



**Abordaje psicoanalítico de los trastornos del narcisismo:  
especificidades y modificaciones técnicas.**

Tesistas: María Laura Bicego; Vanesa Soledad Calleri;

María Laura Galainena

Directora: Luciana Juaneu

---

**Resumen**

En el presente artículo se intentó conocer, entre otras cuestiones: los abordajes y características técnicas propuestas por la literatura psicoanalítica para los trastornos del narcisismo; las características del abordaje técnico de los psicoanalistas de la ciudad de Córdoba; las posibles articulaciones entre los trastornos narcisistas y las características de la sociedad y cultura posmoderna.

**Palabras clave:** trastornos del Narcisismo - modificaciones técnicas – Psicoanálisis clásico - características de la sociedad actual

---

**Objetivos**

- Conocer los abordajes y características técnicas propuestas por la literatura psicoanalítica para los trastornos del narcisismo.
- Indagar las características del abordaje técnico de los trastornos del narcisismo de los psicoanalistas de la ciudad de Córdoba.

**Introducción**

En el presente artículo se investigó acerca del abordaje psicoanalítico de los trastornos del narcisismo a partir de las especificidades y modificaciones técnicas. Los motivos que justificaron la elección del tema fueron los siguientes.

En primer lugar, nos motivó la consideración de las demandas actuales, (demandas que de acuerdo al recorrido bibliográfico realizado están planteadas en su

gran mayoría, a diferencia de otras épocas, alrededor del trastorno y no del conflicto), articuladas a la cultura posmoderna, cultura de la inmediatez, de la a-historicidad, del conformismo generalizado y el collage, lo que produciría impactos en lo psíquico que por su intensidad, frecuencia y reiteración son muchas veces intramitables, provocando efectos en lo subjetivo. Efectos que implican cambios que cuestionan los métodos y teorías con los cuales se aproxima a la comprensión del padecimiento humano.

Lemer (2001) plantea que las llamadas "patologías actuales" (pacientes vacíos, irreales, frágiles, inexistentes, etc.) implican un desafío para la práctica e impulsan muchas veces cambios de encuadres, modalidades de intervención, etc. ¿Qué significa esto? El autor hace referencia a que Freud, con su genialidad, nos legó mucho, pero no todo, no podía prever cómo sería el sujeto del fin de milenio o del milenio que vendría. No podía pensar en los padecimientos que más aquejan al ser humano contemporáneo, como las adicciones, las patologías narcisistas, las neosexualidades, etc. Estas "nuevas patologías" nos enfrentan frecuentemente con distintas limitaciones del método utilizado por el psicoanálisis clásico, que a la vez nos provocan distintas reacciones, desde estimular la creación de nuevos abordajes hasta la parálisis de la innovación de los mismos.

### **Posmodernidad, perfil del individuo posmoderno y sus efectos en lo psíquico**

La cultura posmoderna sería la cultura del desencanto, del fin de las utopías, de la ausencia de los grandes proyectos que descansaban en la idea del progreso moderno. En la cultura posmoderna se acentúa un individualismo extremo. Una sociedad anémica, donde han caducado los viejos y tradicionales valores. La sociedad posmoderna es la era del vacío en la que los sucesos y las personas pasan y se deslizan. Más que nunca, la consigna es mantenerse joven, revelándose así contra las leyes de la naturaleza. El hombre hoy es superficial, la frivolidad ha dejado de ser mal vista, y hoy es considerada un atributo, un valor. Ante la antinomia tener o ser, para la cultura posmoderna soy lo que tengo. Predomina el desencanto y la incertidumbre. El enfoque posmoderno cambia la noción de tiempo, es el advenimiento de la cultura de la imagen. La televisión y el zapping sepultaron la ficción y alimentaron la omnipotencia narcisista, al lograr casi cualquier satisfacción imaginaria sin ensueños ni idealizaciones.

Ahora bien, ¿cuáles son los efectos que esta modalidad del vivir deja en lo psíquico? El posmodernismo, con sus sentencias acerca del fin de la historia, los

grandes relatos, la producción masiva, despoja a los objetos de su existencia histórica singular; la información masiva se transforma de medio de comunicación e integración socio-cultural en exceso de cantidad que termina por borrar las ligaduras próximas y necesarias que suministra el otro de carne y hueso. El sujeto es demandado más allá de sus posibilidades de acciones específicas.

### **Conflicto y déficit: dos niveles de funcionamiento psíquico**

Balint (1979), propone dos niveles posibles del trabajo analítico. Uno que nos es familiar y menos problemático, llamado el nivel edípico, y el otro, que suele designarse con términos tales como "pre-edípico", "pre-genital" y "pre-verbal".

El más ampliamente conocido de éstos lo llama el ámbito del conflicto de Edipo. Este cuenta con varios rasgos característicos: relación triangular; es inseparable del conflicto provocado por la ambivalencia que surge de las complejidades de las relaciones entre el individuo y sus dos objetos paralelos; en este nivel el lenguaje adulto resulta un medio de comunicación apropiado.

Para el autor el otro nivel es claramente más simple, más primitivo que el nivel edípico, por lo cual propone que se lo llame el nivel de la falta básica. Las principales características de este nivel son: todos los hechos que ocurren en él pertenecen exclusivamente a una relación de dos personas; esta relación de dos personas es de una naturaleza particular (cualquier tercer elemento que interfiera con esta relación es experimentado por el sujeto como una intolerable tensión); la naturaleza de la fuerza dinámica que obra en este nivel no es la de un conflicto; y por último, el lenguaje adulto es a menudo inútil para describir los hechos de este nivel, porque las palabras no tienen siempre una significación convencional reconocida. (Balint, 1979).

Por otro lado, y siguiendo la línea de pensamiento planteada por Balint, Kilüngmo (1989) plantea la revisión o ampliación de la teoría clásica. Tanto desde la experiencia clínica como desde la evolución teórica se señala el inicio de la patología antes de la etapa de la diferenciación estructural. Es aquí donde se plantea la posibilidad del sufrimiento o trauma psíquico, es decir, fallas en la respuesta emocional adecuada del objeto en términos de las fases o las necesidades evolutivas del niño.

A la patología basada en el déficit, Killingmo la caracteriza por las fallas intrasistémicas, por paralizaciones de la evolución, con resistencias defensivas, con recreaciones de estados traumáticos más tempranos, por una estructura defectuosa del sí

mismo, la falta de constancia del objeto, la difusión de identidad, la escisión y la falta de la capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos, es decir, que la propia evolución de la estructura del yo ha sido dañada.

En cuanto a las implicancias de esta diferenciación entre conflicto y déficit para la estrategia terapéutica y el tipo de intervención, Killungmo (1989) plantea que la tarea del analista en lo que respecta a la patología basada en conflictos, es apoyar al yo en el trabajo de enfrentarse a impulsos y afectos arcaicos, hacia representaciones objétales internalizadas que son proyectadas en el analista. Aquí la perspectiva terapéutica será principalmente topográfica y las intervenciones serán de tipo "interpretativo". Sin embargo, en la patología basada en el déficit, el trabajo terapéutico se dirige a ayudar al yo a experimentar el significado mismo. Las intervenciones del analista deben tener una naturaleza "afirmativa" a partir de la cual se constituyan significados.

Teniendo en cuenta ambas concepciones, se observa que, tanto los derivados del déficit como los del conflicto, están organizados juntos de manera indisoluble, dando forma a complejos patrones de carácter. En este sentido se plantea que es poco usual encontrar formas clínicas "puras", es decir, de déficit o de conflicto, sino por el contrario, una coexistencia entre ambos, con predominio de uno u otro.

### **Psicoanálisis: aspectos técnicos**

En sus comienzos el psicoanálisis centró su interés en aquellas cuestiones relacionadas al conflicto, a las defensas levantadas contra ellos, así como también se ocupó durante décadas del complejo de Edipo y sus complicaciones. El terreno de las neurosis (en especial de la histeria, manifestación típica de las características de la época, represión de los instintos y de todo aquello relacionado a la sexualidad) fue la preocupación central de Freud. Esta cuestión represiva de la época se atenuó gracias a la mayor libertad de hábitos desde la guerra.

Para llevar a cabo el tratamiento de estos pacientes, Freud (1912) plantea determinados parámetros técnicos, tales como el requerimiento al paciente de asociar libremente; el mantenimiento por parte del analista de la atención flotante y la utilización de la regla de la abstinencia; las intervenciones preeminentemente interpretativas, es decir, orientadas a hacer consciente lo inconsciente; el uso del diván; el no pronunciamiento de aspectos personales, ideológicos, religiosos; la alta frecuencia de sesiones.

No obstante, posteriores desarrollos psicoanalíticos profundizaron y centraron su atención en otras formas clínicas, como por ejemplo enfermedades psicosomáticas, adicciones, etc., y en fecundos desarrollos teóricos que permitieron y ampliaron el abordaje y comprensión del padecimiento psíquico. Por lo tanto, el dispositivo descrito anteriormente fue creado para las neurosis y las patologías basadas en el conflicto. Sin embargo, existen otras manifestaciones patológicas que responden a un mecanismo psicológico diferente (tal como ya se describió en el apartado "Conflicto y Déficit"). Por lo cual, se podría hablar de un mecanismo patológico diferente al del conflicto, es decir, fallas intrasistémicas, por paralizaciones de la evolución, con recreación de estados traumáticos más tempranos, por una estructuración defectuosa del sí mismo, es decir, que la propia evolución de la estructura del yo ha sido dañada. Estos pacientes, deficitarios, intentan hallar objetos que les otorguen los elementos primariamente buscados (sostén, reflejo, apego, constancia, calma, intimidad, etc.).

En consecuencia, "la prioridad en el trabajo del analista no será develar o descubrir significados, sino el tratar de ayudar al self a experimentar su existencia" (Nemirovsky, clase Nº 6, p. 6.) Con respecto a esto, Fiorini (1988), plantea que lo indicado en el terapeuta es una conducta de "presencia estructurante", ya que lo contrario ("ausencia"), tendría una función desestructurante que repetiría los déficit en las funciones parentales; es en este sentido que se plantea la interacción "cara a cara" y no así la utilización del diván. A través de esta función continente del terapeuta, y considerando al análisis como lo plantea Winnicott, es decir, como una nueva oportunidad para el desarrollo, es que se posibilitaría que las funciones psíquicas que no se pudieron desarrollar en el pasado, se desarrollen ahora.

### **Concepto, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del narcisismo**

Para abordar este apartado se tuvieron en cuenta los aportes realizados por Kohut y Kernberg, quienes más han contribuido a la comprensión de la personalidad narcisista; y los aportes de Héctor Fiorini, quien realiza una lectura de los autores mencionados articulándolos con su experiencia teórico-clínica en la actualidad. El interés está centrado en tres puntos básicos: concepto, diagnóstico y tratamiento.

#### *Kohut, Heinz*

Desde la perspectiva de este autor, el trastorno narcisista es un trastorno del desarrollo

del narcisismo infantil normal. Se trata de una fijación a una fase normal del desarrollo infantil que no fue superada adecuadamente por patología de los objetos externos y, por tanto, corresponde a una patología por déficit estructural.

En cuanto a la concepción del psiquismo temprano, Kohut es uno de los autores que jerarquiza al ambiente humano como elemento imprescindible para la creación de estructura psíquica. La estructura del sí mismo se va formando en esta matriz de relación con estos objetos tempranos que denomina objetos del self. Gradualmente, y luego de repetidos procesos de respuestas óptimas, estos objetos se internalizan configurando el self nuclear del infante. Cuando el objeto del self falla gradual y adecuadamente en su función, lo que Kohut denomina falla óptima, se produce lo que el autor define como internalización trasmutadora. (Kohut, 1971).

Para Kohut (1971) estos pacientes presentan una serie de síntomas característicos en diferentes esferas: en la esfera sexual (fantasías perversas y pérdida de interés por el sexo); en la esfera social (inhibiciones en el trabajo, incapacidad para formar y conservar relaciones significativas y comisión de actividades delictivas); en la esfera de la personalidad (pérdida del humor, de la empatía, del sentido de la proporción, tendencia a los ataques de ira incontrolados y mentira patológica); en la esfera psicológica (preocupaciones hipocondríacas diversas). Asimismo, Kohut (1986) señala que en el transcurso del tratamiento estos pacientes desarrollan tres tipos específicos de transferencias (especular, idealizadora y gemelar o alter ego), determinadas por la reactivación terapéutica del self grandioso y de los objetos omnipotentes infantiles. Desde la perspectiva de Kohut (1979,1984), estos tipos de transferencias son un intento, por parte del paciente, de construir los segmentos faltantes de su estructura psíquica.

En cuanto a los criterios diagnósticos, Kohut (1968, 1970,1971 y 1972) considera que el diagnóstico del trastorno narcisista debe realizarse en la situación psicoanalítica al reconocerse el "desarrollo de los tres tipos de transferencias" característicos de esta patología.

En lo referente al tratamiento de estos trastornos, la técnica Kohutiana no se basa en la simple especularización del paciente, sino en intervenciones en las que el terapeuta, con un tono emocional de enorme comprensión y empatía para las necesidades del paciente, analiza la transferencia como repetición de una situación infantil no atendida y utiliza la interpretación como instrumento básico para comunicar

su comprensión de la situación. Desde esta perspectiva, el contenido de la interpretación es lo de menos, es decir, la información o la conexión de sentido que aporta; por el contrario, lo verdaderamente importante para el paciente es la comprensión empática que el terapeuta transmite a través de sus palabras. De esta manera, Kohut se coloca al lado de los autores que han contribuido a formular la noción de función continente del terapeuta (Winnicott, 1958 y 1965; Bion, 1967; Balint, 1968), situada mas allá de la información aportada por la interpretación y creadora de las condiciones necesarias para que las funciones psíquicas que no se pudieron desarrollar en el pasado se desarrollen ahora (Atxotegi Loizate, 2004). Sin embargo, la interpretación Kohutiana aporta, al igual que la clásica, información sobre la realidad psíquica del paciente. Pero la información es diferente a la que transmite la interpretación en las neurosis clásicas, ya que el mecanismo de producción de uno y otro es distinto.

#### *Kernberg, Otto*

A nivel de la descripción clínica, Kernberg (1975, 1984) afirma coincidir con Kohut, señalando los pacientes que padecen de narcisismo patológico como aquellos con una exagerada centralización en sí mismo, serias distorsiones en las relaciones internas con otras personas, ambiciones desmedidas, fantasías grandiosas, excesiva dependencia de la admiración y homenaje de los otros. En el plano clínico, coincide en la descripción de los tipos de transferencias desarrollados en la situación analítica (especular e idealizadora), aunque los hace derivar exclusivamente de la reactivación del self grandioso infantil. Esta diferencia se origina en que para Kernberg (1984) existen dos configuraciones básicas diferentes que corresponden a un narcisismo normal y a otro patológico. Por otra parte, Kernberg considera que la característica estructural básica de estos pacientes consiste en la existencia de un self patológicamente integrado (self grandioso, resultante de la condensación patológica del self real, self ideal y objeto ideal). El self grandioso es, para el autor:

Una organización estructural defensiva frente a vínculos objétales primitivos y patológicos, en los que participa la rabia y la envidia orales, la angustia y la culpa derivada de ellas, y, al mismo tiempo, el desesperado anhelo de una relación de amor que no sea destruida por el odio. (Kernberg, 1984, p. 262).

En lo que se refiere al diagnóstico, Kernberg (1975 y 1977) plantea que debe realizarse considerando la "organización estructural de la personalidad". Para el autor

las características estructurales específicas de la personalidad narcisista son: "identidad patológicamente integrado (self grandioso), operaciones defensivas primitivas centradas en la escisión y conservación de la capacidad de comprobación de la realidad". (Kernberg, 1984, p. 262) Otra cuestión importante referente al diagnóstico, tiene que ver con la descripción de rasgos característicos de estos pacientes tales como: experiencia crónica de vacío, incapacidad para el aprendizaje y sentimientos de soledad no compartidos con otros. Este último rasgo se expresaría a través del sentimiento de estar en la cumbre y sólo en el mundo, del ansia crónica por algo y por el sentimiento de carencia de sentido. Por último, Kernberg clasifica a estos pacientes narcisistas en dos grandes grupos: pacientes con funcionamiento límite y pacientes sin funcionamiento límite.

Para llevar a cabo el diagnóstico, Kernberg (1984) ha desarrollado lo que Blumenthal ha sugerido se llame una "entrevista estructural" para destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad (organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad). En cada caso, la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre factores etiológicos y las manifestaciones conductuales de la enfermedad. Además, la entrevista estructural combina el examen tradicional del estado mental, con una entrevista orientada psicoanalíticamente, centrada en la interacción paciente-terapeuta y en la clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos de identidad, mecanismos defensivos y distorsión de la realidad.

En cuanto al tratamiento, Kernberg (1975,1984) plantea que el aspecto más importante del mismo en los pacientes narcisistas es el análisis sistemático del self grandioso patológico en la transferencia. La activación del self grandioso patológico determina, por una parte, la idealización del terapeuta (mediante la proyección en éste del self grandioso del paciente) y, por otra, la negación de la presencia del terapeuta como objeto autónomo (mediante la identificación del paciente con su propio self grandioso). Desde la perspectiva del autor: La reactivación del self grandioso patológico en la transferencia tiene por finalidad evitar el surgimiento de conflictos objétales patológicos en torno a la agresividad oral. La misión del terapeuta consiste en ayudar al paciente a comprender la naturaleza defensiva de este tipo de manifestaciones transferenciales. (Kernberg, 1975, p. 265).

En este sentido, el autor señala la necesidad de interpretar sistemáticamente las



tendencias del paciente a idealizar y a negar la presencia del terapeuta, así como también el mecanismo de control omnipotente por medio del cual el paciente intenta "rediseñar" a la figura del analista para cumplir sus propias necesidades. Kernberg concluye en cuanto a la indicación terapéutica, la necesidad de determinar en primer lugar, si el psicoanálisis es indicado y si el paciente es analizable. De no ser así, la psicoterapia de expresión sería la indicada. Sólo si todas las modalidades de expresión son contraindicadas, deberá considerarse la psicoterapia de apoyo y adoptar una técnica de apoyo estrictamente definida.

*Fiorini, Héctor*

Siguiendo a este autor se habla de "trastorno narcisista" cuando una persona presenta: una problemática centrada en el sí mismo, una preocupación constante por definir su identidad; preocupación por el saldo que en términos de identidad y estima de sí pueda resultar de toda interacción con los otros; angustia centrada en la ubicación de resultados interaccionales con los otros, en términos de responder a un yo ideal o al absoluto opuesto, el negativo del ideal; frecuentes temores hipocondríacos; reiteración en la demanda de modos primarios de vinculación, de dependencia patológica; ansiedades vinculadas con objetos sexuales parciales, pregenitales, a menudo integrados en fantasías perversas y consecuentes dificultades en el plano de la sexualidad adulta; pensamiento confusional prevalente (falta de delimitación entre un adentro y un afuera); estados depresivos frecuentes; dificultades para el registro y la comprensión empática de las conductas y los motivos de los otros. (Fiorini, 1998).

En cuanto al trabajo con estas estructuras, Fiorini (1988) plantea que éstas requieren no solo un sentido del timing que va vinculado al paciente, sino también una capacidad de holding, un sentido del tacto muy particular, porque algunas de estas organizaciones defensivas serán elementos sostenedores del paciente y podrán ser señaladas en el curso del tratamiento, pero durante mucho tiempo no podrán ser atacadas ni movilizadas. Esto supondrá un particular cuidado por parte del analista respecto de las organizaciones defensivas y de los modos de instalar el paciente su vínculo con él.

Algunas de las direcciones posibles que el autor plantea en caso de que el proceso terapéutico avance, son las siguientes: del aislamiento o encapsulamiento de la fragilidad narcisística, poder pasar a la dependencia regresiva y a la continencia en el

vínculo terapéutico; de la confusión hacia la discriminación; de los registros dispersos, de las percepciones parciales del cuerpo, hacia una progresiva construcción de un esquema corporal más integrado; desde la polarización de las valoraciones que remite a la órbita del yo ideal a la gradación de valoraciones que remite al espacio del ideal del yo; de la dispersión, de la fragilidad e inestabilidad de las imágenes de sí, hacia una mayor cohesión, consistencia, estabilidad y definición de las imágenes de sí.

En cuanto a los "instrumentos técnicos" para avanzar en la dirección de estos procesos, Fiorini plantea la existencia de uno de los instrumentos que tiene la mayor jerarquía teórica que es la "interpretación", pero lo que el autor destaca es que hay que poder llegar a ella. Por lo tanto, cuando se trabaja con trastornos evolutivos, con pensamiento confusional, se plantea la necesidad de ir creando condiciones graduales para acceder a un psiquismo capaz de trabajar eficazmente con la interpretación. Por lo tanto, Fiorini (1988) habla de cuatro tipos de instrumentos técnicos esenciales para mover estas direcciones del proceso: el primero de ellos tiene que ver con el concepto de *intervención vincular*: crear activamente desde el terapeuta (el cual debe ofrecer modelos de vínculo) un vínculo con el paciente; el segundo nivel de intervención técnica es el de la *discriminación*: la cual tiende a poner palabras, introduciendo un orden, un modelo de proceso secundario de pensamiento; el tercer tipo de instrumento técnico es el de las *confrontaciones*, es decir, la posibilidad de confrontar al paciente con una imagen, realizar un pasaje de indicios de conductas diversas a un trabajo del nivel de la imagen; por último Fiorini menciona a la *interpretación* como instrumento. Esta debe mostrar el complejo juego de estructuras, espacios, límites y mecanismos involucrados en el trastorno narcisista, y no solo limitarse a puntuar un discurso.

Fiorini (1978) también hace referencia a reglas técnicas de complementariedad. Estas reglas son dos y tienen que ver con la "presencia y ausencia del terapeuta". El autor sostiene presencia en ciertas condiciones y ausencia en otras condiciones. Para Fiorini se distinguen como modalidades de "presencia" del terapeuta a la capacidad de contacto empático, capacidad de recibir la problemática del paciente y concentrar en ella su atención como aspectos de la función de contención, etc. Y como modalidades de "ausencia" del terapeuta se distinguen conductas de abstinencia que implican diversos modos de evitar otorgar gratificación directa a deseos transferenciales del paciente, presencia de una no inmediata respuesta a los mensajes del paciente, presencia de una distancia emocional que le permita evitar una invasión de la carga emocional del

paciente sobre él mismo, así como evitar el descontrol emocional en sus propias respuestas. En lo referente a los trastornos Narcisistas, Fiorini plantea la necesidad de trabajar con conductas de presencia estructurante.

### **Metodología**

Para el desarrollo del presente trabajo nos centramos en la "perspectiva cualitativa" atendiendo a la comprensión de los hechos en el contexto global donde se producen, con el fin de estudiarlos y explicarlos en su complejidad.

Se adoptó un diseño de investigación "Exploratorio-Descriptivo", teniendo en cuenta que, de acuerdo a lo planteado por Hernández Sampieri (2001), el primero nos permitió familiarizarnos con el tema, avanzar en el conocimiento y alcance de nuevos aspectos del mismo, así como también por la flexibilidad que lo caracteriza permitiendo la consideración de numerosos aspectos distintos de un mismo fenómeno. El diseño descriptivo, en cambio, busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Este mide de manera más independiente los conceptos o variables a los que se refiere y sirve para analizar cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes.

### *Sujetos*

La muestra que se tomó en el presente trabajo de investigación fue no aleatoria, ya que no dio cuenta del conjunto total de la población. Dentro de esta tipología el tipo de muestra fue la muestra de expertos que de acuerdo a Hernández Sampieri (1991), en ciertos estudios es necesaria la opinión de sujetos expertos en un tema. Estas muestras son utilizadas frecuentemente en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o para generar materia prima para diseños de cuestionarios.

Esta muestra constó de N=10 profesionales psicólogos expertos en el manejo de la técnica psicoanalítica. Considerando como expertos aquellos profesionales con quince años de experiencia clínica como mínimo.

### *Instrumentos*

El instrumento que se utilizó para llevar a cabo este trabajo fue la "Entrevista a expertos", es decir, dirigida a sujetos que por su ubicación social, por la tarea que desempeñan, tienen un profundo conocimiento del tema en estudio y nos pudieron

aportar datos valiosos desde una perspectiva diferente.

### *Tratamiento de los datos*

El tratamiento de los datos se efectuó a partir del recorrido bibliográfico realizado en el marco teórico así como también del trabajo de campo de la presente investigación.

La técnica utilizada para llevar a cabo este procedimiento fue a través del "análisis de contenido". El mismo partió de tres ejes temáticos: "indicadores clínicos" que posibilitan el diagnóstico de los trastornos del narcisismo; caracterización de las "modificaciones técnicas" en el abordaje de estos trastornos y diferencias o no del psicoanálisis clásico; posibles "articulaciones" de estos trastornos con la sociedad y cultura posmoderna. Para la sistematización de los datos se construyeron "grillas de contenido" en las cuales se encuentran las unidades de análisis seleccionadas de las entrevistas realizadas a los 10 expertos entrevistados de la ciudad de Córdoba.

Para llevar a cabo el tratamiento de los datos se trabajó a partir de las recurrencias que surgieron del decir de los expertos entrevistados en relación a los ejes seleccionados. A partir de las recurrencias se procedió a realizar las inferencias respecto a las mismas, intentando dar cuenta de un análisis que contemple no solo un análisis descriptivo de los datos, sino también haciendo interpretaciones y articulaciones teóricas respecto de lo que el material reflejaba.

### **Conclusión**

De acuerdo al trabajo de campo realizado en la presente investigación a través de la entrevista a expertos, los psicoanalistas entrevistados de la ciudad de Córdoba abordan los trastornos narcisistas desde posicionamientos teóricos actuales, de tipo postfreudiano, aplicando modificaciones técnicas en relación al psicoanálisis clásico, evidenciando cambios en su práctica clínica actual en cuanto a la presentación de estos cuadros que se encuentran agravados por las características de la sociedad posmoderna, la cual incrementa y potencia la frecuencia y aparición clínica de los mismos, planteándose de esta forma la necesidad de adecuaciones técnicas en relación a la complejidad que presenta la demanda en la actualidad.

Pensando en los modos de abordajes psicoanalíticos y psicoterapéuticos en general, y en relación no solo al trabajo de campo sino también al imaginario de los estudiantes de psicología y a discusiones presentes entre autores, daría la sensación que

tanto el ser psicoanalistas como realizar terapias de este tipo daría un status y una jerarquía diferente a la de una psicoterapia. Es decir, las modalidades darían cuenta de un psicoanálisis versus psicoterapia, no pudiendo considerar ambas formas como enriqueciéndose y complementándose en líneas de continuidad unas con otras.

Además, en relación al decir de los expertos, se hizo notable la salvedad de la gran mayoría de ser psicoanalistas, pero trabajar desde otro lugar, lugar que en palabras de los entrevistados fue "modificación del psicoanálisis clásico".

A modo de cierre y en palabras de Héctor Fiorini "hoy tenemos estos nuevos trastornos, propios de esta época, que también hace que tengamos que recordar que debemos no burocratizar nuestra técnica sino hacerla más flexible, diversa y siempre cuestionable" (1999, p. 131).

A partir de aquí se plantea la necesidad de expandir la mirada hacia nuevas alternativas teórico-técnicas que posibiliten diversos abordajes dependiendo del paciente. Creemos que partiendo de este tipo de posicionamientos en donde se contemplen los diversos movimientos culturales, sociales, teóricos y prácticos, se podrá dar cuenta de un "pensamiento complejo" que integre las diversas formas de abordar un determinado fenómeno. "Complejidad" que acabe con la ilusión del "uno" (conflicto) y prepare el terreno para que transite lo múltiple, lo diverso, como en este caso serían los dos mecanismos psicopatológicos trabajados: conflicto y déficit. "Complejidad" que contemple las nuevas organizaciones familiares que resultan moldeadas e impregnadas de las características sociales actuales y que, por tanto, requieren ser contextualizadas al momento de pensar estas producciones psicopatológicas en las cuales el sistema familiar ejerce un rol fundamental de sostén, cuidado, constancia, reflejo, etc. "Complejidad" que logre abordar a un sujeto atravesado por estos múltiples sistemas micro y macro sociales que lo determinan, por estar éste inmerso y formando parte de los mismos. "Complejidad" que no reduzca, sino que diseñe conjuntos de instrumentos, un nuevo modo de abordar un objeto que se renueva en cuanto singular. "Complejidad" que elimine aquellos paradigmas o dogmas establecidos como absolutos y de esta forma desarrollar un "pensamiento creativo" en psicoanálisis, cuestionando estos paradigmas para poder crecer en la búsqueda de lo múltiple, sin perder de vista la diversidad de experiencias que plantea el campo clínico, construyendo de esta forma una multiplicidad de "recursos" teóricos y técnicos con los cuales contar.

Pensamos en cada individuo, como se mencionó líneas arriba, atravesado por

una multiplicidad de sistemas que lo hacen complejo y en relación a lo planteado por Lerner (2001), único e irrepetible; en este sentido se entiende que el proceso que se construya con cada paciente también será único e irrepetible, será una nueva creación, de ahí el aspecto creativo y artístico que cada proceso impone.

A partir de todo lo planteado se concluye que la técnica utilizada por el psicoanálisis debería incluirse dentro de dicha complejidad incorporando todos estos cambios en relación a lo social, a las nuevas configuraciones familiares, a las demandas clínicas actuales para, de esta forma, poder responder a los requerimientos teóricos y técnicos que se le plantean. Si pensamos en el psicoanálisis como siendo un producto de la cultura, creemos que el mismo no debe paralizarse ante estos nuevos cambios, sino en todo caso innovarse, ampliarse y enriquecerse con los mismos para poder dar cuenta de las demandas que se le plantean en la actualidad.

### Referencias bibliográficas

- Atxotegi loizate, J. (2004). *Delimitación conceptual del área de las psicoterapias psicoanalíticas*. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología.
- Balint, M. (1979/1993). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. (1ra. Reimpresión). España. Ed. Paidós.
- Fiorini, H. (1978). *Repetición y diferencia: propuesta del paciente y del terapeuta para el desarrollo del proceso*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1988). *Perfil clínico y Psicodinámico del trastorno narcisista*. Buenos Aires. Ed. Tekné.
- Fiorini, H. (1999). *Nuevas líneas en Psicoterapias Psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica. Seminarios en ACIPPIA-Madrid*. Madrid: Ed. Psimática.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas, Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva.
- Hernández Sampieri, R. (1991) *Metodología de la investigación*. México. Me Grawhill.
- Hernández Sampieri, R. (2001) *Metodología de la investigación Científica*. Ed. Ultra.
- Kernberg, O. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. México. Ed. Manual Moderno.
- Killingmo, B. (1989). *Conflicto y déficit: implicancias para la técnica*. The British Psycho- Analytical Soc. Londres. Ed. Psic. Imago SRL.

Kohut, H. (1971). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

Kohut, H. (1977). *La restauración del self*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Kohut, H. (1986). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires. Ed. Paidós.

Lemer, H. (2001). *¿Oro cobreado o cobre dorado?* Buenos Aires. Ed. Actualidad psicológica N° 287.

Nemirovsky, C. (2005). El desarrollo psíquico temprano y la clínica psicoanalítica. Clase N° 6. *Rev. Virtual de Psicoanálisis Aperturas, N° 20* [Versión electrónica] Extraído el 6 de junio, 2005, de [www.apdeba.org .ar](http://www.apdeba.org.ar).