la excitación sexual (y desde un punto de vista psicológico apunta hacia el hecho de que la mayor fusión entre madre y bebé no se produce solamente bajo momentos de estimulación libidinal, de gratificación total del bebé al pecho, sino también bajo momentos de dolor y de rabia extremos). Hay una simbiosis de la agresión, lo mismo que la simbiosis del amor, y un derivado de esta fusión bajo el signo de la agresión es el elemento de dolor en la excitación sexual, que aumenta la sensación de fusión con el objeto y que permite que impulsos agresivos sean reclutados por la excitación sexual y provean de un elemento masoquista a la excitación sexual. Es el primer paso de la integración de la agresión al servicio del amor.

Si la agresión es discreta, este masoquismo sexual es todo lo que necesitamos para manejarlo, por decirlo así. Si la agresión es excesiva, este masoquismo integrado al polimorfismo sexual infantil, es conducido a una perversión masoquista específica, que contiene la agresión en las características específicas del masoquismo sexual, como perversión específica, el deseo de sufrir como precondition para gozar sexualmente, el deseo de ser humillado, el deseo de ser controlado por el objeto, la sensación de fusión, de amor con el objeto bajo condiciones de control, humillación, sufrimiento.

Si esto no es suficiente para contener la agresión, ésta puede ser integrada dentro del SuperYo. La culpa derivada de

conflictos edípicos por impulsos sexuales infantiles es expresada en el deseo de sufrir como precio a pagar por la gratificación sexual, transformada simbólicamente en el deseo de sufrir como condición para ser amado por el objeto idealizado y ser perdonado por las culpas propias. Un SuperYo sádico absorbe la agresión y permite el masoquismo moral, como siguiente etapa de control de la agresión dentro del aparato psíquico.

Si no es suficiente la absorción de la agresión en el SuperYo sádico neurótico, puede haber una dispersión general de agresión en estructuras caracterológicas sádicas, una disociación y reproyección secundaria de un SuperYo que no se tolera, y nos encontramos entonces con una estructura sadomasoquista, que expresa el masoquismo de una forma patológica caracterológica crónica.

En resumen, el masoquismo es un gradiente que empieza con el polimorfismo sexual normal, sigue con la perversión masoquista, el masoquismo moral, y la estructura sadomasoquista. En el peor de los casos, encontramos una combinación de todas estas condiciones. En sí esto no indica un narcisismo patológico y puede existir sin la condensación de un narcisismo patológico. Pero en la práctica clínica nos encontramos dos superposiciones de patología masoquista y patología narcisista:

La más grave, la infiltración agresiva del Yo patológico grandioso que les mencioné, en que la grandiosidad se expresa como una grandiosidad autodestructiva. Hay una autodestructividad primitiva que podría llamarse masoquista, -a pesar de que me parece una exageración del concepto-, es una autodestructividad primitiva integrada en un narcisismo patológico.

Y también, la racionalización narcisista de toda la patología masoquista, es decir, el esfuerzo de mantener la autoestima, racionalizando el funcionamiento masoquista. El individuo ma-

soquista moral se cree el más puro y decente, mientras sufre todos los pecados del mundo, es un narcisismo infantil normal si se quiere, que defiende la estructura masoquista. Por ejemplo, la mujer con estructura masoquista con una aventura amorosa desgraciada tras otra, que siente en su superioridad moral sobre los hombres que la abandonan, una protección de su autoestima, es un narcisismo secundario en estructura masoquista.

Por otro lado, grave patología narcisista puede aparecer como si fuera una patología masoquista, por la destrucción de todas las relaciones satisfactorias. Por ejemplo, tomemos nuevamente el caso de una mujer con grave narcisismo, que admira hombres idealizados mientras no le responden; en cuanto le responden, los desprecia - el típico modelo narcisista, la devaluación del objeto conquistado-. Desde un punto de vista superficial, una persona así puede presentar una promiscuidad sexual autodestructiva, -terminar con las manos vacías- da una impresión masoquista, cuando lo que sucede es una devaluación narcisista de todas las relaciones logradas. Lo opuesto es el caso de una mujer con personalidad masoquista, que da la impresión de rechazar a todos los hombres, todas las relaciones buenas, porque no las puede tolerar. La diferencia clínica entre estos dos casos, masoquismo secundario y estructura narcisista, es que, en las estructuras narcisistas, no existe la capacidad de una relación de objeto profunda, mantenida, no explotadora, mientras que, por el contrario, en las estructuras masoquistas, las relaciones que más perduran son las de sufrimientos crónico, una relación en que se sufre crónicamente se mantiene mucho más fácilmente que una relación que pudiera ser satisfactoria.

Algunas implicaciones clínicas prácticas.

Diagnóstico diferencial

Como ejemplo, tomaremos el diagnóstico diferencial del narcisismo en los adolescentes.

Lo esencial para diagnosticar una estructura narcisista en un adolescente es, primero la existencia de una estructura fronteriza de la personalidad, es decir, la presencia de difusión de identidad, que clínicamente se manifiesta en la falta de integración de relaciones de objeto, falta de capacidad de describir en profundidad las personas más importantes de la vida del adolescente, mientras que la descripción de sí mismo puede estar integrada, pero en una forma grandiosa, falsa, y no con la introspección y ambivalencia de la integración del Self normal.

Los adolescentes con estructura narcisista mantienen un buen criterio de realidad y dan la impresión a menudo de una buena adaptación superficial, especialmente aquellas estructuras narcisistas adolescentes más leves, y que utilizan la estructuración de grupo de la vida adolescente para la integración, un grupo que los acepta automáticamente porque han sido amigos de escuela desde hace mucho años y, cuando el grupo se diferencia en parejas, en la adolescencia tardía, se produce la sensación de estar perdido, de soledad, de dificultad de establecer relaciones de pareja. Del mismo modo hay dificultades para tener un ideal de vida, una profesión, tener un modelo que el individuo quisiera ser, hay falta de orientación para algo que les interese, falta de motivación profunda en cuanto a trabajo o intereses. Toda esta problemática señala a estas estructuras narcisistas relativamente menos graves.

Es muy característica en todos los casos de estructura narcisista adolescente, una falta de integración de valores del SuperYo adulto; la adolescencia es un período ideal para reorganizar los valores, establecer los propios valores de vida en contraste con los valores de los padres y el adolescente narcisista no muestra estas características. Encontramos una falta de diferenciación personal en el plano ético, estético o moral de lo que le interese y, por el contrario, un pensamiento excesivamente indiferenciado y convencional. Al mismo tiempo, la capacidad normal para diferenciarse de los valores y la personalidad de las personas más importantes que lo rodean, que

los adolescentes tienen en forma casi excesiva, falta en las personalidades narcisistas.

Son típicos los conflictos en el estudio, ser los mejores alumnos del curso o los peores. Los mejores alumnos del curso en las materias en las que tienen un talento natural, en que no necesitan estudiar, no necesitan esforzarse, su grandiosidad normal se refuerza; pésimos alumnos ahí donde deberían hacer un esfuerzo, donde, por lo tanto, tienen que reconocer valores externos que es penoso integrar, que despiertan envidia, lo que provoca una defensa secundaria de devaluación de aquello que les es difícil. Si aprenden a esquiar y pueden hacerlo a la primera, pueden llegar a campeones de esquí; si tienen dificultades en las primeras lecciones, pudieran no aprenderlo nunca, esta es una conducta muy característica.

En las relaciones sociales, las amistades tienen un carácter de explotación, de ignorar la personalidad de los amigos, establecer relaciones de dominio y de control sobre otros. Y en cuanto a las relaciones amorosas, la incapacidad de enamorarse, lo que refleja la falta de desarrollo de las capas superiores del SuperYo, y de la capacidad de proyección sobre la otra persona del Ideal del Yo maduro, lo que es un aspecto muy importante del enamoramiento normal.

Muchas veces la grandiosidad en las fantasías profundas de estos adolescentes está oculta en la superficie por timidez relacionada con vergüenza, temor a ser criticado o ser rechazado, y es en la vida de fantasía profunda donde encontramos las manifestaciones del Yo patológico grandioso.

Como ustedes ven, se puede analizar en el adolescentes la existencia de las manifestaciones del Yo patológico grandioso, la difusión de identidad subyacente, la patología del SuperYo, la patología de las relaciones de objeto y de amor. Si un adolescente tiene tendencias antisociales, es sumamente importante plantearse de inmediato el diagnóstico diferencial de toda la patología que les he mencionado.

1. Comencemos por lo más grave: se trata de una **personalidad antisocial** si el individuo tiene personalidad narcisista, una falta de capacidad de investidura no exploradora de otros, falta de toda capacidad de experimentar culpa o preocupación por los demás, crónica conducta antisocial sin ninguna capacidad de culpa, tendencia explotadora crónica, falta de capacidad de proyectarse hacia el futuro y falta total de capacidad de una relación tierna amorosa. Si todavía existe la capacidad de una investidura no exploradora o parasitaria, (por ejemplo: una estructura narcisista tiene un animal propio preferido, una mascota que quiere, alguna persona a quién quiere, no la tía que le da dinero todos los fines de semana, sino una persona a la que quiere en forma no explotadora), con alguna capacidad de identificarse con un enfoque ético o moral, o sentir esto en el observador con alguna preocupación por el futuro, probablemente no es una estructura antisocial.
2. En el siguiente nivel se trata de un **narcisismo maligno**, en el cual todavía existe capacidad de investidura no exploradora, cierta capacidad de culpa, cierta capacidad de reconocer valores morales, pero también tendencias antisociales crónicas, tendencias paranoides, sadismo egosintónico o tendencia automutiladora crónica.
3. Tercer nivel, siempre de más grave a menos grave: se trata de una **personalidad narcisista con tendencias antisociales**. Es una personalidad narcisista que, si es que se reconoce en la adolescencia, ya significa que es de cierta gravedad, porque las más leves, pasan sumergidas durante la adolescencia temprana emergiendo en la adolescencia tardía y entonces puede tratarse de una estructura de personalidad narcisista con tendencias antisociales, pero sin ser síndrome de narcisismo maligno. El pronóstico no es malo pero exige tratamiento psicoterapéutico o incluso psicoanalítico. En el caso del narcisismo maligno todavía son pacientes tratables; en el caso de las estructuras anti-

sociales, no son tratables con métodos habituales de psicoterapia individual.

4. Menos grave aún es el paciente con una **estructura de carácter patológico y con comportamiento antisocial, pero no narcisista**. El comportamiento antisocial en estructuras no narcisistas es menos grave que en estructuras narcisistas.
5. El siguiente nivel es la **conducta antisocial en una estructura de personalidad de tipo neurótico**. Un paciente que tiene una buena integración de sí mismo, una buena integración de relaciones de objeto, pero tiene una estructura obsesiva, o depresiva, o histérica, que pudiera presentar conducta antisocial como manifestación de sentimientos inconscientes de culpa (estos casos descritos por Freud, el criminal por sentimiento inconsciente de culpa) ya es menos grave, de mucho mejor pronóstico.
6. Por último, tenemos la **conducta antisocial como manifestación transitoria de una rebelión adolescente**, de una neurosis en adolescente y.
7. Menos grave todavía, el llamado **síndrome disocial**, la adaptación de un adolescente relativamente normal a un subgrupo antisocial.

Pronóstico para el tratamiento

Como ustedes ven, hemos transformado nuestras estructuras metapsicológicas en criterios clínicos que nos indican el pronóstico. Digamos que, en general, el pronóstico para el tratamiento de las personalidades narcisistas depende de:

1. La capacidad residual de establecer una relación de objeto en profundidad. Mientras más capaz sea el individuo de mantener una relación de objeto, por neurótica, caótica y conflictual que sea, siempre que sea no explotadora, mejor

será el pronóstico, en contraste con las estructuras narcisistas complementemente aisladas, y

2. La gravedad de las tendencias antisociales, cuando más graves sean las tendencias antisociales, peor será el pronóstico.

Sobre el tratamiento psicoanalítico

Desde un punto de vista general, los casos leves de personalidad narcisista, en el adulto especialmente, a veces es mejor no tratarlos, porque el sufrimiento del tratamiento excede el deseo de mejorar. Muchos de estos pacientes parecen tan bien adaptados a esa estructura patológica que vienen a tratamiento, no a la edad de 20 ó 30 años, sino a los 40 ó 50 años, cuando aparecen fallos en sus gratificaciones narcisistas, conflictos conyugales, pérdida de atractivo físico, pérdida de prestigio social, fracaso en el trabajo. En general, el pronóstico mejora a medida que más edad tienen, en contraste con lo que pasa con otras estructuras de carácter.

Los más graves, en general conviene que sean tratados. ¿Cual es el tratamiento ideal?: psicoanálisis, porque las resistencias narcisistas son sumamente difíciles de resolver en tratamientos que no sean psicoanálisis. Por otra parte, los casos que tienen debilidad generalizada del Yo (falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la frustración, etc) pueden a veces tener mejores resultados con psicoterapia psicoanalítica que con psicoanálisis.

Los casos más graves, con tendencias antisociales graves, pueden exigir hospitalización, hospitalización a largo plazo en servicios especializados, que puede transformar casos no analizables o no tratables con psicoterapia analítica, en casos tratables. Estos son los pacientes con graves tendencias antisociales, graves manifestaciones de debilidad del Yo, beneficio secundario de enfermedad, falta de motivación y de introspec-

ción, grave acting out crónico de tipo antisocial o autodestructivo, que pone en peligro el tratamiento ambulatorio.

Son estos los casos más interesantes desde un punto de vista práctico, por cuanto manifiestan dificultades específicas para las cuales hemos desarrollado tratamientos específicos en la actualidad.

Hay cuatro tipos dominantes de **dificultades específicas**:

1.—Falta aparente de capacidad de compromiso transferencial. Individuos que parecen mantener una distancia crónica. La incapacidad de depender se manifiesta en su incapacidad de hacerlo del analista. La resolución de este tipo de dificultad se consigue con un análisis sistemático de esta incapacidad de depender, de la resistencia contra la profundización de la transferencia, lo que refleja las defensas inconscientes contra la envidia al analista. Son pacientes que utilizan control omnipotente, tratan de forzar al analista a ser iguales a ellos -no mejores porque eso provocaría envidia, no peores porque eso produciría devaluación-, el analista es forzado a mantenerse en una estructura simétrica, contra la cual el mejor remedio es el análisis de este mismo mecanismo de control omnipotente. Tanto la idealización defensiva como la desvalorización defensiva del analista. El análisis sistemático de estas defensas contra la dependencia gradualmente trae a la superficie las identificaciones componentes del Yo patológico grandioso, que se activan como relaciones parciales de objeto en la transferencia y pueden ser resueltas gradualmente. Generalmente, en estos casos se producen intensas agresiones transferenciales que ya indican un cambio favorable.

2.—La existencia de relaciones sadomasoquistas crónicas graves. Justamente porque, al activarse las relaciones de objeto primitivas, contra las cuales se ha desarrollado defensivamente la estructura narcisista, a su vez en la transferencia se produce una activación de la psicopatología del odio, con una profunda tendencia a destruir al analista, precisamente porque

es el único objeto bueno que ellos odian, y hacen un esfuerzo desesperado de destruirlo, con una esperanza, más desesperada todavía, de que el analista sobreviva a esta destructividad. Entonces, bajo estas condiciones el análisis de la psicopatología del odio, llega a ser el tema central.

Esto nos lleva al problema del acting out en la transferencia, especialmente el acting out de grandes tendencias autoagresivas. Es aquí donde hemos desarrollado técnicas específicas, como el hecho de establecer un contrato terapéutico al comienzo del tratamiento que interfiere con el acting out, seguido del análisis del significado de este acting out suprimido en la transferencia. Por ejemplo, en pacientes con tendencias crónicas al suicidio como expresión de narcisismo maligno, establecemos el contrato de que el analista no va a rescatar al paciente cada vez que trata de suicidarse. El paciente se compromete, bien a discutir sus tendencias al suicidio en las sesiones, o a ir a un servicio de urgencia, si es que no puede controlarse, para hospitalizarse temporalmente; es decir el paciente acepta la responsabilidad de tratar sus tendencias suicidas, que son prohibidas como precondition para la psicoterapia psicoanalítica, y en el tratamiento se analiza de inmediato, como parte del análisis transferencial, el significado de este actuar suprimido. Esta combinación permite resolver analíticamente el acting out grave en casos en que hay estructura narcisista con transferencia sadomasoquista, por ejemplo, casos con tendencia crónica al suicidio, casos de adicción a drogas o alcoholismo, casos con anorexia nerviosa que, entonces, pueden ser tratados.

3.—La existencia de deshonestidad en la transferencia. Esta falta de honestidad constituye lo que he llamado las transferencias psicopáticas y nuestra regla general de manejo de estas situaciones es lo que hemos llamado la lista piloto de la urgencia de intervención psicoterapéutica en los casos con acting out grave, es decir, una lista de urgencias que tienen que ser afrontadas primero.

1.^a urgencia. Si hay tendencias autodestructivas o destructivas graves, suicidas u homicidas, estas tienen que ser manejadas primero, por contrato, por prohibición, estructuración y análisis del significado de esta estructuración.

2.^a urgencia. Peligro de interrupción inmediata del tratamiento: tiene que ser analizada inmediatamente en la transferencia, y todo lo demás puede esperar. Es decir, el terapeuta, si sospecha que el paciente pudiera interrumpir el tratamiento, aunque no lo hubiera dicho, analiza este problema con la más alta prioridad, excepto la del peligro de suicidio o homicidio.

3.^a urgencia. Precisamente la falta de honestidad, lo que exige el análisis constante de la interacción terapeuta-paciente, si éste está bajo la sospecha del terapeuta de que no le está diciendo la verdad, y el análisis de lo que esto significa en la relación transferencial. Si uno utiliza este método sistemáticamente, las transferencias psicopáticas se transforman en transferencias paranoide y, cuando son muy graves las tendencias antisociales y transferenciales psicopáticas, puede haber una regresión paranoide psicótica, una psicosis de transferencia paranoide que a su vez tratamos con el siguiente método: una vez está claro que el paciente ha desarrollado una idea delirante en la transferencia, (recuerden que estos no son casos psicóticos, sino pacientes que regresan psicóticamente en la transferencia) señalamos al paciente que él y nosotros tenemos una idea de la realidad incompatible en la transferencia, lo que él piensa y lo que nosotros pensamos es incompatible y, por lo tanto, uno de los dos tiene que estar loco, uno de los dos está fuera de la realidad y no podemos decir quien está fuera de la realidad, porque no tenemos testigos, lo único que podemos decir es que hay en la situación locura que no podemos localizar. Es decir, circunscribimos una regresión psicótica y analizamos la relación de objeto dominante bajo el signo de una situación psicótica en la transferencia.

En general la resolución de las transferencias paranoides con este método no es difícil; creo que, en este sentido, esto es una contribución importante a la técnica psicoanalítica. Generalmente, cuando se resuelvan estas resistencias paranoides, empiezan a predominar las resistencias depresivas, lo que en lenguaje kleiniano se llamaría el paso de la posición esquizoparanoide a la depresiva, de modo que hay, en estos casos, un paso de transferencia psicopática a paranoide y después a depresiva.

4.-Perversidad en la transferencia (entendiendo por perversidad el reclutamiento del amor al servicio del odio, el reclutamiento de libido al servicio de la agresión). La satisfacción del paciente proviene únicamente de extraer amor y dedicación del terapeuta y destruirlo y gratificar su envidia del terapeuta como individuo que no está controlado por el odio. Es una complicación sumamente grave que vemos especialmente en los casos con narcisismo maligno, pero también en casos sin narcisismo maligno. Es como si el único modo alternativo a destruir la realidad y a sí mismo que ve el paciente para sobrevivir, es destruir la capacidad de amor y todo amor en la relación.

Perversidad es, en este sentido, distinto del sadismo porque el sadismo es un amalgamiento de la agresión y del amor. Por ejemplo, en una perversión sádica se mantiene una relación de objeto a base de un equilibrio sadomasoquista. En la perversidad, no es que la agresión sea condensada con el amor; es el amor reclutado al servicio de la agresión. Son las relaciones más destructivas. Esto coincide con lo que Meltzer ha llamado también perversidad en la transferencia y con lo que Bion ha llamado transferencia parasitaria.

El método para tratar la perversidad en la transferencia es preservar un encuadre rígido. Una preservación del encuadre como modo de absorber la agresión del paciente, para poder interpretar la perversidad en la transferencia. El mayor peligro

es la destrucción del encuadre analítico. El mantenimiento del encuadre puede exigir, a veces, intervenciones dramáticas, pérdida de la neutralidad técnica, pero esto no nos importa, con tal de mantener el encuadre. Esta posición de que el mantenimiento del encuadre es la protección de la relación libidinal enfrentada con la agresión más brutal es el modo de reformular el concepto de continente de Bion; el concepto de holding de Winnicott; la interpretación de Bleger del encuadre como reflejo de la relación inicial de simbiosis bebé-madre y, de este concepto, deriva una serie de manejos técnicos de esta situación.

Bueno, no les he dicho todo lo que quería decir pero, por lo menos, la mayor parte. Gracias.

* * *

Coloquio

RODOLFO RODRIGUEZ (GINEBRA) Freud en “Más allá del principio de placer”, cuando empezó a hablar sobre masoquismo, empezó ahí también a hablar de la pulsión de muerte; y él dice que, en la pulsión de muerte, se produce -todo esto antes que Melanie Klein- una especie de deflexión, donde una parte de la pulsión de muerte es expulsada al exterior pero está ligada con la libido, y hay una especie de coexcitación entre la libido y esa otra cosa que corresponde a la agresividad que usted decía, o la pulsión de muerte que hace que, en ese caso, haya una especie de salida para la pulsión de muerte, a través de esa integración-coexcitación con la libido que desemboca en el masoquismo.

OTTO KERNBERG (N. York) Entiendo,. Bueno, yo creo que aquí, en el plano teórico, está el problema de la naturaleza de las pulsiones. ¿Hay masoquismo primario?, ¿hay narcisismo primario?; son preguntas abiertas.

Freud nunca definió lo que eran las pulsiones. Dijo que eran motivación psíquica, entre lo psíquico y lo físico, y decla-

ró para la libido que nacía de la excitación de las superficies corporales sexualmente excitables. A mi juicio, esto es una teoría muy insatisfactoria; estoy muy de acuerdo con Marjorie Bryery que declaró en los años 30 que el psicoanálisis necesita una teoría de afectos, que todo lo que llamamos agresión y libido, cuando pasa a la situación clínica, se expresa en afectos.

Freud mismo decía que todo lo que sabemos de las pulsiones son ideas y afectos, o sea representaciones y afectos. Todo lo que sabemos de las pulsiones son representaciones y afectos, vale la pena reflexionar sobre eso.

Como ustedes saben, Freud tuvo tres teorías de afecto: primero usó el término de libido y afecto como si fuera lo mismo, pulsión libidinal y afecto era lo mismo, primera teoría; segunda teoría, de los trabajos metapsicológicos de los años 10 al 14, los afectos son manifestaciones de descarga libidinal; y describió los afectos como descarga, los afectos no podían estabilizarse inconscientemente, o sea, disoció la idea de pulsión y la de afecto, en cierto grado; tercera teoría, de los años 23 en adelante, los afectos son umbrales y disposiciones del Yo; más desconexión todavía entre libido y afecto. El resultado: los psicoanalistas no escribieron más sobre afecto.

Recién en los años 30, a raíz de los trabajos de M. Bryerly empezaron a pensar sobre esto de nuevo. Hoy en día yo creo que no es exagerado decir que, desde un punto de vista clínico, todo lo que sabemos de las pulsiones se manifiesta en relaciones de objeto investidas afectivamente. Todas las transferencias, todas las contratransferencias, pueden definirse como una relación entre una representación de sí mismo relacionándose con algún objeto bajo algún afecto específico.

Clínicamente yo creo que eso es un hecho, estoy dispuesto a que me lo discutan. Lo que significa teóricamente esto, es el problema. Para algunos, eso significa que sólo hay afectos y rechazan la teoría pulsional de Freud; los interpersonalistas rechazan el concepto de agresión y declaran que sólo existe

libido. Están los hermenéuticos norteamericanos que rechazan toda la metapsicología; y hay algunos que quieren reemplazar el concepto de pulsiones por el de afecto. A mi juicio, tiene un enorme sentido, clínicamente, pensar en libido y agresión; en amor y odio como los organizadores de las relaciones internalizadas de objeto.

Desde un punto de vista clínico, la clasificación de Melanie Klein, o de Edith Jacobson es eminentemente práctica; y si tomamos a alguien como Fairbairn, que rechazó la idea de agresión como pulsión teóricamente, en la práctica le da tanta importancia como Melanie Klein y todos los demás psicoanalistas. A mi juicio, y lo pienso seriamente, libido y agresión no son innatos, sino que se desarrollan, maduran y se desarrollan. Yo creo que hay una disposición instintiva al amor, es decir al placer con la cercanía del cuerpo de la madre; pero, si no hubiera madre, si no hubiera pecho, tampoco existiría la capacidad de libido; si no hubiera frustración, tampoco existiría agresión, naturalmente. Pero no podemos imaginar una vida en la que no hay alguna gratificación y alguna frustración, y tenemos disposiciones innatas para reaccionar con sensualidad y con rabia, con euforia y con rabia.

Entonces, a mi juicio, no hay masoquismo primario, no hay narcisismo primario. A mi juicio lo que hay es una disposición para reaccionar con rabia ante la frustración; una disposición para transformar sufrimiento en sensualidad. Estas son las disposiciones innatas afectivas y sobre esto empieza a construirse una superestructura.

Todas las gratificaciones, los afectos gratificadores, se unen como pulsión de vida y todas las frustraciones se unen como pulsión de muerte. El narcisismo primario como relación libidinal coincide con la relación de objeto primario.

Para mí, los momentos de afecto cumbre, de placer máximo con la madre, o sea, las disposiciones simbióticas primitivas son el origen de la constitución del Yo libidinal, de las rela-

ciones de objeto libidinales; el narcisismo primario es, al mismo tiempo relación de objeto primario, los dos son simultáneos. Edith Jacobson llegó a la misma conclusión pero después, bajo la amenaza de que no le gustara eso a Hartmann echó marcha atrás, a mi juicio. Yo la quería mucho a Edith Jacobson, digo esto con ambivalencia cariñosa.

Creo que lo mismo es cierto para la agresión; no creo que haya un masoquismo primario pero, bajo condiciones de frustración extrema, se utiliza al máximo la capacidad de usar sufrimiento como excitación sexual y, si esto no basta, de fusionarse con el objeto bajo el signo de dolor; “tu me atacas y yo sufro, y yo sé que, atacándome, tu me quieres y sufriendo estoy feliz porque sé que tu me quieres porque me atacas”. Yo creo que este es el origen del masoquismo. El masoquismo primario tiene al mismo tiempo una función narcisista y de relación de objeto primario.

Si esto se exagera y se mantiene en forma patológica, entonces se produce una estructura interna agresiva persecutoria de un agresor sádico y una víctima perseguida, y el paciente se identifica con ambos, y empieza una estructura sadomasoquista con ambos, y empieza una estructura sadomasoquista básica que es, al mismo tiempo, si se quiere, masoquismo original y sadismo original en uno sólo, y el paciente puede alternar esta relación, y lo hace en la transferencia, nos acusa de ser sádicos y nos trata en forma sádica, las típicas transferencias sadomasoquistas.

Por ejemplo, los pacientes traumatizados físicamente, duramente maltratados físicamente, o traumatizados sexualmente, son al mismo tiempo víctima y victimario y, en la transferencia, hay que analizar su identificación con la víctima y con el torturador. Si no analizamos la identificación con ambos, no se va a producir mejoría nunca. De modo que el concepto de masoquismo primario es problemático a no ser que digamos que coincide con sadismo primario, y el narcisismo primario, con relación de objeto primario.

Ahora, en cuanto a masoquismo femenino: hay que recordar que el masoquismo femenino es en Freud, una patología del hombre, es una patología del hombre en que el hombre se identifica con una imagen de mujer pasiva sometida y sufriendo. Esto en Freud, lo que se llama masoquismo femenino, es una patología del hombre, hay que recordar eso. Erróneamente se ha transformado gradualmente en la teoría de que las mujeres son más masoquistas que los hombres, que es una especie de tradición cultural. Yo creo que no hay ningún motivo para pensar esto. Coincide también con la idea de que las mujeres tienen un SuperYo menos formado que el hombre, una idea que Freud tuvo, que me parece demostrado ser completamente errónea.

Es cierto que, una situación, en una cultura patriarcal que objetivamente oprime a la mujer, las manifestaciones del masoquismo en la mujer utilizan formas culturales para adaptarlo a las necesidades psicológicas; en una cultura patriarcal una superioridad masculina es utilizada por estructuras sádicas masculinas pero esto no significa que las mujeres sean más masoquistas que los hombres. Otro argumento a favor del masoquismo femenino es el de que Helen Deutsch dentro de la teoría clásica de Freud, decía que el trauma de la menstruación, el dolor relacionado con el parto refuerzan el masoquismo femenino. Yo creo que esta es una racionalización secundaria de la teoría, culturalmente transformada, y estoy muy de acuerdo con la crítica de este concepto de Karen Horney, Melanie Klein, Eric Dith Yacobron, Yeannine Chasseguet Smirgel, etc. Por lo menos en los Estados Unidos, en este momento, este concepto del masoquismo femenino está bastante de capa caída..

En cuanto a perversión, el masoquismo como perversión: Igual que todas las perversiones, es más frecuente en el hombre, que en la mujer. En cuanto a estructuras psicológica, es cierto que las relaciones masoquistas de amor son más frecuentes en la mujer que en el hombre. En el hombre el ma-

soquismo psicológico toma más bien formas de sometimiento masoquista en el trabajo, que existe mucho menos en la mujer, y que muchas veces es ignorado por analistas masculinos, que analizan hombres y no captan el masoquismo masculino, el sometimiento a condiciones sádicas de trabajo. O sea hay expresiones culturales diferentes de la misma estructura.

Enfermedades psicósomáticas: como ya dije, pongo en cuestión el concepto de masoquismo primario y me parece que lo importante aquí son los trabajos de Rainer Krause, (no sé si ustedes están familiarizados, Rainer Krause es un psicoanalista de origen suizo, profesor de psicología de la Universidad de Jaarbrucker en Alemania), que ha hecho estudios sobre desarrollo de afecto temprano y ha propuesto que los afectos no son simplemente innatos, sino que se organizan bajo la experiencia de la relación bebé-madre. Por ejemplo la sensualidad difusa de la piel, la mamá baña al bebé, lo enjabona, él siente enorme placer, la mamá le sonríe, el bebé le sonríe a su vez, y esta sensación de placer es máxima al enjabonarle la zona de los genitales y entonces se produce la primera condensación entre sensualidad difusa y sensualidad genital específica. Si la madre, en ese momento, hace un gesto de desagrado, que el bebé lee como la señal innatamente reconocible de lo que es bueno y malo, es decir la mamá le sonríe, le enjabona, llega cerca de los genitales, hace un gesto de desagrado, esto puede inhibir la relación placentera y la organización de la emoción de placer sexual, es decir la organización primitiva de los afectos puede sufrir relaciones patológicas de objeto muy tempranas, lo que llega, a su vez, a afectar negativamente las relaciones de objeto que no se pueden organizar normalmente bajo el efecto de ciertas emociones básicas. El ha estudiado, por ejemplo, desorganizaciones afectivas en la esquizofrenia, etc... y yo creo que las enfermedades psicósomáticas están caracterizadas (los casos en los cuales existe la *pensée opératoire*) por esta falta de organización primaria de

afecto que, en general, implica gran patología de las relaciones objetales. Pero posiblemente existe antes, en un plano previo al clivaje entre amor y odio, que exige, por lo menos, que los afectos de rabia y de euforia estén en su lugar.

J. BARO (LLEIDA): Antes de ceder la palabra a Eulalia Torras yo querría comentar un aspecto respecto a esta doble identidad de víctima y verdugo a la que hacía referencia.

Hay un muy importante trabajo del malogrado Stoller, que hizo investigaciones sociológicas sobre el fenómeno de la pornografía sadomasoquista en los Estados Unidos, y que, entrevistando a las que se podían considerar las vacas sagradas de este peculiar ambiente, la mayoría de estas personas habían sufrido en su primera juventud, o en su infancia, enfermedades invalidantes que les habían mantenido durante años inmóviles en un lecho de hospital.

O. KERNBERG Sí exactamente. O sea, que había un profundo dolor y sufrimiento con agresión secundaria de la cual se defendían con una sexualización de la agresión y una estructura de una perversión que protegía la vida no sexual de esta contaminación agresiva general. Yo creo que les puede interesar... Yo sé que ustedes trabajan con niños y adolescentes y yo no sé si lo que les voy a decir ahora se ve tan claramente en adolescentes, pero en adultos, a propósito de masoquismo femenino, se ve algo muy interesante que tiene que ver con la diferencia de lo erótico en la transferencia entre hombres y mujeres según tengan o no patología narcisista.

Las mujeres que están en análisis con un hombre, si tienen una estructura normal, neurótica o borderline, pero no narcisista, en general, tienden a desarrollar una transferencia erótica con el hombre analista masculino. Es decir, analista hombre-mujer no narcisista, relación erótica que, por supuesto, tiene una implicación edípica fundamental. Esto se ve en todos los casos, excepto en dos tipos: las estructuras narcisistas, en qué no se ve, y las estructuras muy gravemente masoquistas,

en las que la culpa inconsciente por una relación erótica positiva es tan intensa que hay una tendencia a infiltrar sadomasoquísticamente la relación con el terapeuta como defensa contra un erotismo no tolerable. Pero, en este caso, tenemos graves dependencias regresivas infantiles mezcladas con el sadomasoquismo.

En el caso de mujeres narcisistas en el tratamiento con hombres, con analistas hombres, no se ve la erotización, porque la dependencia erótica es experimentada como una humillación narcisista, la envidia del pene aumentada al máximo por la profunda envidia pre-edípica ligada al narcisismo patológico que ha hecho concluir a Melanie Klein, con buenas razones, que la envidia del pene en la mujer tiene raíces pre-edípicas.

En resumen, mujer no narcisista-dependencia erótica; mujer narcisista-falta de erotización en la transferencia.

Ahora, paciente hombre-mujer analista. Hombre neurótico o borderline: no presenta erotización directa en la transferencia sino es desplazado hacia otras mujeres, porque la relación hombre dependiente-mujer analista repite la relación infantil con la madre y hay profundos sentimientos de inferioridad, de no estar a la altura de la madre idealizada, que interfieren con la capacidad de erotización. Sólo se ve hacia el final del tratamiento. En cambio, hombre narcisista en análisis con una mujer: intensa erotización como un modo de negar la dependencia, necesidad crear una situación convencional de seducción agresiva y eliminar la relación de dependencia analítica. Entonces, en general, intensa y prematura erotización en la transferencia de un hombre con una mujer analista es un síntoma de patología narcisista.

No se si se ve esto en adolescentes pero en adultos esto es muy típico, ha sido descrito independientemente por varios autores, Chasseguet, Smirgel, etc, y yo también lo he observado. Pensé que era interesante como un complemento de lo que hemos hablado.

EULALIA TORRAS (Barcelona) Yo quería intervenir porque en la conferencia de la Doctora Kernberg también me quedó algo por decir, que quería proponerle a ella y que ahora propongo a los dos, dado que en parte el Doctor Kernberg lo ha retomado.

Eran varios los puntos que yo quería tocar. Por una parte, el hecho de qué él nos haya dado un abanico de patologías desde la más grave a la menos grave y elementos de diferenciación, me parece muy importante si está relacionado con la clínica, o sea, si eso tiene alguna repercusión en lo que después vamos a hacer o en lo que estamos haciendo incluso. En este sentido, yo le pediría si es que esto lo quiere extender, si es que lo puede extender a alguna relación con la clínica.

Por ejemplo el Doctor Kernberg ya ha dicho algo, ha dicho que en determinados tipos es más indicado una psicoterapia, por ejemplo. Esto me parecen puntos muy importantes para nosotros, los que estamos en la clínica.

Otro punto es el hecho de que cuando ellos han dicho - tanto el doctor como la doctora Kernberg- "no puede depender, esta personalidad narcisista que no puede depender"- . Esto a mí se me formula en una forma distinta que yo querría proponer, invitada a discutir, como ha dicho el doctor Kernberg, es el hecho de que son personalidades que no es que no pueden depender, sino que dependen demasiado. Dependen terriblemente de su entorno. Lo que no pueden es tener un tipo de dependencia de un individuo separado y diferente de ellos, del cual necesitan unas cosas, y pueden pedir las y recibirlas, esta es la dependencia más evolucionada que no pueden tener.

La dependencia de ellos, que tanto la Doctora Kernberg como el Doctor Kernberg han nombrado, es la dependencia de un entorno admirativo que dé realce al Yo, al Self, a la personalidad, que dé soporte, que mantenga el self grandioso, que no lo deje deshincharse para nada y que continuamente car-

que las pilas de este Yo grandioso. Entonces, a mi modo de ver, tal como yo lo entiendo y tal como yo lo propongo, es que se trata de dependencias distintas, de un nivel diferente, y que esta segunda dependencia, que a mí me parece muy intensa y que coincide justamente, me parece a mí también, con una gran debilidad del Yo, es decir, un self grandioso que esconde una debilidad, una fragilidad muy fuerte, es una dependencia de un entorno, de algo que envuelva a ese individuo. La Doctora Kernberg, por ejemplo, explicaba de un niño que necesitaba tener a la madre dentro del cuarto de exploración o de tratamiento, pero no la notaba. Bueno, la madre allí era, según parece, según entiendo, un elemento para mantener el entorno suficientemente reasegurador, suficientemente válido como para qué aquel niño pudiera... o como para que la ansiedad estuviera suficientemente combatida, como para que las ansiedades estuvieran suficientemente calmadas.

Entonces, en esta dependencia de un entorno es como si el niño estuviera dentro de una especie de matriz, el niño, el adolescente y el adulto también, dentro de una especie de matriz o de ambiente, o de atmósfera que le va sosteniendo y, en este sentido, a mi modo de ver, es una forma de dependencia, es algo así como vivirse dentro del objeto, (esto se ha nombrado así también) pero con estas características de que, en ocasiones, cuando la situación se revierte, en lugar de que haya esta exploración del entorno, este control y esta utilización del entorno, que está negado por una parte, (la madre negada en esta habitación, imprescindible y negada), es al revés, en otros momentos, en momentos en qué cambian el signo de todo esto el niño se puede sentir completamente sometido por el ambiente, en peligro, de modo que esta dependencia va también, a mi modo de ver, relacionada con persecución.

Entonces esto me propone la diferencia entre la ansiedad de separación, que es la ansiedad de separarse de un objeto del cual se depende, al cual se necesita y que da seguridad,

de la ansiedad de ser un individuo separado, de la ansiedad de ser un individuo con sus características propias y separado de los otros individuos, que no son parte del entorno propio sino que son otros individuos distintos, con sus necesidades, y con sus posibilidades, no controlados y con sus posibilidades de atender o no, según quieran. Este tipo de ansiedad de separación o ansiedad de ser un individuo separado me parece relacionada con estos dos tipos de dependencia que trataba de describir.

El tercer punto era sobre lo que ha dicho el Doctor Kernberg sobre grados de narcisismo, por llamarle así. A mi personalmente -con los años cada uno empieza a explicarse las cosas a su manera- la palabra narcisismo normal no me gusta nada, lo tengo que decir bien claramente, me molesta incluso. Quiero decir que no tengo la idea de narcisismo normal, le puedo llamar autoestima, respeto de uno mismo, estima de uno mismo, afecto hacia uno mismo, la cual va siempre con afecto hacia los demás o estima hacia los demás; capacidad de depender y capacidad de separarse o de sufrir ansiedad de separación y tolerarla. Pero, en cambio, la palabra narcisismo me molesta para llamarle a algo normal.

OTTO KERNBERG Sí, pero ¿por qué le molesta?

E. TORRAS (Barcelona) Porque tiene esta connotación por toda la historia de Narciso, o sea, por todo lo que evoca, por toda esta autocontemplación que está en la historia de Narciso, y entonces me evoca, a mí personalmente, muchísimo más un exceso, no sé si es exceso de autoestima porque, más que exceso de autoestima, es una mala autoestima, o esta necesidad de engrandecer el Yo y, al mismo tiempo, de utilizar o de explotar el objeto. Digo esto también como provocación.

También hay el asunto de que las personalidades que vemos algunas son extremadamente narcisistas, con un dominio del funcionamiento narcisista tan fuerte que cualquier otra cosa queda pálida y prácticamente no se ve. Pero hay otras

personalidades... los niños, por ejemplo, a veces progresan gracias a la parte capaz de depender, más madura o más afectuosa, más apreciativa del objeto, y hay una parte narcisista que se va modificando con el tiempo si las cosas van bien.

OTTO KERNBERG Para empezar por esto último, le respeto su prejuicio contra el término, y si usted se siente más cómoda diciendo autoestima normal, no me opongo. Desde un punto de vista clínico, dije justamente que el narcisismo se refiere a la regulación normal o anormal de la autoestima. Es en el plano metapsicológico en el que eso significa una investidura libidinal del sí mismo. Si usted no quiere darle un nombre, lo respeto, pero no veo razones teóricas para cambiar esto.

En cuanto a las indicaciones clínicas, sí, la respuesta es: “tiene implicación importantes”. Ejemplos brevísimos:

Primer caso.—Muchacho de 17 años, sumamente agresivo, deshonesto, traficante de droga, falla en el colegio, violencia en el hogar, impulsividad generalizada, falta de tolerancia a la angustia, introspección no mayor de la que tiene mi gato, no se si les describo a la persona concreta. Es un paciente que yo tuve. Mi diagnóstico: personalidad antisocial, personalidad narcisista con tendencias antisociales graves, no extremadamente paranoide, pero con ciertas tendencias paranoides, y un sadismo caracterológico extraordinario. Indicación: psicoterapia psicoanalítica, yo no haría análisis en este caso; quisiera ver a un analista kleiniano si lo toma en análisis.

El paciente no quería venir a verme. El padre le dijo: “o vas a ver al Doctor Kernberg o no te compro el auto que te prometí”, así, a chantaje puro. El paciente dijo: “tengo que ir a verlo, perder mi tiempo aquí porque yo quiero tener un auto”. Entonces, yo le dije que estaba bien, le agradecí lo honrado que era al decirme porqué venía, y empezó el tratamiento. Y durante seis meses analicé nada más que su engaño y porqué me tenía que engañar y su convicción de que yo era un pillo peor que él.

En mi artículo, en el International Journal tengo descrito este caso con algún detalle. O sea aquí tiene una estructura funcionando en un nivel limítrofe, debilidad del Yo, narcisismo maligno, indicación de psicoterapia psicoanalítica, no tiene indicación un caso así para análisis.

Segundo caso.—Muchacha de 21 años, enfermedad desde los 14, tendencias crónicas al suicidio; cada vez que algo no va bien, traga botellas de medicamentos, cae en coma, le tienen que vaciar el estómago, cuatro psicoterapeutas ya la han echado, parece niñita inocente al llegar a las sesiones y eso puede cambiar en una violencia inusitada. Grandiosa, arrogante, despectiva, pero básicamente honrada, con excepción que la dejó embarazada un hombre que no tenía dinero y le dijo a otro hombre que él la había dejado embarazada porque él tenía dinero para pagar el aborto, pero fue la única conducta antisocial. Fuera, hacia los demás, honrada. Diagnóstico: personalidad narcisista con tendencias antisociales leves, no tenía un narcisismo maligno, básicamente honrada. Tratamiento: psicoterapia psicoanalítica con... le dije: “cuando usted se sienta suicida se va al hospital y cuando la declaren de alta vuelva a verme”. La paciente se puso furiosa porque yo no la iba a rescatar cada vez que se mataba, que trataba de matarse, y el tratamiento en los primeros meses consistía en ataques furiosos a mí y a mi análisis. Esos ataques, simbólicamente reflejaban sus intentos de suicidio, esa es interpretación que le manifesté. Psicoterapia psicoanalítica, cambios profundos, resolución de la patología a través de un tratamiento de 5 ó 6 años. Es uno de los casos de nuestra investigación.

Tercer caso.—Hombre de 40 años, promiscuidad sexual, fracaso en dos matrimonios, psiquiatra, sensación de falta de sentido de la vida, falta de tendencias antisociales, falta de agresión egosintónica, fuerza no específica del Yo. Tratamiento: psicoanálisis. Paciente que, en el curso del psicoanálisis, analizó una patología gravísima en su relación con la mujer, intensa e inconsciente.

Lo que le estoy ilustrando son diferentes grados de patología, con diferente indicación y diferente técnica, derivada de la naturaleza de la patología. Así que muy de acuerdo con usted si es que ese era el motivo de la pregunta, de qué diferentes grados y tipos de patología narcisista tienen diferentes indicaciones y técnica de abordaje.

Por último, respecto a la incapacidad de depender, yo creo que sí, es cierto, que estos pacientes dependen de la admiración de los demás pero son incapaces de apreciar lo que reciben porque inconscientemente lo destruyen, y esta destrucción inconsciente de lo que reciben es lo que constituye su incapacidad real de depender; es como la batería del auto, usted mencionó cargar las pilas, uno normalmente, si la batería está bien, recarga las pilas y el auto anda, si uno carga las pilas y al día siguiente hay que cargar las pilas, y al día siguiente hay que cargar las pilas, hay una incapacidad de la batería de contener la electricidad que se está metiendo, pensamos que hay que cambiarla, Y lo que pasa en estos pacientes es un cortocircuito en el sentido de una destrucción inconsciente de lo que reciben. O sea, estos pacientes, que necesitan como una contención continua, es porque destruyen la imagen y esto se ve en que, muchas veces, estos mismos pacientes, con la angustia de separación desesperante y desesperada, manifiestan intensos sentimientos de desprecio, de envidia, de descalificación del terapeuta, una tendencia al robo de lo que reciben y la transformación destructiva de lo que reciben.

También una tendencia a la reacción terapéutica negativa, o sea, que estos pacientes, que tanto necesitan depender, cuando sienten que realmente reciben algo bueno, se empeoran. Por ejemplo, de repente, uno tiene una buena sesión. con un paciente narcisista que pasa el tiempo diciéndole a uno: "usted no me dice nada, me estoy aburriendo, nada pasa en este tratamiento". Tenemos una sesión en qué todo va bien, el paciente parece que fuera otra persona, se va, nosotros esperamos ansiosamente la sesión siguiente, y viene peor que nun-

ca, ya se ha olvidado de la buena sesión. O sea, no es sólo que necesitan depender todo el tiempo si no que, cuando reciben más, tienen que destruir y eso yo creo que constituye profundamente una incapacidad de depender, en el sentido que lo describió Hans Lowald, en su artículo sobre la acción terapéutica del psicoanálisis diciendo que la situación analítica y terapéutica normal es la que una persona siente que depende de otra de buena voluntad, que tratará de ayudarlo sin necesariamente poder hacerlo, pero esforzándose en hacerlo, y con la confianza de que si, uno se confía a esa persona, existe la posibilidad de que, con la ayuda de esa persona, uno aprenda algo sobre sí mismo.

Esta situación casi trivial, obvia en la relación terapéutica normal, está ausente en las estructuras narcisistas. A esto se refiere la incapacidad de depender normal. Y son estos pacientes los que tienen las angustias de separación más salvajes, justamente porque no pueden retener la imagen de la otra persona que necesitan, por su tendencias destructivas inconsciente. Esto es importante desde un punto de vista clínico porque el modo de resolver esta angustia salvaje de separación es analizar justamente cómo destruyen lo que reciben. Los pacientes que no quieren irse al final de la sesión, - yo tengo una paciente que no quiere irse al final de la sesión; desesperada, siente que le estoy echando; pero esa misma paciente utiliza la mayor parte de la sesión para atacarme, para burlarse de mi, para despreciar lo que recibe-. Mi solución no ha sido prolongarle las sesiones sino analizarle al comienzo de la sesión cómo destruye lo que recibe y cómo terminará angustiada sin querer irse, hasta que esto se resolvió.

JORDI MARFA (Barcelona) Yo quería preguntarle por el sufrimiento mental de los terapeutas que tratan de este tipo de trastornos, trastornos narcisistas límites, trastornos graves de personalidad en general. En mi experiencia, en una unidad de ingreso de pacientes adultos, he notado que las demandas de internamiento y los conflictos que surgen de estos interna-

mientos son graves y en incremento. Tengo la impresión de que usted ya señala un camino cuando, con la sistematización extraordinaria de sus ideas, tanto en sus escritos como en la conferencia, muestra una firme oposición y neutralización a la extraordinaria desorganización y capacidad de desorganizar de estos pacientes. Pero me gustaría que usted pudiera añadir alguna cosa más al respecto. Gracias.

OTTO KERNBERG La capacidad de desorganización de estos pacientes es, de hecho, muy grande y, como dije, lo fundamental es mantener el encuadre del tratamiento. Esto puede significar muchas cosas, utilizaré dos o tres ejemplos. Por ejemplo, un adolescente que no quiere venir a sesión, no quiere venir al tratamiento. Los padres, desesperados, quieren que se trate y dicen “¿qué hago, doctor? ¿cómo lo obligo a venir?, él no quiere venir”. Bueno, si el adolescente está tan enfermo, que está en peligro de muerte, que no se puede manejar fuera de un hospital yo creo que necesita hospitalización, les ayudo a los padres a que lo fuercen a que se hospitalice. Si el paciente no está tan grave como para necesitar hospitalización, pero claramente necesita tratamiento y no quiere venir, les digo a los padres: “su hijo (o hija) no quiere venir, no está tan enferma como para hospitalizarla pero necesita tratamiento; usted no lo puede agarrar a la fuerza, darle un palo en la cabeza y traerla a cada sesión, Pero, si ustedes quieren, me junto con ustedes por un tiempo, olvídense de su hijo y yo discuto con ustedes cual es la posibilidad de ustedes de crear tal presión que su hijo no pueda resistirla. Por ejemplo, amenazarla con no mantener ningún apoyo económico ni de otro tipo de su educación. Si ustedes pueden crear una situación a prueba de balas en la cual fuerzan a su hija a venir, entonces, aunque venga aquí furiosa, yo quizás pudiera ayudarle. Si ustedes no son capaces de hacer eso no puedo ayudarles. Yo la veré si se cumplen las condiciones mínimas que necesito para el tratamiento”.

Segundo ejemplo. Paciente hospitalizado con agresión contra enfermeros y otros pacientes. Todo el mundo está enfu-

recido. Utilizo el tiempo que yo tengo, (yo tengo 45 minutos al día para ese paciente, o 30 minutos, da igual) -si el paciente crea tal problema que yo tengo que estar 30 minutos para calmar al equipo, yo digo al paciente que hoy yo di el tiempo suyo para tranquilizar el equipo, a lo mejor mañana me deja tiempo para hablar con usted. O sea, yo le dedico 30 minutos -no más- y el paciente llega a entender que, si quiere hablar conmigo, tiene que tratar de que yo no necesite todo mi tiempo para hablar con el equipo.

Siguiente ejemplo: Hay tres tipos de acting out, el actuar fuera de la sesión, el actuar dentro de la sesión y el mini-acting out que consiste en estas conductas que duran dos minutos, en que el paciente, en forma rápida, hace algo que lo desorganiza a uno completamente, de repente uno se siente perdido y todo lo que uno ha hablado se fue por la ventana ¿Me explico?. Si el acting out está fuera de las sesiones, yo me preocupo si hay peligro de vida y yo lo controlo como sea. Por ejemplo: Paciente adolescente, muchacha de 17 años, blanca, largo pelo rubio, que anda por las noches por los barrios negros de Nueva York para pescar hombres con el peligro de que, por lo menos, la ataquen y, en el peor de los casos, la maten. Esto es una conducta que yo prohíbo, interfiere, controlo, por cualquier medio, y me olvido de la neutralidad técnica. Primero controlo la conducta peligrosa, después trato de reinstaurar interpretativamente la neutralidad técnica perdida. Si el actuar está dentro de la sesión, por ejemplo el paciente me empieza a atacar, a insultar, mientras no me ataque físicamente, mientras no me destruya ningún objeto de mi oficina y mientras no grite tan fuerte que mis secretarías no puedan trabajar afuera, lo puede hacer; si grita de modo que le escuchen afuera, le digo: “o baja su voz o se termina la sesión”, porque no puede exceder el límite de ruido de mi oficina. Si trata de tirarme un cenicero le digo: “si usted trata de dañar cualquier objeto mío o a mí se termina la sesión”. Es decir, controlo la conducta y tolero todo lo que está dentro del marco que yo

defino de antemano, y trato de predecir lo que va a suceder para tener una actitud constante de protegerme a mí.

La política fundamental es: primero, yo necesito estar tranquilo y seguro; después, me preocupo del paciente. En la investigación tenemos el principio que tienen los aviones cuando bajan las máscaras de oxígeno en caso de peligro, primero se lo pone el adulto y después al niño, no al revés. Primero el terapeuta tiene que estar seguro, después el paciente, esto es fundamental para estos casos y yo hago todo lo que necesito para estar totalmente seguro, el paciente viene después.

Otro ejemplo: uno hace una interpretación con enorme esfuerzo y el paciente dice que esto es una estupidez y empieza a hablar de otra cosa y uno se siente como medio tonto y desorganizado. Entonces, lo que yo hago, cuando diagnostico estas conductas, no sigo escuchando al paciente si no que empiezo a elaborar internamente el significado de esta conducta superconcentrada que me desorganizó y cuando yo la he entendido internamente interrumpo al paciente, digo: “quisiera volver a lo que pasó hace 10 minutos... yo dije... usted dijo...” Yo pienso en lo que pasó en este momento e interpreto esta situación, la transformo al actuar en una narrativa y con esto, se reorganiza la situación.

A propósito, André Green expresó este principio precioso de que los casos muy graves evitan la presencia psíquica a través de la somatización o el actuar y, cada vez que las defensas son predominantemente la actuación o la somatización, empiezo interpretando actuación y somatización para volverlo al plano psíquico. Larga respuesta a una breve pregunta pero en realidad es muy importante lo que usted preguntó, ¿cómo mantener el encuadre?. Traté de dar algunos ejemplos.

ALBERTO LASA Yo voy a hacer una pregunta quizás cambiando un poco de registro, entre otras cosas porque conozco un poco el interés de Otto Kernberg por los aspectos de las instituciones, de la psicología organizacional, etc., etc., en

recuerdo de algo que íleí una vez, en una traducción castellana que no se si es correcta pero que a mí me impresionó mucho. Usted decía en un artículo que cuando se trabaja en institución es fundamental poder disponer de una sana paranoia anticipatoria, no sé si la traducción le parece correcta o no. Como le veo animadísimo para dar soluciones prácticas para casos difíciles, le quisiera preguntar, en parte porque quiénes trabajamos con niños y adolescentes tenemos un espíritu un poco lúdico y provocador, le quisiera provocar un poco con respecto al siguiente caso clínico:

Cuando un paciente narcisista con tendencias antisociales adquiere responsabilidades institucionales, ¿qué es lo que se puede aconsejar en una a quién está en una situación así?. A mí me surge en estas y otras situaciones la siguiente duda: ¿cual es la diferencia entre deshonestidad y mentira y negación patológica de la realidad?; y, en esa duda, ¿cuál es la actitud terapéutica en el caso clínico y cuál es la actitud de supervivencia en el caso profesional?.

OTTO KERNBERG Primero, en cuanto a mentira y negación patológica. La negación es un mecanismo inconsciente, la mentira es un mecanismo consciente. Si yo estoy en la duda, interpreto que se trata de una negación; si el paciente está preocupado y angustiado por la posibilidad de que yo pudiera sospechar que él miente, ha sido una negación patológica. Si el paciente, después que yo se lo interpreto, queda tan tranquilo como antes, ha sido mentira.

Es decir, una interpretación constituye el modo de diferenciar. Yo primero pienso en la posibilidad de la mentira, pienso en lo peor, siempre pienso primero en lo peor, esa es la paranoia al servicio de la curación.

Quisiera decir algo sobre un tema que yo quería tocar, pero no tuve tiempo, es el hecho de que, cuando hay regresión grupal, hay un fenómeno muy curioso. Me imagino que están todos familiarizados con la obra de Bion sobre la regresión en grupos pequeños, ¿no?, los supuestos de grupo básicos.

Los supuestos básicos de Bion ilustran que, en las regresiones, se producen dos tipos muy importantes, -dejo a un lado el grupo de apareamiento que es mucho más evolucionado, mucho más edípico y hablo del de lucha-. Sale como jefe del grupo, como líder del grupo, un individuo paranoide, típicamente. El grupo elige al más paranoide para dirigir al grupo en lucha-fuga y, en el supuesto básico de dependencia, el grupo elige al individuo más narcisista para que los gratifique con su grandiosidad y omnipotencia.

En decir, en las regresiones de grupo pequeño hay una oscilación entre regresión paranoide y narcisista. Entre selección de un líder paranoide, y de un líder narcisista; está claro hasta aquí. Si tomamos los grupos grandes, de 150 personas, del tipo que ha descrito Pierre Turquet o Didier Anzieu, -no sé si ustedes están familiarizados con esta literatura, menos que con los grupos chicos, lo veo por las caras-. En los grandes grupos, las regresiones tienen las mismas formas, se produce una regresión a un grupo estático que elige a un vendedor de ilusiones, a un mercader de ilusiones, expresión de Anzieu, un individuo narcisista que vende clichés y todo el mundo está feliz con él o, si no, un líder paranoide, que transforma el grupo grande en una horda del tipo descrito por Freud.

O sea, la dirección narcisista y la dirección paranoide son dos direcciones fundamentales en todo grupo regresivo y en ideologías regresivas. Ahí, se entrelaza la patología personal con patología social..

Líderes normales efectivos necesitan tener varias condiciones: primero, inteligencia para hacer planeamiento a largo plazo, es lo más importante, inteligencia alta.

Segundo, honradez porque, por razones que no puedo entrar aquí, las presiones para deterioros psicopáticos, la corrupción en el poder es una fuerza poderosísima siempre, de modo que una honradez profunda es fundamental para un líder porque la corrupción es muy fácil. Alguien que en la vida pri-

vada es honrado antes que lo sepa llega a ser un pillito cuando está en posesión de autoridad.

Tercero, una capacidad de relaciones de objeto en profundidad para poder seleccionar individuos de valor, un individuo con mucha patología no es capaz de seleccionar a otra persona y la función más importante de un líder es la de seleccionar gente que dirige equipos de trabajo.

Cuarto, aquí usted me citó muy bien, una cierta dosis paranoide para poder captar las agresiones antes de que salgan fuera del cauce y una cierta dosis narcisista para resistir las agresiones que el líder va a recibir por la combinación de todas las transferencias negativas edípicas y pre-edípicas de todo el mundo que trabaja ahí. El peligro está en que un exceso de narcisismo del líder, un narcisismo patológico, crea un desastre porque impide que tolere la crítica, impide por lo tanto el feedback normal, hace que se rodee de gente sumisa, de chupamedias, -¿no usan esa expresión aquí?. Es una expresión chilena, no se como lo llaman ustedes-. Entonces, un exceso de narcisismo es un peligro público y, si es excesivamente paranoide el líder también aumenta el temor a la autoridad.

Si combina tendencias narcisistas y paranoides, tenemos los jefes más peligrosos. Esta combinación de narcisismo patológico, paranoia y deshonestidad nos da los líderes como Hitler, Stalin, Idi Amin, Gadafi, Sadam Hussein, etc... O sea, líderes que tienen una estructura de narcisismo maligno. No todos los dictadores tienen estructura de narcisismo maligno. Por lo poco que sé, por ejemplo, el caso de Franco, un dictador, no tenía esa personalidad, en absoluto, no tenía la personalidad de narcisismo maligno; ni Mussolini tampoco, tenía una estructura narcisista muy fuerte pero no tenía los elementos paranoides y antisociales.

No me entiendan mal, no estoy haciendo juicios políticos ni ideológicos, estoy interesado en la personalidad. Vuelvo a su líder. Si usted tiene un líder que es deshonesto, que sí es nar-

cisista y deshonesto, entonces la importancia está en si es paranoide o no al mismo tiempo, hay mucha diferencia. Si no es paranoide, este líder deshonesto y narcisista va a querer que lo quieran, va a ser deshonesto en el sentido de seducir a la gente y actuar probablemente como niño chico seducible y corrupto, creando una corte corrupta alrededor, con las agresiones expresadas en un nivel por debajo del inmediato alrededor de él.

El grupo inmediato, a su vez, corrupto y narcisista. El tratamiento es sumamente difícil porque la estructura de liderazgo intermedia estará corrompida. O sea, es importante que ese líder fracase suficientemente como para que los de la estructura intermedia vean una amenaza para su futuro y lo echen. Antes de eso es, desgraciadamente, una estructura muy estable.

Por el contrario, si el líder tiene una estructura de narcisismo maligno, existe más posibilidad de que el grupo inmediato debajo de él esté buscando la situación de librarse de él, porque todos ellos peligran por las agresiones salvajes y la paranoia salvaje de este individuo. Esta es la razón por la cual estos dictadores cruentos muchas veces caen.

Desde un punto de vista práctico ¿qué se hace en una organización con un líder corrupto?. El consejo general que dan los expertos, y yo estoy de acuerdo, es la educación gradual del liderazgo, del grupo de líderes inmediatamente por debajo de él hasta crear confianza mutua, hasta que pueden hacer un frente unido y confrontar a este líder o dirigirse a la autoridad superior depende de qué tipo de organización y cual es la estructura legal dentro de la cual opera la organización.

Si uno está solo en una organización de ese tipo, tiene que pensar hasta qué punto su vida económica depende de estar en una organización así, y aquí nos encontramos de nuevo con el masoquismo masculino.

RICARDO SANZ (Valencia) Mi pregunta es más clínica y no se si va dirigida más a la doctora Paulina Kernberg o al doctor Otto Kernberg, respecto a niños que vemos en la consulta, pero que también los vemos en la sociedad, niños que han puesto mucho de su autoestima o narcisismo, por ejemplo, en las marcas de las zapatillas o en los pantalones vaqueros, yo creo que hay una interpretación sociológica de que los compañeros la llevan, de que hay propaganda, etc... Pero la primera pregunta es si ven más estos niños en la clínica, es decir si están más cerca de un narcisismo patológico o si puede ser, por lo menos, una vía de entrada o una expresión: en niños que realmente llegan a extremos de “ no salgo de casa si no llevo esos pantalones vaqueros” o dejan de hablar quince días a los padres si no les compran la marca exigida, etc..

Tengo dos niños que desde siempre me parecían muy patológicos y que entraron así, el primer motivo de consulta era éste, era que se enrababan porque pedían marcas y los padres no se las compraban, los niños tenían 12 años. Uno de ellos, me dijeron entre otras cosas, saltaba de una ventana a otra de su piso, que es un noveno piso, (yo vi la ventana y era fácil saltar pero una vez se cayó) y lo hacía además cuando tenía una herida narcisística y se cayó. No se mató, pero pudo matarse.

El segundo caso es un niño, que tengo actualmente en psicoterapia, y que, por ejemplo, descubre en los juguetes que yo le aporto una pequeña etiqueta que dice -"si no está conforme con este juguete reclame a la casa si tiene algún defecto"- . Está empeñadísimo, -tan empeñadísimo que yo llegué a dudar si iba a hacerlo porque el me lo pedía- en que tenemos que reclamar porque una pequeña pieza era de un color ligeramente distinto, rosa en vez de rojo, de lo ofrecido en la tapa, en la fotografía.

Querría preguntarle también si en estos casos la indicación sería de psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis.

PAULINA KERNBERG (N. York) Bueno, yo creo que la pregunta es más interesante que la respuesta. Yo creo que es una observación clínica muy frecuente, y muy sutil al mismo tiempo, y me parece que estos niños tienen problemas de identidad y la identidad, entonces, está en relación con la superficie del cuerpo. Esto se ve con mucho énfasis en el maquillaje, la paciente llora y no se atreve a salir de la sala si no se ha puesto su máscara, su maquillaje; esto sería equivalente al ejemplo suyo en que la identidad está dada por una expresión parcial de lo que se ve y corresponde, yo creo, a la experiencia que tienen los niños de que son mirados como parecen y no como son o lo que son y, en ese sentido, sería interesante, por ejemplo, interpretar esto al chico y ver cómo él puede empezar a trabajar y como usted lo reconoce.

RODOLFO RODRIGUEZ (Ginebra) Yo quería también hablar de un caso clínico pero voy a sintetizarlo. Fue un niño que nos maltrató en un grupo primero y luego que maltrató terriblemente a Anne Lise en un tratamiento individual, que ella hizo luego. Pero lo que quería preguntar a Otto Kernberg son dos cosas. Primero, es el doble retorno sobre sí de Freud. Usted ha hablado de estructura narcisista, de autoataque o también de antisocial. Freud dice, en un momento dado, que primero está el sadismo; segundo, ese sadismo está orientado hacia el individuo -yo odio, me odio y luego me odian- y entonces me parece ahí que llegamos a la estructura paranoide el paso de “yo odio a todo el mundo, yo ataco a todo el mundo”, luego a “yo me ataco” y luego a “me están odiando, me están atacando”, que daba una facilidad para el tratamiento.

Segundo punto, con respecto al masoquismo femenino. Muy rápidamente, a lo mejor digo una tontería, creo que Freud tenía algunos problemas con la homosexualidad femenina. Pero si el masoquismo femenino no se admite como algo pasivo, sino como algo activo, me parece a mí que tiene toda una importancia para el terapeuta y para poder tratar esos casos narcisistas en la siguiente medida; en la medida en qué yo,

terapeuta, ¿cómo se pueden tolerar esas situaciones? acepto en vez de padecer el coito, acepto el coito de una forma activa, acepto el parto de una forma activa y acepto también la castración de una forma activa en el sentido de que si yo me encuentro castrado es porque yo tuve algo a castrar y quizás pueda volver a tenerlo.

Me parece a mí que esa posición del masoquismo femenino pero poniéndolo de una forma activa, nos arma en cierta medida para algunos casos. O sea, a parte de las interpretaciones. Yo he apreciado mucho todo lo que usted ha dicho, pero también yo me refiero a las posiciones que puede tomar para poder tolerar las agresiones, bien entendido, poniendo un encuadre con lo que usted ha expuesto, continuamente, pero para poder tolerar las agresiones que una patología narcisista antisocial puede producirse con esos mini-acting o con esos acting en el análisis.

OTTO KERNBERG No entendí esta última pregunta, ¿cual es su pregunta?, la segunda.

RODOLFO RODRIGUEZ (Ginebra) El masoquismo femenino me parece muy importante para poder tolerar ese tipo de pacientes. ¿Qué es lo que usted piensa con respecto al masoquismo femenino del terapeuta?. A parte de todo lo que usted nos ha dicho del encuadre, yo estoy muy de acuerdo con todo ello pero me parece también que en qué posición puede ponerse el terapeuta para soportar las actuaciones, o sea, a parte de interpretarlas, hay una disposición también a adoptar en la sesión.

OTTO KERNBERG. Sí, muy brevemente y no estoy seguro si le puedo hacer justicia a su segunda pregunta. En cuanto a la primera, Freud describió varios mecanismos como, por ejemplo, la transformación en lo contrario y la vuelta contra sí mismo, que yo creo que son formulaciones que necesitan ser reformuladas a la luz de las teorías de relaciones de objeto, porque Freud habló en términos de psicología de impulsos,

activo-pasivo, agresión proyectada-expresada, ¿no?. Yo pienso que, en función de la teoría de relaciones de objeto, uno se identifica siempre no con la otra persona, no consigo mismo actuando frente a la otra persona, sino con la relación. De modo que, cuando yo digo “yo odio”, significa automáticamente odio a un objeto interno odiado y que me identifico simultáneamente con el Yo odiante y el objeto odiado, lo que en la conducta externa aparece como cambios de sumisión a dominio, masoquismo a sadismo; son actividades alternativas de las identificaciones con la imagen de sí mismo o la imagen de objeto de la misma relación objetal.

Si Freud hubiera formulado sus hallazgos en términos de internalización de una relación de objeto yo creo que habría puesto todas estas descripciones en esta otra terminología. Esto yo creo que lo facilitan las contribuciones de Melanie Klein, de Fairbairn y de Jacobson, que han establecido esto en forma más clara. Esta sería mi respuesta en cuanto a la primera pregunta.

En cuanto a la segunda no pienso en general en términos de masoquismo femenino del terapeuta. Yo pienso que esta fantasía del hombre de ser identificado con una mujer castrada es una patología tan específica que, si el terapeuta sufre de esto, necesita más análisis personal. Me doy cuenta que no le entendí bien, pero déjeme agregar que una reacción masoquista del terapeuta frente a las agresiones desenfrenadas del paciente es un problema muy frecuente. Si usted se refería a eso, tiene toda la razón. Esta tendencia del terapeuta de reaccionar en forma masoquista deriva del esfuerzo de empatía con el paciente. Si es que el paciente me ataca puede que tenga razón, porqué me ataca, qué es lo que hay en mí que ataca. El esfuerzo de mantener el contacto con el paciente somete al terapeuta más a las agresiones, más el SuperYo del analista, porque el paciente sádico aprende cómo entrar al SuperYo del terapeuta como lo describió también Racker en su análisis de transferencia-contratransferencia.

Entonces, es sumamente importante que el terapeuta abrumado por culpa excesiva por el sadismo del paciente, elabore esto internamente y, a mi juicio, esto no se puede hacer inmediatamente o en las sesiones con los pacientes, y es perfectamente apropiado que el terapeuta se sienta perseguido por el paciente fuera de las sesiones y tenga que elaborar su contra-transferencia en un proceso continuo fuera de las relaciones con los pacientes. El tener grupos de terapeutas que trabajan con pacientes limítrofes es, en este sentido, fundamental. Lo veo como una necesidad para sí mismo para mis colegas.

POLA I. DE TOMAS (Madrid) Usted ha tocado un tema, el del narcisismo, que es uno de los últimos temas que a mí, en mi práctica psicoanalítica, ha llegado a fascinarme. Ha habido un libro que para mí ha sido un impacto tremendo y que lo he leído y releído, qué es “impasse e interpretación” de Herbert Rosenfeld, que me ha llevado a repensar una y otra vez las cosas y a modificar las respuestas que yo había dado a algunos casos.

Me voy a referir concretamente a un problema que a mí siempre me ha preocupado, me ha interesado mucho, el problema del suicidio. He trabajado con pacientes suicidas, algunos no han llegado a suicidarse, lo han superado, otros sí. Siempre un poco y además obedeciendo a las consideraciones teóricas de ese momento se pensaba en el suicidio o en el mecanismo en última instancia del suicidio como una identificación con un objeto dañado en el Yo frente a un Super Yo muy cruel que impedía la reparación del mismo, y la destrucción de uno mismo como la destrucción de este objeto ya dañado.

Sí y no. Cuando he conocido el concepto de omnipotencia narcisística destructiva, con el cual Rosenfeld en cierta forma, reemplaza el concepto de instinto de muerte innato de Klein, y lo lleva a un problema de narcisismo y a una distorsión del narcisismo, revisando un poco estos casos, y volviendo a pensar

por qué se han suicidado, aparentemente se han suicidado porque perdían un objeto de amor que les abandonaba o una situación profesional muy importante para sí mismos y para sentirse, a través de eso, queridos. Lo importante de eso es que no era un fracaso afectivo y una pérdida objetal realmente lo que no podía elaborar, porque creo que el fracaso se puede elaborar. Lo que no podían es aceptar la pérdida que el no de esa persona, el de esa gratificación profesional le inflingía como daño a su imagen narcisista. Es el narcisismo lo que los mata, el no poder tolerar una herida narcisista importantísima, donde se prefería muerto a vivir lo que era como una especie de vía crucis frente a un despojamiento total de un narcisismo mínimo.

Lo interesante de eso es, después, el impacto en la contratransferencia. Es decir, yo me hacía cargo, claro, se me suicidan, no valgo, no sirvo, para qué diablos me meto en esto... Pero tuve la suerte y la sana preocupación de supervisarlos mucho tiempo a posteriori con Paula Heimann, que manejaba muy bien la contratransferencia, y donde yo pude transformar en mí lo que, en cierta forma, habían dejado identificado proyectivamente en mí los pacientes, que era su narcisismo que no toleraba un fracaso de una imagen de sí mismo. Y cuando pude realmente llegar a elaborar eso, llegué a sentir pena por ellos, ya que, hasta entonces, básicamente lo que sentía era rabia, porque me habían hecho quedar mal y porque no habían aceptado todo el enorme esfuerzo que yo había hecho por ellos.

OTTO KERNEBERG En cuanto al suicidio, estoy de acuerdo que hay varios dinamismos y que entre ellos, domina no sólo la culpa inconsciente sino también un esfuerzo de escapar a heridas narcisistas graves y también el deseo de destruir la realidad como parte de lo que he llamado el síndrome de narcisismo maligno, que coincide con los casos más graves que describió Herbert Rosenfeld, y que dice que hay, por varios mecanismos, un ataque inconsciente o consciente al terapeuta que crea reacciones contratransferenciales muy importantes.

Yo creo que desde un punto de vista práctico, muy práctico, y perdónenme si soy casi superficial en lo práctico, lo importante es crear condiciones en que el terapeuta pueda trabajar sin temor a ser perseguido por la amenaza del suicidio del paciente y estar dispuesto a trabajar en condiciones que, incluso si el paciente se suicida, uno está protegido de sentimientos de culpa. Esta ventaja secundaria de las tendencias suicidas es importante eliminarlas. Hay una paciente mía con narcisismo maligno que me decía: "bueno, ¿Y qué va a hacer usted si yo me mato?" y yo le dije: -"mire, voy a ponerme triste si usted se mata pero después mi vida va a seguir igual que siempre". Ella tuvo un ataque de rabia pero esta fue la última vez que oí esa amenaza. Es importante qué hacer para estar seguro; primero, cada vez que haya un paciente con tendencias suicidas, decidir si el suicidio forma parte de una depresión grave o no. Si es parte de una depresión grave, hay que tratar de depresión. Si no es a su vez, es de dos tipos, el de las estructuras limítrofes habituales y el de narcisismo maligno. En ambos casos, trato de crear una estructura en la cual tengo preestablecido qué es lo que es función del paciente, función mía, de la familia, de modo que estoy a salvo y protegido en todos los casos de persecución objetiva, de persecución legal, de persecución por sentimiento de culpa. Con esta seguridad, entonces puedo empezar a interpretar.

JAUME BARO Si he entendido bien a Otto Kernberg, las cualidades de un buen líder son la inteligencia y la honradez, que nos ha demostrado ampliamente, su capacidad de seleccionar, también demostrada aceptando nuestra invitación y las justas dosis de paranoia y de narcisismo, que han hecho de él, para nosotros, en esta tarde, un buen líder.

Como eslabón intermediario, yo quería también transmitirle la satisfacción por habernos podido sentir, creemos nosotros, un buen grupo.

Muchas gracias a todos ustedes.