

El narcisismo y sus descontentos. Dilemas diagnósticos y estrategias de tratamiento con pacientes narcisistas [Gabbard y Crisp-Han]

Narcissism and its discontents. Diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients

Graciela Olmos Benatuil

Sociedad Forum de Psicoterapia
Federación Latinoamericana de Psicoterapia (FLAPSI)

Reseña del libro de Glen O. Gabbard y Holly Crisp-Han (2018) *Narcissism and its discontents. Diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Association Publishing.

Dilemas de diagnóstico

En este libro, Gabbard y Crisp-Han están claramente centrados en el cuadro clínico de los pacientes que luchan con problemas narcisistas, en los dilemas comunes que surgen en el trabajo clínico y en cómo los profesionales de la salud mental podrían abordarlos a través de una serie de estrategias para lidiar con esos dilemas en el contexto del diagnóstico y del tratamiento.

Gabbard y Crisp-Han integran sus años de experiencia con las investigaciones recientes y afirman que hay un espectro que abarca desde el narcisismo sano hasta el patológico. Diferenciarlo es un proceso difícil y describen tres subtipos de personalidades narcisistas, que pueden ser altamente reactivos al contexto y muy variantes en el mismo paciente. El género del terapeuta y del paciente puede crear un reto único con cada paciente, y sugieren que este tema merece más atención.

Por lo tanto, como clínicos psicoanalistas, piensan que el mejor enfoque es ajustar el tratamiento a las características específicas, únicas e idiosincráticas, del paciente. Exigiendo flexibilidad por parte del terapeuta, y usando la transferencia y contratransferencia como un recurso clave. Afirman que, como profesionales clínicos, debemos encontrar nuestra propia voz, una voz que sea adecuada para tratar con la personalidad del paciente y que al mismo tiempo refleje quién es la persona del terapeuta (Gabbard y Ogden, 2009).

Cap. 1. El narcisismo y sus descontentos

Aunque el término narcisismo se usa ampliamente en el discurso psiquiátrico, existe mucha confusión sobre su significado preciso, especialmente sobre cuándo es saludable y cuándo es patológico, convirtiéndose en un desafío que produce bastante descontento. Frecuentemente se usa peyorativamente para referirse a alguien con una vanidad excesiva o una necesidad urgente de validación y alabanza. Esta gran confusión acerca de la naturaleza del narcisismo refleja el hecho de que hay muchas caras del narcisismo y por su naturaleza pleomórfica ¹ presenta a los clínicos una gama de desafíos totalmente únicos. Desafíos que también se presentan para los pacientes, los clínicos, los investigadores y los miembros de la familia.

El nivel de sufrimiento en personas con problemas narcisistas es altamente variable. Va desde los que han construido fachadas defensivas de modo que evitan la angustia que les produce su incapacidad para obtener las respuestas deseada en los otros, hasta las personas con rasgos narcisistas más encubiertos que experimentan mayor ansiedad en el desarrollo de relaciones debido a la naturaleza frágil de su autoestima. Por otro lado, en general se comenta poco sobre el placer que los terapeutas pueden sentir con algunos pacientes organizados narcisísticamente que expresan un deseo desesperado de ser amados y reconocidos, que evoca empatía, admiración y conexión humana. De hecho, es precisamente la capacidad del terapeuta para ver sus propios deseos y lesiones narcisistas lo que le permite empatizar e identificarse con el sufrimiento del paciente narcisista.

Dombek (2016) actualiza el análisis del mito, señalando que trata más sobre un reconocimiento erróneo que sobre el amor propio. La historia de Ovidio es sobre alguien que mira a otra persona y ve una versión idealizada de sí mismo y luego se enamora de un reflejo en vez de una persona. Los autores utilizan la imagen del narcisismo como una hidra de múltiples cabezas para mostrar la complejidad del tema, que puede presentarse de varias maneras según la idiosincrasia del paciente y el contexto en el que este vive y trabaja. Complejidad que no se refleja necesariamente en la nomenclatura oficial. Por lo tanto, el problema de llegar a un consenso claro sobre la naturaleza del narcisismo patológico surge de sus presentaciones variadas y de la diversidad de las personas que pueden recibir el diagnóstico. Gabbard, GO y Crisp-Han, H. (2016).

Gabbard y Crisp-Han plantean que los desordenes narcisistas son conceptualizados en un continuo hipotético, tomando en cuenta que las posiciones no son refinadas ni rígidas y pueden cambiar en función del contexto emocional o interpersonal. Todos tenemos algún grado de narcisismo, y se revela en contextos particulares que tienen significados especiales para cada uno de nosotros. Nuestras vulnerabilidades se hacen evidentes cuando en el presente se activan viejas heridas del pasado.

El punto donde termina la autoestima sana y comienza el narcisismo patológico es altamente arbitrario. Depende del grado de patología y de sufrimiento, y va desde leves trastornos narcisistas hasta psicopatía. Mientras que algunas presentaciones son evidentes al comienzo del tratamiento, como en el subtipo grandioso e inconsciente, otras pueden tardar más en manifestarse en la relación clínica.

Los autores hablan de tres subtipos: un subtipo grandioso e inconsciente de narcisismo que se ajusta al criterio del DSM-5, otro subtipo vulnerable o hipervigilante que ve una herida narcisista en cada esquina, y un tipo de alto funcionamiento cuyo narcisismo puede surgir solo después de un período considerable de conocer a esa persona. Estos últimos

se caracterizan porque tienen un sentido exagerado de la importancia personal, pero generalmente son extrovertidos, enérgicos y articulados. Estos aparentemente usan su narcisismo como una fuerte motivación para tener éxito, pueden ser inicialmente encantadores y, por lo tanto, demorarse más en evidenciar un narcisismo clínicamente significativo. Solo con el tiempo se hace evidente la falta de relación y la baja autoestima.

Existe una falsa dialéctica entre narcisismo y altruismo. Las dos entidades coexisten regularmente. Algunos individuos que tienen elementos de narcisismo patológico pueden tener aspectos de su personalidad que se caracterizan por la generosidad hacia otros.

Los problemas narcisistas también pueden contribuir a la comorbilidad en pacientes que presentan trastornos del estado de ánimo primarios, trastornos de ansiedad y trastornos por uso de sustancias. Las características claves, entonces, incluyen: un sentimiento de tener derecho desproporcionado, metas e ideales demasiado ambiciosos, fantasías grandiosas, rabia narcisista, hipervigilancia, vulnerabilidad a los desaires y un sentido de carencia, como la falta de un sentido del yo duradero y continuo a través del tiempo, lo que lleva a los individuos a sentirse vacíos

Sostienen los autores que el clínico no debe concentrarse de manera reductiva en si el paciente tiene o no un trastorno de personalidad narcisista, esto sería excesivamente binario y podría dar lugar a errores de interpretación. Un enfoque mucho más útil para el diagnóstico y el tratamiento se centra en evaluar los temas narcisistas a medida que emergen y ver cómo se interconectan con los otros rasgos creando así una persona única.

Cap. 2. El contexto cultural del narcisismo

Este capítulo sobre los aspectos culturales del narcisismo aborda cómo el término *narcisismo* se ha apoderado de la cultura popular en los últimos años, particularmente en la era de las redes sociales. La auto-admiración es una característica clave de este narcisismo cultural.

Los miembros de la generación del milenio viven en un espacio público constantemente conectado, tecnológicamente visible y auto orientado. Está surgiendo un nuevo yo radical, que está formado por lo que queremos que otros vean, en lugar de cómo nos sentimos realmente. Uno puede recibir validación, elogios y mejora de la autoestima en segundos después de presionar *enviar* o publicar un *selfie*, sin el beneficio de filtrar nuestras respuestas a través del proceso de reflexión y contemplación

La investigación sugiere que hay un lado más oscuro en la cultura de vivir en línea con acceso generalizado a las redes sociales. No hay tiempo para contemplar el desarrollo del yo en medio de la oleada de estímulos. Los autores citan a Winnicott (1965) y a Erik Erikson (1950) en tanto ellos enfatizaron la necesidad, durante la etapa de la adolescencia tardía y del joven adulto, de tener un período en el cual se pueda mirar hacia adentro y saber más de sí mismo, para equilibrar las necesidades narcisistas con la preocupación por los otros. Hoy en día la juventud parece no tener esa oportunidad. En general están más interesados en la imagen que reflejan y quizás el aspecto más angustioso de este cambio cultural es lo raro que resulta encontrar a alguien que esté realmente presente cuando está en compañía de otros. La cultura en línea ha alimentado una forma particular de deseo narcisista que puede eludir las complicaciones de la mutualidad en las relaciones de la vida real y gratificar al espectador sin tener que pensar acerca de las necesidades y deseos del otro.

Cap. 3. Modos de relación

Es altamente probable que el clínico encuentre pistas diagnósticas de la presencia de rasgos narcisistas en la reacción que estos pacientes provocan en los otros, sus marcados sentimientos de tener derecho tienden a minar las respuestas que buscan. Un punto de partida puede ser revisar cómo el paciente sostiene en el tiempo una relación de pareja y de trabajo. Se podría decir que en el núcleo del ser narcisista hay una frustración importante asociada a la imposibilidad de controlar las respuestas de los demás que el sujeto necesita desesperadamente para estabilizar su propia autoestima.

Las tres categorías observadas empíricamente (grandioso, vulnerable y de alto funcionamiento) no son constructos rígidos, tienen bordes permeables en función del contexto. Disparadores y situaciones particulares pueden causar altos grados de fluctuaciones. Es mejor considerar estas categorías como algo que fluctúa, no fijo. Lo que sí tienen en común es una dificultad tanto en la autorregulación como en la autoestima.

Los autores presentan una larga lista de modos de relacionarse derivada tanto de su experiencia clínica como de la investigación relevante publicada. Los consideran como temas que emergen en el tratamiento y pueden tener una variabilidad considerable:

- Una necesidad de suscitar admiración, empatía y validación del otro.
- Negación o prevención de la autonomía del otro.
- La predisposición a sentir vergüenza y humillación en respuesta a desaires relativamente suaves
- Denegación de dolor o conflicto asociado con un alejamiento de la realidad.
- Comparación continua entre uno mismo y el otro alimentada por la envidia
- Idealización de los demás.
- Dificultad para comprender o preocuparse por la experiencia interna de otros
- La intrusión caracterizada por una conducta exhibicionista que invade a otros.
- Un retiro de las interacciones sociales para evitar ser vulnerables a la humillación.
- Un sentimiento de ser una víctima martirizada del maltrato por parte de otros
- Encanto inicial seguido por la pérdida de interés en el otro.
- Engaño y deshonestidad junto con un esfuerzo por seducir o engatusar al otro

En general, los hallazgos sugieren la relevancia de evaluar las dinámicas de apego para la comprensión y el tratamiento del narcisismo patológico. La combinación de trastornos del apego y dificultad en la regulación de la autoestima con individuos organizados narcisísticamente conduce a problemas con la mentalización, es decir, no pueden mentalizar la experiencia interna del otro.

La discusión sobre el apego y las raíces de desarrollo del narcisismo es bastante valiosa. Hay muchos factores que probablemente están en juego. Los rasgos parecen heredarse en cierta medida. Algunos datos sugieren la importancia de tipos particulares de crianza de los hijos. Sin embargo, también debemos tener en cuenta que los padres reaccionan ante rasgos particularmente difíciles en sus hijos, por lo que las dificultades entre padres e hijos deben considerarse desde un punto de vista bidireccional. La crianza fría y distante, así como la sobrevaloración de los niños, parecen contribuir al desarrollo del narcisismo. Ninguna causa única explica todo el cuadro clínico.

Una estrategia frecuente en el repertorio de estos pacientes es negar todo dolor o conflicto, *pseudoautosuficiencia* en la relación de amor, alejándose así de la realidad. Si no necesitan a nadie, entonces no pueden sentir dolor al perderlo.

Otra forma en que los individuos narcisistas se relacionan con los objetos de amor es ver al otro como completando el yo. Es como si hubiera un agujero en su sentido de sí mismo que requiere que otra persona realice las funciones que le faltan. La idealización del otro puede ser usada como defensa para recibir su aprecio y lidiar así con sus propios déficits de autoestima. La proyección de sus propias características dificultosas es otra variante de defensa narcisista, muy común en el subtipo vulnerable.

El clínico debe tener en cuenta que los modos de relación y las defensas asociadas están diseñados para regular la autoestima, evitar ataques críticos internos y externos, y permitir una forma de autoengaño que evita al paciente sentirse avergonzado y humillado. Esta comprensión puede ayudar al terapeuta a mantener un sentido de compasión por la lucha del paciente en lugar de caer en el mismo patrón de otros que están en la vida del paciente: desprecio, evitación y temor (p.49).

Estrategias de tratamientos

El objetivo de esta segunda parte del libro es proporcionar estrategias selectivas para enfrentar algunos de los desafíos más comunes y difíciles con los pacientes narcisistas. Los autores usan el termino estrategias en vez de soluciones porque algunos de estos problemas no pueden ser resueltos. Más bien, deben ser vividos y trabajados como parte de la experiencia de tratamiento con pacientes organizados narcisísticamente. Me detendré por tanto en la descripción de las estrategias que es uno de los grandes aportes de este libro.

Cap. 4. Comenzando el tratamiento

Con mucha frecuencia, en el primer contacto ya se revelan los problemas narcisistas. El descontento de los clínicos está principalmente relacionado con la frustración que experimentan al tratar a pacientes que insisten en dictar las condiciones del tratamiento, ignorar los comentarios del terapeuta, corregirlos, indicar qué salió mal y lo que deberían decir y cuándo deberían hacerlo. Algunos desaparecen repentinamente del tratamiento sin explicación. Muchas veces el terapeuta se ve envuelto en una lucha de poder desde el principio, en otros casos esta presión se desarrolla gradualmente.

En el otro extremo del continuo están un grupo de pacientes que permanecen en el tratamiento a pesar de que parecen insensibles a lo que dice el terapeuta, y este se prolonga

con muy pocas señales de cambio. Estos tratamientos pueden estar entre los más largos y arduos. Desde la primera sesión, el terapeuta se enfrenta al desafío de empatizar con alguien por quien se siente maltratado, mal entendido y victimizado. Un paciente que en cualquier momento se va a sentir desencantado y mal entendido cuando el terapeuta de un paso en falso. Es necesario más que nunca clarificar el encuadre terapéutico con estos pacientes

Un dilema frecuente es si decir el diagnóstico o no al paciente. Con los pacientes más inconscientes de su tendencia a la agresividad puede ser útil demostrarles cómo estos rasgos socavan sus interrelaciones. Los autores sugieren que una conversación sobre la capacidad de mentalización que todos necesitamos desarrollar puede ser una estrategia útil. Con los pacientes hipervigilantes o vulnerables, es mejor enfocar un problema particular sin asignar un diagnóstico, manteniéndose en una simple explicación sobre cómo nos pueden ver los demás. En ambos subtipos, los autores sugieren evidenciar las vulnerabilidades y también las fortalezas, anclando estas luchas del paciente con su autoestima en su historia de desarrollo.

Entre los factores cruciales están: el establecimiento de la alianza terapéutica, la identificación de los objetivos específicos, proporcionar largos períodos de escucha empática, centrarse en lo que causa angustia al paciente y a los otros y validar sus sentimientos antes de confrontar, para hacer progresos graduales a pesar de la negación y repudio del paciente.

Se debe aclarar que no todas las decisiones provienen de las tendencias narcisistas del paciente. En un momento dado, el terapeuta puede hacer más larga una sesión porque es la mejor solución para un problema clínico complejo.

Por lo tanto, el tratamiento debe adaptarse al subtipo narcisista específico, a las condiciones comórbidas e idiosincráticas de la persona con el trastorno. Algunos pacientes narcisistas aceptarán el tratamiento solo si está en sus condiciones y bajo su control (algo omnipotente). Otros pueden abandonarlo abruptamente cuando hay una pequeña ruptura en la empatía con el terapeuta o una confrontación sobre algunas de las dificultades en la vida del paciente que son su de propia responsabilidad. Otros pacientes narcisistas pueden estar a la altura de la ocasión y hacer cambios sustanciales.

Existe un estereotipo desafortunado de que los individuos narcisistas crean angustia en los demás pero que ellos mismos no se sienten angustiados. Este aforismo está equivocado, ya que la mayoría de los narcisistas se sienten desesperadamente decepcionados y perturbados por no recibir la admiración, la aclamación y el amor que anhelan. Es importante ayudarlos a aceptar el dolor y el anhelo asociado.

La atención respetuosa en el contexto de la escucha silenciosa con abstención de hacer comentarios intrusivos permite al terapeuta comprender la importancia emocional de la autoexploración del paciente en un modo de no intrusión comprometida, en lugar de una versión de la abstinencia analítica clásica. Intentando mostrar al paciente que el terapeuta es otro, pero que también está realizando un esfuerzo para comprender y contextualizar la experiencia del paciente. Además, el terapeuta a menudo cumple la función crucial de y contener efectos que el paciente solo no puede tolerar.

Cap. 5. Transferencia y contratransferencia

En este capítulo los autores enfatizan analizar los patrones desafiantes de transferencia y contratransferencia que se desarrollan en el curso del tratamiento con pacientes narcisistas.

Es en el complejo espacio intersubjetivo de las transferencias-contratransferencias donde se hacen evidentes las luchas intrapsíquicas e interpersonales que estos pacientes enfrentan en sus vidas. La diada que forman el paciente y el terapeuta está constantemente creándose y recreándose a través del proceso. El punto central de la actividad del terapeuta es conocer cómo se revela con vívidos detalles el mundo de objetos internos que experimenta el paciente.

Por lo tanto, son estos patrones de relación lo que debe ser el núcleo del tratamiento, ya que los pacientes narcisistas tienen enormes problemas para mantener relaciones gratificantes. La transferencia y la contratransferencia se conceptualizan mejor como la recreación inconsciente del objeto interno del paciente en la relación con el psicoterapeuta. A través de la presión interpersonal en el aquí y ahora del entorno clínico, los pacientes narcisistas intentan imponer al terapeuta una forma particular de responder y experimentar. Lo que puede verse como el intento de actualizar una relación de objeto interno que cumpla con los deseos y que está firmemente arraigada en el inconsciente del paciente.

Los terapeutas pueden tener una gran variedad de sentimientos hacia el paciente, desde los hostiles hasta los sentimientos de atracción. Estos fenómenos de contratransferencia son una mina de oro de información sobre lo que el paciente puede inducir en otros. La capacidad del terapeuta para tolerar sentimientos tan intensos puede ser en sí misma terapéutica para el paciente

Gabbard y Crisp-Han hacen una revisión histórica de la expansión de los conceptos de transferencia y contratransferencia desde los aportes de Freud (1957), Klein (1975), Ogden (1979, 1982), Brenner (1982), hasta Kernberg (1970, 1974) y Kohut (1971, 1977). Dedicar especial interés a las modificaciones que plantea Kohut (1971, 1977, 1984) con el concepto *de transferencia objeto-self*, quien basándose en su conocimiento de las transferencias narcisistas plantea tres tipos: transferencia especular, transferencia gemelar y transferencia idealizadora.

Aunque algunos pacientes pueden parecer inicialmente ajenos o grandiosos y otros hipervigilantes o vulnerables, estos subtipos son de naturaleza fluctuante y pueden cambiar abruptamente según el contexto y las reacciones exageradas a las intervenciones del terapeuta, encontrándose así patrones comunes. El narcisista grandioso a veces revela una hipervigilancia de la vergüenza y la prudencia que hay debajo. El narcisista frágil-hipervigilante puede estallar en un momento en rabia, grandiosidad y desprecio volcánicos. El subtipo de alto funcionamiento puede perturbarse ante un error o falta de ajuste por parte del terapeuta.

Gabbard y Crisp-Han introducen las particularidades de este tema en el tratamiento con pacientes de la variante o subtipo que ellos denominan de alto funcionamiento, que se presentan con un exhibicionismo atractivo y encantador enmascarando el núcleo narcisista de su personalidad. Su principal interés podría ser una forma de seducción para ganar la admiración del terapeuta. Con el tiempo el terapeuta se va dando cuenta que hay

una clara falta de mutualidad, no hay continuidad de sesión a sesión, asiente a los comentarios del terapeuta, pero no parece tomarlos en serio. La contratransferencia cambia en el tiempo y pasa de ser encantadora a sentimientos muy fríos, lo cual puede llevar al terapeuta a una retirada y lenta desilusión con respecto a los objetivos de la terapia.

Dado lo impredecible que pueden ser estos procesos transferenciales los autores consideran necesario describir algunos de los patrones más comunes de transferencia-contratransferencia.

Algunos pacientes tratan al terapeuta como una caja de resonancia. El sentimiento de una *existencia satelital*, como lo acuñó Kernberg (1970) puede llevar a la mente a vagar. El terapeuta puede usar la contratransferencia del aburrimiento o la distancia para aprender cómo se sienten los demás en la vida del paciente cuando este se muestra monótono y ayudarlo a comprender algunas de las razones de su fracaso en obtener las respuestas que desea en los demás.

Kohut (1971) llama afirmación maternal al deseo de ser admirados por el terapeuta y postula que es necesario algún grado de empatía para estimular un *self* insuficientemente desarrollado y para construir la alianza. Sin embargo, pueden llegar a ser muy demandantes y aunque algunos terapeutas pueden sentirse más o menos cómodos, otros en cambio se agotan. Hay momentos en que fomentar la admiración puede volverse problemático. En algunos casos, se puede forjar una especie de *folie à deux* en el que el terapeuta se confunda y entonces no se enfrentan los problemas reales en la vida exterior del paciente.

Así como la admiración mutua es peligrosa, puede existir también una conexión genuina entre los dos, terapeuta y paciente. En los discursos del paciente el terapeuta puede sintonizar con los deseos de ser visto y reconocido. Cuando el terapeuta y el paciente realmente conectan, el terapeuta puede sentirse útil en lugar de agotado, como sucede si predominan los efectos de la grandiosidad.

El tema de la envidia ha sido considerado por Kernberg (1970) como fundamental en los pacientes narcisistas. El terapeuta puede evocar envidia en el paciente y viceversa. Algunos pacientes narcisistas que parecen ser muy competitivos con el terapeuta pueden estar desarrollando un sentimiento de valentía que encubre inseguridades significativas. Alternativamente, pueden encontrar intolerable que el terapeuta tenga conocimiento, éxito o poder. El terapeuta debe permanecer en sintonía con estas dinámicas y afrontar la posibilidad de algún tipo de lucha de poder con el paciente.

Todos los clínicos pueden sucumbir a la inseguridad que produce el desprecio, especialmente cuando se está en el comienzo del ejercicio. Ciertos pacientes vincularán específicamente su desprecio a cuestiones de raza, estatus o género, para identificar los puntos de máxima vulnerabilidad y provocar una respuesta poco profesional en el terapeuta que luego pueden usar en su contra.

Pueden preguntarse si realmente están ayudando al paciente o si el malestar de este está justificado. Los psicólogos que se encuentran al inicio de sus carreras tienden a sentirse inseguros en esos momentos, ya que sus conocimientos, en lo que se refiere a desarrollar un estilo clínico, su experiencia y su confianza en sí mismos, suelen ser más frágiles que las de un profesional más experimentado. Además, las dinámicas de género, edad, raza,

estatus socioeconómico y poder pueden ser un factor determinante en estos momentos, pues las acciones y sentimientos que los acompañan tienen más o menos peso en los diferentes contextos culturales. Por ejemplo, una terapeuta, mujer y joven, no responderá igual al trato condescendiente de un paciente varón de mediana edad que un terapeuta también hombre y de la misma edad que el paciente.

Como se viene señalando desde el principio del libro, algunos pacientes pueden tolerar solo la empatía, e intentarán detectar cualquier otra forma de reacción diferente a esta. La identificación proyectiva en sí misma es un intento de controlar la libertad de pensamiento del terapeuta. Cuando el terapeuta se siente controlado de esta manera, los autores recomiendan intentar empatizar con el terror profundo de ser lastimado que tienen estos pacientes. Estas personas están convencidas de que, si no pueden controlar cada movimiento, cada palabra y cada parte de quienes les importan, serán abandonadas o rechazadas.

La falta de reciprocidad e intercambios interpersonales puede hacer que el terapeuta se sienta aislado y harto de las demandas del paciente, respondiendo anticipadamente de forma negativa a cualquiera de las solicitudes de este, perdiendo así la oportunidad de aportar intervenciones afirmativas y gratificaciones importantes para el paciente.

Gabbard y Crisp-Han terminan este capítulo afirmando lo siguiente:

Aunque sugerimos algunas constelaciones comunes de transferencia-contratransferencia encontradas en pacientes narcisistas, concluimos reconociendo que hay una gran cantidad de otros paradigmas que surgen de las reuniones de dos mentes en el crisol de la sala de consulta. Una pieza fundamental del pensamiento intersubjetivo es que la interacción de las dos subjetividades separadas creará, inevitablemente, experiencias inesperadas, además de las interacciones familiares que han perseguido al paciente (y al terapeuta) durante toda la vida (p. 94).

Cap. 6. Adaptación del tratamiento al paciente

En este capítulo Gabbard y Crisp-Han subrayan uno de los temas centrales del libro como es la necesidad de adaptar el tratamiento a las características particulares de cada paciente dada la naturaleza pleomórfica del narcisismo patológico. Enfatizan la importancia de la flexibilidad de la que debe disponer el terapeuta para cambiar y adaptar el tratamiento hacia lo que parece ser más útil para estos pacientes. Un solo enfoque es reductivo y clínicamente no es útil. Con frecuencia se necesita un poco de ensayo y error antes de descubrir una estrategia que sea efectiva con determinados aspectos específicos de la personalidad del paciente que causan angustia a él y a los demás.

El primer problema que señalan es la ausencia de investigaciones aleatorias. El tratamiento de los pacientes con trastornos narcisistas ha sido enfocado por la teoría psicoanalítica desde hace varias décadas. Kohut (1977) y Kernberg (2010) han visto al paciente narcisista como alguien que requiere análisis o psicoterapia psicoanalítica de alta frecuencia. Kohut (1977) enfatizó que el analista y el terapeuta deben interpretar, y no solo satisfacer, el anhelo del paciente por sentirse confortado. Por su lado, Kernberg (2010) destacó que el terapeuta debe centrarse en la envidia (y en cómo esta impide al paciente que reciba o reconozca la ayuda) y en confrontar la agresividad y competitividad.

Kernberg señala como objetivo último promover la integración de las representaciones del *self* y de los otros disociadas y ayudar a tolerar los efectos negativos de la agresión, la envidia y la ansiedad. La interpretación de la transferencia es central. Se interpretan activamente las configuraciones escindidas de los objetos y del yo. Se comienza clarificando la experiencia objetiva del paciente, luego se continúa con una confrontación de alguna contradicción manifiesta en la comunicación del paciente, para llegar así a una interpretación que vincula lo que está sucediendo en la transferencia con algunos determinantes inconscientes internos del paciente.

Para Gabbard y Crisp-Han la experiencia clínica enseña que, aunque algunos pacientes narcisistas responden favorablemente a la interpretación de la transferencia, otros no. En ausencia de estudios sistemáticos controlados, el uso de la interpretación de la transferencia debe ser muy cuidadoso ya que tiene un gran impacto, que puede ser positivo o negativo. Algunos pacientes no pueden tolerar ninguna confrontación al inicio, con ellos se necesitan largos períodos de validación empática para preservar la alianza terapéutica. Hay pacientes hipervigilantes que permanecen en el tratamiento durante meses y años solo para reforzar un sentido inestable de autoestima y construir la validación. El tiempo es clave para generar un impacto a través de las intervenciones. Algunos estudios revelan que las interpretaciones de la transferencia que son exitosas generalmente están precedidas por una serie de intervenciones de apoyo, “incluida la validación empática, la clarificación, el consejo y el elogio, y la estimulación a elaborar”. Gabbard et al (1994).

De nuevo, enfatizan que un punto clave para discernir la técnica óptima con pacientes narcisistas es tener en cuenta las características específicas del individuo. El terapeuta se enfrenta a tener que manejar al paciente lo mejor posible con las limitaciones impuestas por este (idiosincráticas, económicas, de tiempo disponible, etc.). Una categoría de diagnóstico genérica no llega a mostrar cómo deben los terapeutas ajustar su enfoque a la idiosincrasia del paciente.

Con los pacientes inconscientes que se mantienen en la sesión de una manera que hace que el terapeuta se sienta marginado, el impacto de la interpretación de la transferencia puede ser casi imperceptible para ellos, experimentando los comentarios del terapeuta como una interrupción molesta o una distracción, mientras siguen adelante como si nada se hubiera dicho. En estas situaciones, una interpretación de transferencia puede ser una intervención sin riesgo ni ganancia. Por otro lado, un paciente hipervigilante puede tener una respuesta devastadora a un comentario que le parece al terapeuta extraordinariamente benigno.

Los autores sugieren que la fase de evaluación con un nuevo paciente debe llevarse tiempo para determinar el enfoque óptimo. Se puede ofrecer una interpretación de prueba que involucre problemas de transferencia y observar cómo responde el paciente, así se realiza una incursión en el trabajo de transferencia que puede ser reveladora.

Los autores concluyen que entre los pacientes con organización narcisista existe una considerable variabilidad en su capacidad para utilizar el trabajo de transferencia y que el papel de la interpretación de la transferencia en un tratamiento particular es un proyecto en curso. Los terapeutas deben tener en cuenta la noción tradicional de un continuo entre un enfoque de psicoterapia de apoyo y psicoterapia expresiva, continuo que implica avances y retrocesos utilizando intervenciones que involucran confrontación e interpretación cuando es posible y ofreciendo validación y consejos empáticos cuando

son necesarios. Gabbard y Crisp-Han insisten en que es esencial tomar en cuenta las características idiosincráticas, la sintonía con el estado de ánimo del paciente, y establecer una alianza terapéutica segura.

La terapia enfocada en la mentalización puede también ser útil. Su objetivo es más modesto, no intenta un cambio estructural de la personalidad, esta diseñada para promover una actitud mentalizadora hacia los problemas y las relaciones, y para ayudar al paciente a ser más curioso acerca de sus propios estados mentales y los de los demás. Aunque no pone énfasis en la interpretación de la transferencia, sí estimula al terapeuta a mentalizar la transferencia como parte de la terapia.

A pesar de no contar con resultados de investigaciones sistemáticas sobre el uso de la terapia de apoyo en pacientes narcisistas, los clínicos encuentran que hay un subgrupo grande que mejora con este enfoque evidenciándose fortalecimiento de la identidad a través del modelado por parte del terapeuta, el aumento de la conciencia y la tolerancia a los diferentes estados afectivos. Kernberg (1975) concluyó que pacientes con características estructurales narcisistas severas combinadas con un funcionamiento límite pueden ser tratados solo con psicoterapia de apoyo. Algunas veces la modalidad de terapia de grupo, de terapia de pareja y de terapia de familia ayudan en desarrollar la mentalización y pueden ser necesarias para que ocurran cambios en estos pacientes.

Cap. 7. Estrategias de tratamiento

Un dilema común e importante en el tratamiento con pacientes narcisista es cuánto *poder* puede darle el terapeuta al paciente para tener un tratamiento viable. Es útil la premisa de que la flexibilidad no significa renunciar al marco terapéutico y que el juicio clínico es el criterio más útil para tomar decisiones sobre este tema. Los autores también recomiendan recordarse a uno mismo como terapeuta que la resistencia del paciente revela quien es el o ella, que revela lo que oculta y que el paciente está caracterológicamente obligado a hacer terapia de la manera que él o ella puede hacerlo. Ante las demandas de control el terapeuta puede vislumbrar el profundo miedo a la posibilidad de que otros lo lastimen si abandona el control.

La mejor opción para el terapeuta es consultar con un supervisor, porque en los momentos de confrontación es muy difícil para el clínico ver las diferentes opciones para establecer límites basados en sus propios antecedentes, en la estructura de su carácter, en sus modelos teóricos y en la estructura de su práctica clínica. “Debe tener lugar una negociación que surja de la intersubjetividad de la díada. El terapeuta debe evitar la falsa polaridad de ceder completamente a las demandas del paciente o imponer límites excesivamente estrictos” (p. 119).

Un escenario frecuente cuando se está tratando a pacientes narcisistas es que el terapeuta se sienta *aburrido*, excluido, sintiendo como si el paciente se estuviera hablando a sí mismo. El grado de poco entusiasmo y de falta de escucha puede convertirse en un buen barómetro de cómo va el tratamiento. Es necesario usar la contratransferencia en una forma que produzca movimiento terapéutico.

Los autores señalan que al terapeuta se le plantea el reto de intentar hablar en un modo nuevo, uno que no sea familiar para el paciente. Colocan un ejemplo de cómo el terapeuta podría decir y es el siguiente: “Me parece que con el tiempo hemos desarrollado un patrón en el que trato de señalar algo que estás haciendo, no estás de acuerdo y de todos modos

sigo apuntándolo. Entonces los dos nos sentimos frustrados. Es casi como si nos estuviéramos frustrando mutuamente” (p. 123)

El terapeuta debe navegar constantemente por un equilibrio entre la empatía y la confrontación y la interpretación. *El tacto* y el momento son de gran importancia para monitorear las intervenciones. Con el fin de allanar el camino para los comentarios interpretativos, el terapeuta construye la alianza señalando los éxitos del paciente, reconociendo su progreso, observando al paciente cuidadosamente para ver cómo toma el *insight* y cuándo es el momento de moverse más allá de la empatía.

Con algunos pacientes muy jactanciosos el terapeuta puede sentir la tentación de confrontarlo directamente, se debe contener y reconocer lo importante que es para el paciente que sus logros sean vistos, y cuánto teme que la gente lo abandone.

El terapeuta fracasa cuando intenta tener empatía permanente y perfecta con el paciente. Es necesario estar abierto y no defensivo, para centrarse en la exploración de lo que el paciente se da cuenta e intenta seriamente reparar, y redirigirlo hacia el mutuo reconocimiento entendiendo la naturaleza bidireccional de la ruptura. Este enfoque es esencial con los pacientes narcisistas. Los estudios sugieren que las rupturas temporales en la alianza son oportunidades para profundizar en el trabajo terapéutico y mejorar la capacidad de mentalización.

Para un grupo de pacientes el cambio no es una meta realista. Gabbard y Crisp-Han dicen que la clínica enseña que en estos pacientes la resistencia es intransigente. Entonces recomiendan bajar las expectativas acerca de lo que es posible en la terapia y proveer un lugar para que el paciente ventile sus heridas y frustraciones. “El paciente está buscando en el mundo exterior el objeto suficientemente malo que reside en su mundo interior” (p. 126).

Una estrategia es evitar interferir en el desplazamiento del objeto malo a una figura diferente a la pareja o el jefe, y aliarse con el paciente en un esfuerzo por mantener el objeto atormentador pegado a una persona menos importante.

Otra estrategia es mostrar la desventaja de entrar en confrontación permanente con los otros. Se mantiene la estrategia de empatizar con el paciente y escuchar lo horriblemente que él se siente, y paralelamente se intenta que disminuya la intensidad de su ira al ver las posibles consecuencias de su esta. Esta estrategia no está dirigida hacia cambios fundamentales de carácter, sino mas bien a pequeños cambios conductuales con la esperanza de que tengan un impacto sostenido en el bienestar general del paciente.

Algunas idealizaciones pueden ser útiles para fortalecer la alianza terapéutica en el comienzo. Puede enfocarse la idealización con sentido del humor, para redireccionar al paciente hacia sus propios problemas. Si la resistencia se convierte en rígida los autores indican una exploración más activa sobre los miedos a ser criticados, al abandono o pérdida del control que están debajo de la idealización y del deseo de complacer al terapeuta. Igualmente, con el tema de la *envidia*, un aspecto importante del tratamiento es convencer al paciente de que en realidad hay suficiente espacio para que dos personas tengan éxito en el mismo objetivo y que su autoestima no depende de los que los otros tienen.

El aluvión de críticas del paciente despectivo hace mella en la capacidad de pensar del terapeuta, que se siente herido y devaluado. El clínico debe ser consciente del desarrollo del desprecio y aprender a tolerar cierto grado de este, pero solo hasta un punto. La colocación del límite difiere de un terapeuta a otro. A medida que el terapeuta trata de procesar su propia experiencia, también puede intentar conectarse con los sentimientos del paciente al sintonizar con los temores e inseguridades que están debajo de todo el desprecio. Otra estrategia es trabajar dentro de la transferencia para comprender lo que se está repitiendo del pasado (un padre crítico, un trauma experimentado pasivamente)

Otro desafío para el terapeuta es que algunos pacientes no pueden o no quieren *mentalizar*. Los pacientes inconscientes pueden requerir una confrontación audaz por parte del terapeuta para ganar *insight*, pero esto puede resultar demasiado duro para un hipervigilante. Gran parte del trabajo del terapeuta se centra en enseñar y modelar la mentalización. Los pacientes que *explotan de rabia* por sentirse heridos, mal entendidos o despreciados, plantean un problema particular, y es que el terapeuta se puede paralizar. En este punto, lo mejor que puede hacer es sentarse, contenerse y respirar profundo. Podría necesitar decir algo así como: “Me resulta imposible pensar cuando me gritas” (p.131).

Virtualmente cada interacción entre el paciente y el terapeuta es intersubjetiva, y los momentos de ira y rabia pueden ser coconstruidos y bidireccionales. Cuando el terapeuta siente un gran deseo de despedir a un paciente, de abandonar las sesiones y comienza a experimentar fuertes sentimientos de justa indignación, esta puede ser una respuesta de contratransferencia que conduce a la ruptura sin reparación. Consultar con un colega después de una sesión llena de ira puede guiar al clínico a través de esta tempestad contratransferencial.

El desafío de ser encandilado por un paciente encantador es un dilema común con el subtipo de alto funcionamiento. Tienden a presentarse como muy sintonizados durante el tratamiento para complacer al terapeuta. Los autores recomiendan ser conscientes del equilibrio necesario para hacer observaciones útiles e intentar atraer al paciente más profundamente al proceso genuino de la terapia y de la vida. En esta conciencia es donde comienza el trabajo

Gabbard y Crisp-Han enfatizan que los pensamientos suicidas pueden emerger desde un desesperado deseo de regular la autoestima y de proteger la autoimagen y no necesariamente desde un estado depresivo mayor. Las principales herramientas de tratamiento son la psicoterapia centrada en factores internos y factores de estrés externos y, cuando se indica, la prescripción de fármacos. El tratamiento orientado a alterar el deseo de morir implica un esfuerzo terapéutico por descubrir las fantasías del paciente asociadas con el suicidio y la evolución del odio a sí mismo. Es esencial la comprensión de la contratransferencia y distinguir entre la responsabilidad del terapeuta, la responsabilidad del paciente, y reconocer los límites de lo que es posible. Gabbard (2014).

La vejez y la muerte es la lesión narcisista definitiva. Algunos pacientes las encaran con pánico y rabia. La vejez le ofrece al paciente la oportunidad de una comprensión más equilibrada y matizada de los logros y fracasos y reconocer que la perfección es inalcanzable.

Los autores concluyen este capítulo con la siguiente reflexión:

Inevitablemente, esta colección de estrategias de tratamiento se encuentra incompleta. Cada tratamiento tiene unas cualidades idiosincrásicas que no pueden generalizarse con facilidad. Hemos reunido lo que nosotros consideramos algunas de las experiencias clínicas más importantes cuando se trabaja con pacientes narcisistas. Asimismo, y en numerosas ocasiones, el terapeuta depende de la improvisación y de una actuación rápida, ya que los eventos inesperados son prácticamente inevitables en el tratamiento de pacientes narcisistas. (p. 136)

Cap. 8. Terminación

No existe una terminación ideal de un proceso terapéutico. Los terapeutas que tratan a pacientes narcisistas casi nunca pueden estar seguros de si han ocurrido cambios internos. Las maneras en que se pone fin a un tratamiento no se parecen al modelo de terminación que aprendieron. Es a menudo desordenada, no se presta a formulaciones reductivas o enfoques técnicos, tanto el curso del tratamiento como el final son impredecibles.

Algunos pacientes se estancan en el proceso terapéutico por la presión que hacen para ser admirados por el terapeuta, el cual puede comenzar a pensar en la terminación al no ver los cambios esperados. Otros pacientes pueden sentirse tan abrumados por su sentido de vulnerabilidad en el tratamiento que puede llevarlos a huir. El terapeuta o analista que trata a un paciente narcisista es probable que sufra los efectos de la terrible transferencia, hasta el punto en que empuja inconscientemente al paciente hacia la terminación.

Otros pacientes nunca quieren terminar, el terapeuta y el paciente pueden confabularse en la idealización de tal manera que la terminación se posponga indefinidamente. Para algunos pacientes esta puede ser la relación más significativa que hayan tenido en su vida adulta. Los autores enfatizan en que la terminación involucra tanto al terapeuta como al paciente en el proceso de separarse de una conexión significativa con otro ser humano que ha interferido en sus vidas

Los autores concluyen señalando:

Las respuestas positivas a los distintos acontecimientos de la vida son alentadoras. Un porcentaje significativo de los pacientes categorizados como narcisistas son capaces de reconsiderar quiénes son y qué es lo que buscan. Por otro lado, muchos requieren más de un intento de tratamiento antes de poder aplicar lo que el clínico les ofrece. Además, el tiempo en el que ocurran las cosas puede ser de gran importancia. Si los pacientes se están recuperando de una herida narcisista, estarán más motivados para comprometerse con el duro trabajo que conlleva el tratamiento y para bajar sus defensas el tiempo suficiente como para ver qué es lo que hay dentro de ellos. Nosotros los terapeutas también debemos recordar que no somos los únicos vehículos para el cambio y que la experiencia vital puede ser nuestro aliado en el complicado y arduo esfuerzo que conlleva ayudar a los pacientes a conocerse a sí mismos. (p. 150-151)

Referencias

Brenner D. (1982). *The mind in conflict*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.

- Dombek, K. (2016). *The selfishness of others: An essay on the fear of narcissism*. Nueva York, Estados Unidos: Farrar, Straus, and Giroux.
- Freud, S. (1957). The future prospects for psycho-analytic therapy. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Complete Works of Sigmund Freud* (Vol 11, pp. 139-155). Londres, Reino Unido: The Hogarth Press (Obra original publicada en 1910).
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. Nueva York, Estados Unidos: WW Norton.
- Gabbard GO. et al (1994). Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. *Harvard Review Psychiatry*, 2(2), 59-69.
- Gabbard, G. O. y Crisp-Han, H. (2016). The many faces of narcissism. *World Psychiatry*, 15(2), 115-116, <https://doi.org/10.1002/wps.20323>
- Kernberg, O. F. (1970.) Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(1), 51-85, <https://doi.org/10.1177/000306517001800103>
- Kernberg, O. F. (1974). Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 55(2), 215-247.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Nueva York, Estados Unidos: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2010). Narcissistic personality disorder, in *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook*. Edited by Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, Arlington, VA: American Psychiatric, pp 257-288
- Klein, M. (1975). Notes on some schizoid mechanisms. En *Envy and gratitude and others works* (pp 1-24). Nueva York, Estados Unidos: Free Press. (Obra original publicada en 1946).
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago, Estados Unidos: University of Chicago Press.
- Ogden, TH. (1979). On projective identification. *Int J Psychoanal* 60 (pt3):357-373, 533737
- Ogden, TH. (1982). *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. Nueva York, Estados Unidos: Jason Aronson
- Winnicott, D. W. (1965). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. En D. W. Winnicott (Ed.) *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development* (pp 37-55). Nueva York, Estados Unidos: International Universities Press.

¹ Nota de la autora de la reseña: El término pleomófico es una imagen (recurso) que utilizan los autores para enfatizar la idea de las muchas caras que tiene el narcisismo. El término es tomado de la biología: *pleomorfismo* (del griego *pleos*, abundante y *morphe*, forma) es un término que define la aparición de dos o más formas estructurales de un organismo durante su ciclo de vida.