

## **Psicopatología del narcisismo\***

### **Enfoque clínico**

*Hebert Rosenfeld*

(Londres)

### **Descriptores: NEUROSIS NARCISISTA / RELACION DE OBJETO / TECNICA PSICOANALITICA / CASO CLINICO.**

Freud fue pesimista acerca del análisis en las neurosis narcisistas. Pensó que los que sufren estas enfermedades, no tienen o sólo insuficiente capacidad para la transferencia. Describió la resistencia de estos pacientes como un muro de piedra que no puede moverse, y dijo que se apartan del médico, no por hostilidad, sino por indiferencia. Muchos autores han tratado de desarrollar métodos de análisis para manejarse con pacientes narcisistas, Waelder (1925), Clarck (1933) y posteriormente From-Reichmann (1943, 1947), Bion (1962), Rosenfeld y otros.

La mayoría de los autores están en desacuerdo con el punto de vista de Freud, de que no hay transferencia. Siendo la transferencia el vehículo esencial para cualquier investigación analítica, parece fundamental para la comprensión del narcisista, que sea minuciosamente observada la situación analítica de transferencia.

Franz Cohn (1940), sugirió que podía desprejarse la marcada distinción entre neurosis de transferencia y neurosis narcisísticas. Acepta que la transferencia en las neurosis narcisísticas es de tipo primitivo o rudimentario —por ejemplo, a menudo hay serias dificultades para distinguir entre sujeto y objeto— y enfatiza la introyección y proyección de tendencias destructivas en términos orales y anales, en relación al analista. Stone (1954) describió transferencias que son “literalmente narcisísticas”, donde el analista es confundido con el self o es como el self en todos los aspectos: el terapeuta y el paciente parecen ser parte uno del otro, alternativamente. Destacó dos cosas: la destructividad primitiva y la necesidad de vivenciar al analista como omnipotente, endiosándolo; y sugirió que en la fantasía del paciente acerca de la omnipotencia del analista, juega importante papel la culpa por la agresión destructiva primitiva.

Muchas de las observaciones de Cohn (1940) y Stone (1954), parecen estar muy cerca de mi propia investigación. Noto que en su descripción de transferencia narcisista, no es usado el término de narcisismo primario y secundario. En cambio nos encontramos con términos tales como: omnipotencia, confusión de self y objetos, introyección de objetos, proyección de agresión dentro del objeto, requerimientos insaciables hacia los objetos y anulación. El uso de estos términos para describir a pacientes narcisistas parecen válidos, pero es importante y necesario describir más claramente la naturaleza de la relación de objeto en el narcisismo y los mecanismos de

---

\* Leído en el 23° Congreso Psicoanalítico Internacional de Estocolmo, 1963. Traducido del “Int. J. Psycho Anal.”, Vol. 43, partes 2-3, p.332, año 1964.

defensa particulares en relación con ella. Puede ser contradictorio en los términos, ya que para muchos analistas, narcisismo primario implica estado anobjetal. Pero recordaré que Freud consideró el sentimiento oceánico, el anhelo de unión con Dios o el universo, como experiencia narcisística primaria. Federn (1929), discutiendo el narcisismo primario, describió el deseo insaciable del niño por el pecho de la madre, pero sugirió que el objeto no es aún sentido como externo al yo. Abraham (1924) planteó el narcisismo sin límites como una relación a un objeto en que, mientras el objeto es incorporado, el individuo no presta atención cualquiera sea el interés de su objeto, sino que lo destruye sin la menor vacilación. Balint (1960) fue más lejos al sugerir que lo que Freud describió como narcisismo primario, deberá ser llamado amor objetal primario. Creo que sería evitada mucha confusión si reconocemos que muchos trastornos clínicamente observables que recuerdan la descripción de Freud de narcisismo primario son, en efecto, relaciones de objeto primitivas.

En las relaciones de objeto narcisistas, la omnipotencia juega un papel prominente. El objeto, generalmente parcial, el pecho, puede ser omnipotentemente incorporado, lo que implica que es tratado como posesión del niño; o la madre o el pecho son usados como depositarios en quienes son proyectadas omnipotentemente las partes del self sentidas como indeseables porque causan dolor o ansiedad.

La identificación es un factor importante en las relaciones de objeto narcisísticas. Puede deberse a introyección o proyección. Cuando el objeto es omnipotentemente incorporado, el self se identifica tanto con él que toda identidad por separado o cualquier límite entre self y objeto es negado. En la identificación proyectiva, partes del self entran omnipotentemente en un objeto, por ejemplo, la madre, para apoderarse de ciertas cualidades reconocidas como deseables y por eso pretende ser el objeto u objeto parcial. Es usual que ocurra simultáneamente, la identificación proyectiva e introyectiva.

En la relación de objeto narcisística, juegan papel predominante las defensas contra cualquier reconocimiento de separación entre el self y el objeto. El reconocimiento de la separación desencadenaría sentimientos de dependencia al objeto y aun ansiedad. La dependencia al objeto implica amor por él y reconocimiento de su valor, lo que conduce a agresión, ansiedad y dolor por las inevitables frustraciones y sus consecuencias. Además, cuando la bondad del objeto es reconocida, la dependencia estimula la envidia. La relación de objeto omnipotente narcisista, obvia ambos, el sentimiento agresivo causado por la frustración, y el reconocimiento de la envidia. Cuando el niño posee el pecho de la madre omnipotentemente, éste no puede frustrarlo ni provocar su envidia. La envidia es particularmente intolerable para el niño y aumenta la dificultad en admitir dependencia y frustración. Parece que la fuerza y persistencia de las relaciones de objeto narcisísticas omnipotentes están estrechamente relacionadas con la potencia de la envidia. La envidia tiene cualidades omnipotentes; parece contribuir a la omnipotencia de la relación de objeto narcisística, mientras que la envidia misma puede ser simultáneamente clivada y negada.

En mis observaciones clínicas de pacientes narcisistas, juega importante rol la proyección de cualidades indeseables dentro del objeto. El analista es a menudo imaginado en sueños y fantasías, como inodoro o regazo. Esta relación implica que cualquier sentimiento o sensación perturbadora puede ser evacuada dentro del objeto sin ninguna inquietud por él, siendo éste generalmente desvalorizado.

En perturbaciones narcisistas severas, podemos invariablemente ver el mantenimiento de defensas rígidas contra cualquier reconocimiento de la realidad psíquica, ya que cualquier ansiedad desencadenada por conflictos entre partes del self o entre self y realidad, son evacuadas inmediatamente. La ansiedad que es así descartada, es principalmente de naturaleza paranoide, ya que las relaciones de objeto narcisistas datan de la más temprana infancia, cuando la ansiedad es predominantemente paranoide.

Clínicamente las relaciones de objeto narcisistas, aparecen a menudo para el analista y también son experimentadas por el paciente, como muy ideales y deseables.

Por ejemplo, la relación con la madre-inodoro en el análisis, es sentida frecuentemente como ideal, porque el paciente se siente aliviado, cuando en la sesión, todo lo que sea displaciente puede ser evacuado dentro del analista. Cuando el paciente pretende poseer al análisis como pecho nutricional, da crédito a todas las interpretaciones satisfactorias del analista, situación que es experimentada como perfecta o ideal, porque aumenta el sentimiento del paciente de que es bueno e importante, durante la sesión. A veces, los pacientes narcisistas se imaginan en una relación con el analista, mutua y satisfactoriamente ideal, donde la identidad de paciente y analista no está diferenciada, situación que recuerda la descripción de Freud del sentimiento oceánico. Otro ejemplo de idealización narcisista es el paciente que siente que es querido por todos o requiere ser querido por todos porque él es tan amable.

Todos estos pacientes parecen tener en común el sentimiento de que ellos contienen toda la bondad que, por otra parte, es deseable experimentar en una relación de objeto. Por lo común, encontramos simultáneamente una imagen de sí mismo altamente idealizada, que domina la situación analítica, y cualquier cosa que interfiera con esta imagen, es defendida rigurosamente y omnipotentemente negada.

Ilustraré ahora algunos de los problemas relacionados al narcisismo severo, trayendo material de un caso, de un paciente que mostró una transferencia narcisista marcada, sin ser abiertamente psicótico. Nada hay en la historia de éste que pudiera explicar su actitud narcisista persistente. De padres pudientes, tiene dos hermanas. En apariencia siempre se manejó superficialmente bastante bien con los demás, y por su alto nivel intelectual, tuvo éxito en la escuela. Se había casado recientemente cuando inició el tratamiento, y tenía algunas dificultades con su esposa. Aparte de un ocasional sentimiento de unidad con ella, estaba muy celoso e intensamente preocupado con sus relaciones con los demás, hombres y mujeres.

El análisis reveló el profundo narcisismo del paciente, su carencia de contacto emocional con los otros, y como resultado, la carencia de placer en su vida que le hacía envidioso de todos. Envidiaba particularmente a su mujer, que según sentía, era mucho más capaz que él de disfrutar de las relaciones con los demás, incluyéndolo a él.

Cuando le vi por primera vez, pareció levemente distante de la realidad y de los demás, y tenía una actitud vagamente superior y arrogante que trataba de disimular. Admitió sentirse ocasionalmente frustrado en las relaciones personales, con amigos y su joven esposa, pero los culpaba generalmente de cualquier dificultad que aparecía. Estaba muy interesado en ser analizado, aunque no sentía que realmente necesitara el análisis. Imaginó casi inmediatamente ser el perfecto paciente que hacía enormes progresos, aunque en realidad pudo hacer muy poco uso conveniente del mismo.

Proyectaba sus problemas en su mujer, constantemente, o en otros, incluyendo al analista, siendo incapaz de experimentarlos como propios. Disfrutaba interpretando en detalle sus propios sueños y explicando sus pensamientos y sentimientos, pero cualquier conflicto, ansiedad o depresión que emergía, era tan rápidamente

descargada que podía ser vivenciada pobremente. No rechazaba las interpretaciones, sino que, por el contrario, las admitía rápidamente y hablaba de ellas a su modo, sintiéndose muy satisfecho de sus conocimientos, ya que no sentía que el analista tuviera ninguna contribución en eso. Su actitud hacía muy difícil lograr algún cambio en su personalidad, así que uno se sentía junto a una pared de piedra, recordando la expresión de Freud. Escondido detrás de este muro de piedra, parecía haber omnipotencia, hostilidad y envidia encubiertas, completamente negadas por el paciente y difícil de demostrar en el material analítico. Después que le mostré una y otra vez su evitación de cualquier contacto estrecho conmigo o con sus propios sentimientos, particularmente la hostilidad a mí, vino a una sesión diciendo que ahora necesitaba estar más cerca de sus problemas. Entonces relató un sueño en que él y otros viajaban en un tren muy rápido. Súbitamente, vio una especie de máquina surrealista ubicada cerca del tren y enviando hacia él un amplio rayo de fuego muy peligroso. Felizmente el tren se libró de este ataque escapando rápidamente, pero tenía el sentimiento de que el ataque podía ser repetido. El paciente sentía que esta máquina era enviada desde Rusia, por un hombre que aparentemente había vivido antes en Inglaterra, pero se veía severo y vengativo a causa de algún tratamiento que creía haber recibido. Sentía en el sueño que algunos ataques diseminados se hacían en varios lugares en Inglaterra, principalmente hoteles con nombres tales como: Royal, Royalty, Majestic, Palace, etc., y también que los ataques eran dirigidos contra sus padres. También parecía haber escasez de alimentos. Dos muchachas estaban en el tren con él. En otra parte del sueño había un número de muchachas apoyadas a una pared de piedra y se prostituían por la escasez de alimentos. Se acercó a una y le dijo: ¿quieres un parroquiano?, pero ella sonrió solamente y él se sintió frustrado porque su propuesta fue hecha seriamente.

En sus asociaciones pensó que el ruso estaría relacionado con él, ya que le simpatizaba y pensaba que había tenido razón en hacer esos ataques. Pensaba que debía haber odiado a sus padres, por ser importantes y por eso se sintió despreciado por ellos; que el ruso necesitaría ser él, la persona más importante y que los ataques serían el resultado de sentirse humillado y por eso resentido. El paciente tuvo muy poca reacción emocional al sueño.

El sueño muestra la virulencia muy claramente omnipotente de una parte de su personalidad, extremadamente hostil que ataca a los padres importantes y a una parte de sí mismo. La razón de los ataques deriva obviamente de su envidia infantil a los adultos importantes, ya que los padres en sus asociaciones, fueron acusados de humillarlo y hacerle sentir pequeño. Que el ruso tiene un rencor paranoide aparece muy claro en el sueño, y es la admisión de su propia actitud paranoide conscientemente negada. El tren que se mueve rápidamente para evitar cualquier contacto con los rayos destructivos, está en relación a su propio tren de pensamientos y su propio self conteniendo los dos pechos (las muchachas). En efecto, se enorgullece de ser capaz de moverse de modo extremadamente rápido y hábil, y también en su pensamiento de poder evitar cualquier contacto con su self destructivo.

El sueño implica que establecer contacto con el analista como figura parental importante, desencadena impulsos paranoides peligrosos, envidiosos. Es interesante que la envidia paranoide rusa es colocada a distancia en el sueño, mientras que su destructividad, influye sobre el tren de pensamiento del paciente, sus contactos y relaciones con sus padres y las mujeres.

El sueño muestra claramente cómo en las relaciones narcisistas la envidia es separada y alejada del self consciente y a la vez que la destructividad del paciente mantiene las relaciones de objeto desvalorizadas, permitiéndole así sortear sus dificult-

tades. Un hecho interesante en el sueño, es la escasez de alimentos que hace prostitutas a las muchachas. Esto implica que es negada la importancia del pecho, y las mujeres desvalorizadas en prostitutas, quienes careciendo de alimentos o pecho no pueden alimentarse a sí mismas y por eso, tienen que conseguir dinero del paciente para alimentos: podría indicar también una proyección de su dependencia, en las prostitutas.

Como el paciente comenzó la sesión diciendo que estaba resuelto a armonizar con el analista, es decir, necesitaba acercarse a mí, está claro que el sueño no sólo revela su actitud a las mujeres, sino también con el analista. Maneja sus temores de ser rechazado por mí, aproximándose —con superioridad—, transformándose en prostituta. Es interesante que las prostitutas se apoyan a un muro de piedra, lo que podría confirmar que el muro de piedra de la transferencia narcisista debe conectarse con la relación de objeto narcisista que emerge en el análisis.

Después de este sueño, la superioridad agresiva del paciente hacia el analista fue más ampliamente admitida en sueños y asociaciones, pero su deseo de apoderarse del analista y sentir que era su propia creación, fue reconocida abiertamente sólo después del siguiente sueño. El paciente compraba y le ofrecían una clase especial de sal empaquetada en recipientes caseros. Era mucho más barata que la sal ordinaria, sólo nueve peniques por cuatro libras. Le pregunta al vendedor si era tan buena como la sal ordinaria; a pesar de la seguridad del vendedor de que todo estaba bien, no le cree. Saliendo del comercio, le toma casi dos horas llegar a su casa y se siente culpable porque teme que su esposa le espere con ansiedad.

Recalcó que el día antes había tenido que comprar sal, porque se les había desparramado. Estaba seguro que la sal tenía algo que ver con el análisis; las cuatro libras le recordaban las cuatro sesiones semanales. Consideraba que era mucho más barata porque obviamente ellos mismos la habían empaquetado. Pude mostrarle, con el sueño, que él ostensiblemente viene a mí, para ser analizado, pero sostiene que lo que consigue de mí es su propia versión del análisis que pretende que sea tan buena como el ordinario. Trata, en el sueño, obviamente, de reasegurarse por el vendedor de que esto está bien y es normal, pero admite que realmente no lo cree. El llegar tarde implica la proyección en su esposa de sus propios sentimientos de dependencia y la ansiedad por tener que esperar.

El sueño ilustra que aún no admitió su dependencia a mí; es negada y proyectada, y esto conduce continuamente al “acting out”. Quisiera agregar aquí el significado general, de la versión propia del analista que está claramente representada en este sueño, porque juega muy importante papel en el análisis de muchos pacientes narcisistas.

Mientras el paciente narcisista sostiene ostensiblemente, que posee un pecho superior y a veces más creador, que le da mejor análisis y alimentos del que puede producir la madre-analista, un cuidadoso análisis revela que esta posesión tan altamente valorada representa sus propias fecas que han sido siempre altamente idealizadas, y este hecho ha sido cuidadosamente disimulado por el paciente. El desenmascaramiento de la situación, es esencial si aún no han sido establecidas las verdaderas relaciones de objeto externas e internas, aunque pueda temporaria-mente llevar al paciente a la decepción.

En un último sueño, el paciente ilustra cómo invierte la relación con el analista por identificación proyectiva omnipotente. En el sueño él era un cirujano. Tenía una torta, y cuatro mujeres venían a verlo. Sospechaba que pretendían estar enfermas para lograr atención. Había algo perturbador en el techo de la casa, y se disponía a repararlo. Se oyó un ruido de algo que caía o martillazos y al primer ruido las mujeres se alejaron

rápidamente, asustadas de que algo pudiera caerles encima. Describió en sus asociaciones a las mujeres como gordas y voraces. El sueño muestra de modo indiscutible que el paciente se ubica en el rol del analista, quien no sólo posee la torta —el pecho—, sino también el trabajo reparador. Su propia actitud voraz, de necesidad de conseguir alimento, simplemente del analista, sin admitir realmente que es enfermo y aislándose de mí rápidamente, cuando yo hago una interpretación que puede tocarlo, es proyectada en las cuatro mujeres, que como antes representa el análisis o el analista (las cuatro libras de sal). Notamos que en el sueño, el paciente valora más al analista y el trabajo reparador del análisis, y critica sus propias demandas voraces al analista y su constante aislamiento, cuando siente que una interpretación es buena. Sin embargo, evacúa enteramente su actitud de insatisfacción en el analista, que en el sueño es cambiado por el self insatisfecho del paciente, mientras él toma el rol del analista a quien admira.

Discutiré ahora algunas de las consideraciones más prácticas en el análisis de pacientes narcisistas. De su actitud superior y omnipotente, deriva una poderosa resistencia en el análisis que niega cualquier necesidad de dependencia y las ansiedades relacionadas con éste. Esta conducta es a menudo muy repetitiva y hay muchas versiones que son usadas por el paciente narcisista. El narcisista inteligente a menudo usa el insight intelectual para estar de acuerdo verbalmente con el analista, y recapitula en sus propias palabras lo que ha sido analizado en sesiones previas. Esta conducta no sólo bloquea cualquier contacto y progreso, sino que es un ejemplo de la relación de objeto narcisista que he descrito. El paciente usa las interpretaciones analíticas, pero las priva rápidamente de vida y significación, y solamente deja palabras sin sentido. Estas palabras son sentidas entonces, como posesión propia del paciente que él idealiza y a las que da un sentido de superioridad. Se muestra un método alternativo que es usado por pacientes que nunca aceptan realmente las interpretaciones del analista, sino que constantemente desarrollan teorías que ven como versiones superiores del analista.

En el primer caso, el paciente roba las interpretaciones representando el pecho del analista-madre, transformándolas en fecas; entonces las idealiza y alimenta con ellas al analista. En el segundo caso, las teorías propias del paciente son producidas como si hubiera idealizado fecas, las que son presentadas como alimento superior al pecho, del que provee la madre-analista. La principal fuente de esta resistencia y conducta, procede de la negación, del paciente narcisista, de su envidia que es solamente forzada a mostrarse cuando tiene que reconocer la superioridad del analista como madre-nutricia. El paciente cuyos sueños he discutido aquí, admitió gradualmente que mantuvo de un modo vago e incierto que era yo quien realmente daba el análisis, porque cualquier esclarecimiento acerca de mi rol, despertaba intolerables sentimientos de ser pequeño, hambriento y humillado, que él sentía profundamente aun cuando yo le era útil. Ocasionalmente aparecía resentimiento y sentía que yo tenía todas las respuestas y solamente le daba algunas. ¿Por qué debía oírme o depender de mí, si lo que yo le daba no era completo? Este sentimiento derivaba de la envidia al analista-madre, quien poseyendo el pecho, solamente alimenta al niño, en vez de dárselo enteramente.

Al comienzo, tal ruptura fue sólo transitoria, y el paciente se defendía contra tales sentimientos, ubicándose rápidamente en una posición superior a mí, pensando en algo en que él me aventajaba. Había también una poderosa resistencia de la imagen ideal de sí mismo, que él describía del siguiente modo:

“Necesito sentirme bueno y tener una relación perfecta con usted. ¿Por qué admitir algo malo que pudiera echar a perder la buena imagen que tengo de mí mismo y que siento también que debo admirar?”.

La preservación rígida de la imagen ideal de sí, bloquea cualquier progreso en el análisis del paciente narcisista, porque se siente como riesgoso cualquier insight y contacto con la realidad psíquica. La imagen ideal de sí mismo del paciente narcisista, debe verse como una estructura altamente patológica, basada en la omnipotencia y la negación de la realidad. Sólo muy lentamente el paciente fue capaz de admitir que la defensa del ideal de sí mismo, significaba la eliminación de todas mis interpretaciones que podían arriesgar la imagen perfecta de sí.

Comenzó a notar que constantemente perdía contacto con las cosas que habían sido discutidas durante las sesiones. Esto le era doloroso, pero el dolor fue otra vez rápidamente eliminado a pesar que significaba la expulsión de la buena experiencia con el analista que lo había llevado de la mano al insight doloroso. Esta actitud es muy característica del paciente narcisista, y no solamente el dolor, sino el insight, es expelido una y otra vez. Por ejemplo, cuando la necesidad de mi paciente de ser más dependiente se le hizo más evidente, primero proyectó la dependencia en su mujer y actuó con ella creando una situación en la que ella estaba deprimida y necesitada. Entonces, él le explicó las razones por las que estaba deprimida y se enojó cuando ella no comprendió inmediatamente sus interpretaciones y se comportó adecuadamente.

Sin embargo, gradualmente comprendió que esta expulsión de su dependencia y así del insight, creaba constantemente más dificultades y frustraciones en su vida.

Descubrimos que cuando confesaba cualquier comprensión real acerca de sí mismo y trataba de no proyectar sus sentimientos, se volvía ansioso y deprimido. En este momento se confundió y se oyó a sí mismo decir “esto es peligroso”, en respuesta a lo cual otra vez expelió ansiedad, depresión e insight. Le mostré entonces que lo que estaba en peligro en tal situación, no era su self sano y bueno, sino su self malo y omnipotente. Esto le golpeó muy violentamente y dijo sentirse como si manejara su auto y llegara a una luz roja. Esto, por lo tanto, era una señal de peligro de detenerse, pero sintió que su señal de peligro le hacía principalmente acelerar, atravesar la luz roja sin parar; en otras palabras, atravesar el peligro de ser confrontado con la salud y la realidad, y volver atrás a su posición omnipotente idealizada.

## **PRONOSTICO CLINICO**

El resultado clínico del análisis de un paciente narcisista, depende del grado en que es capaz de confesar su relación con el analista representando a la madre en situación nutricia. Esto implica sobreponerse a algunos de los problemas que he descrito y así el reconocimiento de la separación y frustración, y atravesar por lo que M. Klein ha llamado posición depresiva. Tenemos que tomar en consideración también que algunos pacientes narcisistas a menudo tienen parte de su personalidad dirigida al objeto, menos narcisista y más normal, y la mejoría tiene que ser medida en términos de la integración de la parte narcisista de su personalidad con ésta.

Para lograr mejorar el narcisismo omnipotente del paciente y todos los aspectos en relación a él, deben ser puestos al descubierto en detalle durante el proceso analítico y ser integrados con la parte del paciente más normalmente sensible e interesada.

Es esta parte del análisis que parece ser tan intolerable. Una y otra vez aparece el splitting cuando son negadas la parte normal o la omnipotente. A menudo el intento de integración fracasa porque los mecanismos relacionados al self narcisista omnipotente rápidamente toman control del self normal, en un intento de desviar o expeler el

reconocimiento del dolor. Sin embargo, hay pacientes que tienen éxito en sus esfuerzos contra la omnipotencia narcisista y esto nos da esperanzas, como analistas, para continuar nuestras investigaciones en los problemas clínicos y teóricos del narcisismo.

Traducido por la **Dra. Celia Porro de Pizzolanti**.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABRAHAM, K. (1924).— A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders. In: Selected Papers” (London: Hogarth, 1927).

BALINT, M. (1960).— Primary Narcissism of Primary Love. “Psychoanal. Quart.”, 29.

BION, W. (1962).— Learnig from Experience”. (London: Hinemann.)

CLARK, L. Pierce (1933).— Treatment of Narcissistic Neuroses and Psychoses. “Psychoanal. Rev.”, 20.

COHN, Franz (1940). —Practical Approach to the Problem of Narcissistic Neuroses. “Psychoanal. Quart.”, 9.

FEDERN, P. (1929).— The Ego as Subject and Object in Narcissism. In: “Ego Psychology and the Psychoses” (London: Imago, 1953).

FEDERN, P. (1943).— The Psychoanalysis of the Psychoses”. Ibid.

FREUD, S. (1916-1917).— “Introductory Lectures”, S. E., 15-16.

FROMM-REICHMANN, E. (1942).— Psychoanalytical Therapy with Psychotics. “Psychiatry”, 6.

.....(1947) .— Problems of Therapeutic Management in a Psychoanalytic Hospital. “Psychoanal. Quart.”, 16.

STONE, L. (1954).— The Widening Scope of indications for Psychoanalysis. “J. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 2.

WAELDER, R. (1925). The Psychoses: Their Mechanisms and Accessibility to Influence.”Int. J. Psycho-Anal.”, 6.