

El diagnóstico del narcisismo: una lectura relacional

The diagnosis of narcissism: a relational view

JACQUELINE KAREN ANDREA SERRA UNDURRAGA

Universidad de Las Américas, Santiago de Chile, Chile

Correspondencia: jkserra@uc.cl

Recibido: 07/09/2015; aceptado con modificaciones: 05/03/2016

INTRODUCCIÓN

EL NARCISISMO HA SIDO CONCEPTUALIZADO históricamente desde la indiferencia (teoría freudiana) (1) o la hostilidad (teoría kleiniana) (2) hacia los objetos. De esta forma, la patologización del narcisista se ve facilitada. Este queda etiquetado como un paciente no analizable o al menos difícil. Kohut es el primer autor que se rebela consistentemente contra esta noción. Además, es una de las grandes influencias del enfoque relacional en psicoanálisis (3-7). Resulta curioso que desde su interés por entender al narcisismo, conceptualizado por Freud como la imposibilidad de vincularse con otro objeto distinto del yo (1), se dé inicio a todo un cuerpo teórico que, justamente, pone a la relación en primera plana.

Kohut construye su teoría desde el contraste con los autores imperantes en su contexto histórico: Freud y Klein (8-9). Ambos presentan un enfoque que sitúa a la pulsión, remitida a las profundidades de la subjetividad, como la causa primera del conflicto psíquico. Kohut se rebela contra esta conceptualización, proponiendo una matriz vincular, más o menos efectiva, como base explicativa de los síntomas.

Con este aporte, Kohut sembró las semillas para un enfoque relacional en torno al narcisismo. No obstante, no logró consolidar este trabajo de forma decisiva. En su último libro, aún intentaba hacer complementarias la perspectiva freudiana y la suya propia. Este intento se traduce en una estrategia que, como argumenta Mitchell (10), intenta preservar el enfoque clásico y las nuevas ideas, cayendo en contradicciones importantes.

Por ejemplo, Kohut (8) concluyó que la psicología del sí-mismo era apta para el tratamiento de los trastornos narcisistas, y que las neurosis estructurales debían trabajarse mediante el psicoanálisis clásico. Esto resulta discordante, debido a que su enfoque postula que la pulsión es secundaria a una desintegración a nivel vincular; esta afirmación no puede ser complementaria a la idea clásica de la pulsión como primaria.

Por este motivo, el enfoque relacional propiamente dicho alcanzará su consolidación más adelante. Como puntualizan Mitchell y Aron, “los conceptos relacionales no proveen comprensiones de fenómenos diferentes que los explorados por el modelo de pulsión/defensa; los conceptos relacionales proveen comprensiones alternativas a los mismos fenómenos” (7).

En este sentido, hay un claro deslinde de la propuesta complementaria que realiza Kohut (8). No se trata de que el tratamiento centrado en el vínculo sirva para algunas patologías y para otras no, sino que se trata de una nueva perspectiva que re-interpreta todos los casos desde un nuevo paradigma. Es desde este espíritu que se analizarán en el presente artículo las conceptualizaciones del narcisismo creadas desde los enfoques clásicos, freudianos y kleinianos.

En este empeño, en primer lugar, se repasarán sucintamente las conceptualizaciones freudianas y kleinianas con respecto al narcisismo, para luego describir el enfoque de la psicología del sí-mismo de Kohut y los aportes relacionales.

Siguiendo este orden, se pasará a analizar de forma reflexiva y crítica, desde una perspectiva relacional, las conceptualizaciones sobre el narcisismo construidas desde una lógica clásica. Los autores a los que se les dará más énfasis respecto a esto serán Rosenfeld y Kernberg, quienes han dedicado buena parte de su trabajo a pensar el narcisismo. Dentro de estas teorizaciones hay ciertos supuestos, como la baja altura estructural del narcisismo o la etiología constitucional a partir de la excesiva pulsión de muerte (11-16). Es importante explicitar que cuando se menciona la *visión tradicional* acerca del narcisismo nos referimos a la que presenta estos supuestos a la base.

Es de interés cuestionar estos supuestos desde una perspectiva relacional, debido a que, desde estos postulados, se tiende a demonizar el diagnóstico de narcisismo. Resultan altamente preocupantes las consecuencias vinculares que esta demonización puede arrojar sobre la interacción psicoterapéutica. De esta manera, en la última parte de este trabajo se analizará la demonización del narcisista y sus posibles consecuencias.

El concepto de narcisismo es largamente discutido en la obra freudiana. Este artículo solo pretende ofrecer una sucinta orientación acerca de la conceptualización de Freud del narcisismo en lo que refiere a sus manifestaciones psicopatológicas y vinculares.

Lo primero que resulta relevante es que, para Freud, el narcisismo primario implica que aun no existe relación con el mundo externo; las investiduras libidinales están dirigidas hacia el propio yo, que sería el primer objeto. En el narcisismo secundario existe un repliegue de las investiduras libidinales hacia la propia persona. Esto implica que en el narcisismo no hay relación con objetos que no sean el propio yo o representantes de este (1).

En la misma línea, Freud (1) señala las diferencias entre la elección narcisista del objeto y la elección por apuntalamiento. Haciendo una síntesis al respecto, se puede decir que en la elección narcisista lo que se busca en el objeto es la admiración y el cariño sobre sí. De esta forma, se ansía un objeto que represente lo que uno es, fue, querría ser o a la persona que fue parte del sí-mismo. En cambio, en el apuntalamiento se buscaría a la mujer nutricia o al hombre protector. Como se puede concluir, en la elección narcisista el objeto sólo funciona como un representante del sí-mismo, por lo que sigue siendo válido que no hay relación con los objetos fuera del yo. Más adelante, Melanie Klein producirá un cisma frente a las conceptualizaciones freudianas clásicas.

APORTES KLEINIANOS Y POST-KLEINIANOS

Las posibilidades terapéuticas para el narcisismo eran casi nulas con la conceptualización freudiana: El análisis requiere de la posibilidad de establecer una transferencia entre analista y paciente, y en el caso del narcisismo esto no resulta posible por su inmersión en la propia subjetividad. En ese sentido, serían pacientes que caben en la categoría de no-analizables (14). Klein será una figura pionera a la hora de cambiar este panorama.

Freud (17-18) se centra en la dimensión edípica, con la concepción de un yo posterior; en cambio, Klein es una de las pioneras del trabajo con temáticas pre-edípicas. De esta forma, se aparta de la concepción de Freud dando cabida a un yo previo (19). Esto resultará importante en la inclusión del narcisismo en el tratamiento psicoanalítico, el cual quedará remitido a los fenómenos pre-edípicos.

De esta forma, continúa existiendo una complementariedad entre las teorías freudianas y kleinianas, como analiza Mitchell con respecto a Kohut y Freud (10). En este caso, la separación se establece entre patologías edípicas y pre-edípicas,

estableciendo para las segundas métodos analíticos modificados. Se puede pensar que en este intento no existe un cambio fundamental en el paradigma, sino una ampliación a otros fenómenos.

Klein (20) dibuja un bebé en quien se disputan las pulsiones de vida y muerte. Esta última, a la que ella denomina instinto de muerte, se manifiesta a partir de impulsos destructivos. Un ejemplo de estos impulsos es la envidia, que es catalogada como parte de la psicopatología del narcisismo por las teorías con influencia kleiniana y se concibe como el impulso a quitar y dañar eso bueno y deseable que tiene el objeto.

Siguiendo a Castellà (20), Klein fue pasando de concebir etapas narcisistas a estados narcisistas de las relaciones objetales. Estos se caracterizarían por la presencia de fantasías omnipotentes y por una falta de diferenciación que se evidencia por la presencia de mecanismos defensivos arcaicos de la fase esquizo-paranoide.

A pesar de que su teoría da mucho énfasis a los factores constitucionales, Klein (2) realiza un cambio muy importante a favor de una concepción más cercana a la relacional, al establecer que el autoerotismo y el narcisismo del bebé son contemporáneos con la primera relación de objeto. Así, sus observaciones contradicen la teoría freudiana, que aboga por un estado autoerótico y de narcisismo sin relación con el objeto externo. Sin embargo, a diferencia del enfoque relacional, para Klein estas relaciones están mediadas principalmente por la fantasía, determinada pulsionalmente, y no por el vínculo real con los padres (5, 19, 22).

También Rosenfeld (13, 23) esclarece que en los casos narcisistas hay una transferencia en particular caracterizada por la omnipotencia y la identificación por proyección o introyección. Las ansiedades son paranoides y las defensas juegan en contra del reconocimiento de la separación entre el sí-mismo y el objeto, ya que esto implicaría sentimientos de dependencia. La dependencia se asocia con reconocer el valor del objeto, lo que conduce a la agresión y la envidia.

Por su lado, Kernberg¹ describe que existe envidia hacia los demás, menosprecio e idealización. Las relaciones son explotadoras o parasitarias. No pueden depender de objetos buenos internalizados. La personalidad antisocial constituiría un subgrupo de la narcisista donde además hay una patología del superyó. El autor dice: “En particular, son incapaces de experimentar auténticos sentimientos de tristeza, duelo, anhelo y reacciones depresivas, siendo esta última carencia una característica básica de sus personalidades” (11).

¹ Kernberg se sitúa dentro de la psicología del yo junto a otros exponentes como Mahler y Jacobson. Sin embargo, está fuertemente influenciado por la teoría kleiniana de las relaciones objetales (50). Los adherentes a la psicología del yo se basan en los últimos escritos de Freud, que descansan en la segunda tópica: yo-ello-superyó. Desde ahí explican el conflicto psíquico a partir de las dificultades entre estas instancias, o entre la realidad y alguna de las instancias (51).

En resumen, Klein y los autores influenciados por ella, a diferencia del pensamiento freudiano, afirman que sí hay relaciones objetales en el narcisismo, que estas son arcaicas y están dirigidas por fantasías intrapsíquicas. Para estos autores, la destructividad constitucional es un claro factor etiológico y descriptivo del narcisismo. De esta forma, el aspecto relacional queda como secundario a la pulsión, que es la que dirige las vinculaciones.

LA PSICOLOGÍA DEL SÍ-MISMO

A partir del contraste con las figuras de Freud y Klein, Kohut desarrolla su propia teoría: la psicología del sí-mismo (9). Kohut declara: “Así pues, estoy batallando en general contra dos ortodoxias: la que decreta que toda cura descansa en el análisis del complejo de Edipo, y la que legisla que toda cura descansa en el análisis de las depresiones y furias de la primera infancia” (8). Con esta sentencia, Kohut se está refiriendo a la orientación freudiana y kleiniana respectivamente.

Kohut (24) hace primero una teorización del narcisismo más alineada con la teoría freudiana, en tanto sitúa como base etiológica a las pulsiones. Sin embargo, desde el comienzo el autor hace un giro conceptual, dejando de concebir al narcisismo como la investidura de la propia persona. Enuncia que lo contrario del narcisismo es el amor objetal, no las relaciones de objeto. Es decir, que en el narcisismo sí existen relaciones objetales, aunque estas tienen una cualidad narcisista, esto es, que el otro es visto solamente en relación al sustento que reporta al sí-mismo².

Es importante notar cómo Freud (1) concibe al narcisismo en relación con la elección de objeto (con énfasis en el objeto). Esto significa que la pregunta está localizada en relación a si las investiduras libidinales se dirigen hacia el sujeto o hacia el objeto. En cambio, a mediados de la segunda mitad del siglo XX, Kohut (25) concebirá al narcisismo como una forma de vincularse (con énfasis en el tipo de relación), dando por sentado que existe como base una vinculación.

Estas distintas formas de conceptualizar al narcisismo van aparejadas con posibilidades de tratamiento diferenciadas. Desde la perspectiva freudiana no hay relación con los objetos externos, por lo que no hay tratamiento posible. Desde la

² La conceptualización del sí-mismo en la obra de Kohut es cambiante. En un inicio (25) se refería al sí-mismo como estructura del aparato psíquico y como contenido del mismo, ambos referidos a la representación que se tiene de la propia persona. Posteriormente (26), alejándose de una visión estructural y acercándose a una visión fenomenológica, propone que el sí-mismo es el centro del universo psicológico. Ya al final de su trayectoria (8) (libro póstumo) se inclinó aún más por considerar al sí-mismo como la experiencia subjetiva que se tiene de uno mismo. Posteriormente, los psicólogos del sí-mismo se refieren a este desde la cualidad de la experiencia del sí-mismo, definiendo la salud como el estado de vitalización del sí-mismo, esto es, como el sentirse a uno mismo integrado y cohesivo en el tiempo, vigorizado y vital (52-53).

visión kleiniana sí hay relación, aunque caracterizada por la envidia y la necesidad de suturar la diferencia; de esta manera, sí puede existir un tratamiento para los narcisistas, aunque será dificultoso por estas características que se conciben como intrínsecas al sujeto. Por último, desde el punto de vista de Kohut sí hay vínculo con los objetos, aunque, no obstante, es un vínculo que va dirigido a conseguir la sustentación del sí-mismo. Desde esta perspectiva, el tratamiento es posible, y tiene que ser un tratamiento donde el paciente logre encontrar en el vínculo con el terapeuta este sustento que su sí-mismo requiere.

Desde el comienzo, Kohut enfatiza que los síntomas del narcisismo se entienden a partir de frustraciones tempranas e intensas de las necesidades evolutivas del sujeto (24). De esta manera, la vulnerabilidad narcisista se piensa desde fallas vinculares debido a las cuales el cuidador no pudo cumplir para el niño la función de sustentar su sí-mismo apoyando y celebrando las manifestaciones del infante.

Para Kohut (24-25), el exhibicionismo, por ejemplo, es una etapa normal que tiene que ser acompañada por frustraciones graduales y el amor de parte de las figuras cuidadoras. Cuando esto no es así, y hay rechazo, sobre-indulgencia, o impredecibilidad por parte del ambiente, el sí-mismo comienza a presentar formas aberrantes de descargar su tensión exhibicionista.

Con el tiempo, Kohut se distancia de la teoría freudiana llegando al desarrollo de la psicología del sí-mismo (8, 26). El viraje más notable que realiza es el de considerar que la disociación de las pulsiones es secundaria a una injuria al sí-mismo. De esta forma, la causalidad se ubica en una falla en la matriz de relaciones entre el sí-mismo y sus objetos sí-mismo³, y no en la hostilidad objetal o la oralidad, por poner algunos ejemplos.

Como consecuencia de este cambio teórico, hay una lectura positiva del paciente como una persona que intenta crecer y necesita vínculos con objetos sí-mismo que se lo permitan. De este modo, el terapeuta queda interpelado a ser parte del vínculo con el paciente, un vínculo que logre ser usado para el desarrollo de este último.

Desde esta matriz comprensiva, Miller (27) señala que la propuesta de tratamiento de Kohut es una que promueve que el psicoterapeuta entregue sustento al paciente. Kohut especifica que muchas veces una interpretación, sobre todo cuando versa acerca de una motivación oscura y oculta del paciente, logra desvitalizar al sí-mismo de este. Por eso, el autor propone intervenciones que logren dar una

³ Los objetos sí-mismo (*self objects*) son objetos que tienen la principal función de sustentar al sí-mismo. De esta manera, no son objetos externos propiamente tales. La matriz entre el sí-mismo y los objetos del sí-mismo (o objetos sí-mismo), refiere, justamente, a este entramado que se produce entre el sí-mismo y los objetos sí-mismo que puede propiciar el desarrollo del primero (26).

interpretación positiva de las intenciones del paciente. A diferencia de la escuela tradicional, donde se sospecha de las motivaciones del paciente, Kohut participa de una visión donde hay una confianza básica a este respecto (28).

EL PSICOANÁLISIS RELACIONAL

El psicoanálisis relacional también hace aportes importantes al narcisismo. Sobre todo en la forma de conceptualizarlo, ya que se renuncia a la teoría etiológica pulsional y en su lugar aparece el vínculo como fundador del desarrollo psíquico y sus dificultades (4-6, 29).

Es importante aclarar que esto no significa, en ningún caso, que se esté desestimando la importancia de la dimensión intrapsíquica. Lejos de eso, lo que realiza el psicoanálisis relacional es iluminar lo intrapsíquico desde una perspectiva relacional. Esto es, desde una teoría que entiende que lo que se ha configurado como parte de la subjetividad tiene que ver con patrones interaccionales internalizados (7, 30-33). Esto es relevante, ya que lo que aparece como una característica estructural se entiende como una cristalización debida a repetidas interacciones que conformaron una forma de ser. A diferencia de las pulsiones que vienen desde la biología interna, los patrones interaccionales se pueden modificar vincularmente: si una estructura cristalizó por determinados vínculos se puede transformar por otros vínculos sostenidos y sanadores.

Morrison y Stolorow (34) resaltan que en la concepción freudiana del narcisismo, este era descrito como un estado regresivo patológico en el que el sujeto se aleja de formas maduras de relacionarse hacia una absorción en sí-mismo. En contraste con esta noción, los autores entienden el narcisismo como el deseo de ser apreciado como especial y único por otra persona importante.

Siguiendo a Kohut (26), consideran este deseo como algo esperable y normal. Lo comprenden como la necesidad de especularización que teoriza Kohut. Argumentan que si esto logra ser desarrollado, es decir, si las personas que componen los objetos sí-mismo del individuo logran entregarle ese aprecio a su persona entera como especial y valiosa, entonces se consolida un sentido del sí-mismo estable y cohesivo (34).

Por último, Benjamin (35-37) desarrolla su teoría de la intersubjetividad, a la que se refiere como el reconocimiento de uno mismo y del otro en su diferencia. Justamente, un logro evolutivo que hace falta en el narcisismo. A partir de este concepto de Benjamin, Shaw (38-39) concibe el narcisismo como una relación traumática de subyugación, esto es, como una vinculación donde no se permite que surja el otro en su diferencia e independencia. Asimismo, el diagnóstico de narcisismo queda remitido a un patrón interaccional nocivo que no permite la emergencia de una subjetividad reconocida como tal.

En síntesis, el psicoanálisis relacional sitúa el vínculo y no las pulsiones en la base de las manifestaciones clínicas. Se concibe el narcisismo como un conjunto de necesidades del individuo: de reconocimiento, de cuidado y de valoración como persona completa. Solo cuando estas necesidades no se han visto acogidas surge el cuadro narcisista.

Frente a esta epistemología vincular se sitúa el diagnóstico tradicional, que comprende el fenómeno clínico como aislado del observador y del contexto. En los próximos apartados se describirán algunas aristas del diagnóstico clásico del narcisismo y se reflexionará críticamente en torno a ellas desde lo desarrollado por el psicoanálisis relacional.

EL SUPUESTO DE LA ESTRUCTURA

Uno de los componentes importantes a la hora de realizar un diagnóstico tradicional es la pregunta por la estructura a la base del mismo. Esta pregunta, referida a la altura estructural del narcisismo, tiene diversas respuestas. Como se ha visto, Kernberg (11) lo sitúa dentro de lo limítrofe, aunque con un desarrollo algo más avanzado que estos en el control de impulsos. Podríamos considerar esta teoría coherente con los postulados kleinianos (21), que sitúan el narcisismo en un lugar intermedio entre las psicosis y las neurosis.

Por otro lado, en su último libro Kohut (8) hace un ordenamiento de los problemas clínicos, situando en un nivel más básico las psicosis y los estados límites, en un nivel intermedio a los cuadros narcisistas de la personalidad y el comportamiento, y, por último, a las neurosis clásicas de transferencia. Por último, Johnson (40) utiliza los planteamientos de Mahler (41) para definir la altura estructural del narcisismo, postulando que las fallas específicas en la subfase de reaceramiento y en el ciclo de separación-individuación son las que derivan en el narcisismo propiamente dicho.

Cuando pensamos en lo estructural desde un marco relacional, hay algunas certezas que se derrumban. Desde un marco intersubjetivo, las dimensiones intrapsíquicas –la subjetividad– se comprenden siempre desde la dinámica relacional en la que están imbricadas y viceversa (6, 42, 43). Por ejemplo, divisiones como consciente e inconsciente tienen que ver con la matriz vincular en la que está inserta la subjetividad: en ciertos contextos relacionales algunos contenidos quedarán inaccesibles, y en otros podrán ser elaborados (29, 43, 44). De esta misma forma, la estructura de una persona no se puede concebir como aislada de su contexto relacional. Así, también tiene sentido que distintos autores lleguen a distintas conclusiones con respecto a la estructura del narcisismo, ya que hay un tramado intersubjetivo de por medio (45).

Se propone que en el narcisismo se da, clínicamente, una desestabilización del sí-mismo debido a que necesita de sustentación (34). Esto se puede ver en la clínica en una persona con cierta sintomatología (como impulsividad, polarización, etc.) que remite a la hipótesis de una baja estructura a la base.

Sin embargo, lo que se quiere enfatizar desde el abordaje relacional es que esta sintomatología no proviene de una estructura intrapsíquica inamovible. Estos síntomas remiten a patrones vinculares establecidos que se cristalizan. Esto puede aparecer como una estructura estable, pero no lo es, ya que puede modificarse con nuevas formas de vincularse, debido a que, en principio, se ha construido a partir de relaciones carentes y nocivas. Por ejemplo, si pensamos en un paciente narcisista que asiste a un psicoterapeuta que intenta propiciar una interacción sustentadora para el sí-mismo, seguramente, después de repetidas y constantes interacciones reparatorias, será difícil reconocer los indicios de una baja estructura. Esto se explica porque los síntomas no derivan de una estructura intrapsíquica inamovible, sino de patrones relacionales cristalizados en el paciente. De esta forma, si se propicia una relación significativa, constante y reparadora, se podrá re-construir un sí-mismo más estable y cohesivo.

EL SUPUESTO DE LA DESTRUCTIVIDAD CONSTITUCIONAL

Estrechamente vinculado al apartado anterior acerca de la altura estructural del narcisismo se encuentra el tema de la destructividad en este diagnóstico, ya que esta está asociada a una baja estructura.

Kernberg (11) hace una división del narcisismo, incluyendo el *narcisismo maligno* como un paso intermedio entre el narcisismo y la personalidad antisocial. Como explicita Russell (46), en las elaboraciones de Kernberg la agresión es vista primariamente en términos pulsionales, por lo que es concebida como un aspecto inherente al desorden narcisista de personalidad. De forma similar, Britton (15) concibe un narcisismo destructivo cuando el niño, primariamente, tiene un exceso de hostilidad objetal.

En contraste, Lachmann (47) nos da una visión distinta y acorde con el paradigma relacional. En los autores antes mencionados, con mayor o menor flexibilidad, prima un paradigma intrapsíquico para explicar la destructividad. En estas teorizaciones existe el halo de un cuestionamiento dicotómico muy antiguo: ¿La destructividad viene de dentro o es ambiental? En cambio, para explicar la perversión (asociada a la destructividad y a los extremos más bajos del narcisismo), este autor propone basarse en la *violación de expectativas*. Este concepto revela la interacción como base para entender la sintomatología.

Las expectativas son generadas dentro de una diada y luego pueden ser comprobadas, frustradas o ferozmente violadas. Por ejemplo, en una relación se

puede crear la expectativa de que si una de las partes se siente vulnerable la otra parte la acogerá. Esta expectativa se puede violar drásticamente si, por ejemplo, frente a la vulnerabilidad de la persona, su contraparte la ignora y rechaza. Según Lachmann (47), el comportamiento perverso se daría porque ese sujeto sufrió una violación de expectativas constante en su infancia, y luego comenzó a violar las expectativas de otros.

Además de la violación de expectativas, Lachmann (47) agrega el concepto de interpretaciones *leading edge*, que podríamos traducir como “liderando el borde”. Estas interpretaciones explican lo que hace un paciente en términos relacionales, utilizando el *para qué* en vez del *por qué*. Al mismo tiempo, otorgan una connotación positiva al acto del paciente. Este tipo de interpretaciones son de la autoría de Kohut, quien nunca escribió explícitamente al respecto, aunque, sin embargo, su supervisor Jule Miller (27) sí lo hizo. Para ilustrarlo, Lachmann (48) hace una distinción entre agresión eruptiva y reactiva, siendo ambas producto de injurias narcisistas, esto es, de injurias al sí-mismo. La agresión eruptiva parecería como innata y surgida de la nada, a diferencia de la reactiva que es en respuesta a una injuria narcisista actual. Sin embargo, la primera solo *parece* innata, pues tiene que ver con abuso y negligencia temprana y persistente. En estos casos, la agresión eruptiva reemplaza a otros afectos como ansiedad, vergüenza, excitación, etc.

En el caso de estar con un paciente que ha tenido un estallido de agresión eruptiva, sería distinto interpretarlo clásicamente que hacerlo al estilo de Kohut. En el primer caso, lo podríamos explicar como fruto de la pulsión de muerte con su tendencia a la destrucción. En el segundo, si hacemos una interpretación *leading edge* (27), podríamos decir que el paciente reacciona defendiéndose brutalmente, ya que así de intensa siente la agresión externa a la que fue sometido tantas veces en su infancia. De esta forma, su agresión responde a un intento desesperado de defenderse, haciendo notar que no está dispuesto a ser nuevamente ignorado y amedrentado.

De esta forma, Lachmann (47) no recurre a concebir una maldad inherente al sujeto con el tono moralista que esto implica, sino que explica este fenómeno en términos de entramados vinculares en los que hay un quiebre y continuado en las expectativas del niño que le impide desarrollarse. Entonces, continúa su vida reproduciendo –repitiendo– este mismo quiebre de expectativas, aunque esta vez desde un lugar activo y no ya como víctima.

Una buena forma de detener este ciclo es posibilitando una relación significativa que tenga cierta predictibilidad y logre restaurar las expectativas relacionales positivas. Esto es realizable a través de un vínculo terapéutico que no culpabilice ni demonice al paciente, sino que logre validar el sentido de su comportamiento (interpretaciones “liderando el borde”).

De esta manera, damos por finalizada la reflexión en torno a la destructividad en el narcisismo. Un aporte fundamental en Lachmann (47) es que cuando nos trasladamos a un entendimiento relacional podemos situar esta *destructividad* de forma tratable vincularmente, ya que también se produjo de esta manera.

LAS CONSECUENCIAS VINCULARES DE LA DEMONIZACIÓN

Como se ha discutido, y en contraste con las conceptualizaciones de la psicología del sí-mismo y el psicoanálisis relacional, el narcisismo ha sido utilizado como un diagnóstico que califica al paciente como intrínsecamente difícil. Es sobre esta temática que se reflexionará en este apartado. Se pondrá énfasis en las consecuencias que podría tener la forma de vincularse con el paciente a través de un diagnóstico que lo demoniza. Esto último a partir de la consideración acerca de que ninguna aproximación teórico-clínica es inocua en lo que produce en el fenómeno clínico mismo. Tal como recordaba Stolorow: “El contexto intersubjetivo, nosotros proponemos, tiene un rol constitutivo en todas las formas de psicopatología, y no se pueden comprender psicoanalíticamente los fenómenos clínicos como separados del campo intersubjetivo en el cual cristalizan. En el tratamiento psicoanalítico, como Kohut también enfatizó, el impacto del observador es concebido como intrínseco a lo observado” (6).

De esta forma, elaboraré especialmente sobre cómo los desarrollos de Kernberg (11-12) y Rosenfeld (13,23) promueven un énfasis en la etiqueta y la demonización del narcisismo, así como las consecuencias relacionales que esta actitud podría tener.

El narcisismo, lamentablemente, tiene una larga data de desarrollos teórico-clínicos que enfatizan la patologización. Así, es conocido que se dice que los narcisistas tienen muchos problemas en la clínica, especialmente en relación al vínculo.

Kernberg plantea que existe envidia hacia los demás, idealización y menosprecio. Las relaciones con otros son explotadoras o parasitarias. “Es como si sintieran tener derecho a controlar y poseer a los demás y a explotarlos sin culpa; detrás de una fachada de encanto y simpatía se llega a percibir su naturaleza fría y despiadada” (11). Claramente, la teorización de Kernberg pone el énfasis en la estructura intrapsíquica, donde las pulsiones y sus defensas hacen estragos en el comportamiento del individuo: “La indagación analítica revela a menudo que su comportamiento altivo, grandioso y controlador es una defensa contra rasgos paranoides vinculados con la proyección de la rabia oral, componente esencial de su psicopatología” (11). Desde esta perspectiva, lo que se puede observar es una especie de demonización del narcisista, que queda enclavado como un paciente difícil, envidioso y manipulador. Además, se realiza una lectura intrapsíquica: los factores constitucionales como la envidia y la rabia oral son las principales etiologías. Con esto, los factores vinculares quedan desplazados de la importancia central y fundacional que le dan las teorías relacionales.

¿Qué formas de relacionarse entre psicoterapeuta y paciente facilita este modelo? Con la lectura intrapsíquica se sitúa a las pulsiones destructivas como la causa de una florida sintomatología caracterizada por la frialdad y la manipulación. Se propone que con esta visión el psicoterapeuta no se ve como partícipe de la interacción, sino como testigo u observador de las pulsiones destructivas en acción. Así, hay un observador externo que estudia a esta persona intrínsecamente malvada.

Es interesante pensar, tal como desarrolla Stolorow (45), que la teoría y técnica del psicoterapeuta van produciendo sus mismos componentes. Es decir, es muy probable que un paciente con dificultades narcisistas, tratado de esta forma, desarrolle en la relación con el psicoterapeuta justamente lo que se espera de él: agresividad, desconfianza, envidia, omnipotencia, etc. Si entendemos al narcisismo como una desestabilización del sí-mismo por una falla de las relaciones entre el sí-mismo y los objetos sí-mismo (8, 26), no podemos apoyar cualquier teoría o tratamiento que implique nuevas fallas masivas a la sustentación del sí-mismo. Cuando se interpreta una motivación oscura en el paciente, cuando se concibe como una persona estructuralmente deficiente, etc. se está reproduciendo un vínculo que no reconoce y patologiza. Este vínculo no hará más que desvitalizar al sí-mismo de paciente y con esto confirmar, o incluso aumentar, la sintomatología que le da validez al diagnóstico de personalidad narcisista. Esto es problemático para los pacientes con dificultades narcisistas importantes, quienes, grosso modo, tendrían como factor etiológico principal una falta de resonancia de la figura materna con el niño, el cual no es reconocido en su vulnerabilidad, en sus necesidades. Es demandado para ser otra cosa, lo que se necesita de él (40, 49).

A partir de esto, resulta sumamente problemático reproducir una relación entre terapeuta y paciente en la que justamente sus aspectos vulnerables y sus necesidades resultan eclipsadas por la demonización. Con esta se espera que el paciente cambie, que se exorcice, en vez de comprender los aspectos destructivos dentro de un marco relacional. Se propone que desde la patologización no se propicia que se vea al paciente como una persona en su particularidad ni se da prioridad a la necesidad básica de reconocimiento del narcisista (34).

Con el uso del diagnóstico patologizante se puede caer fácilmente en utilizar el rótulo como elemento de poder, para justificar modos de intervenir; o, simplemente, con la acción de reducir y demonizar a la persona, como es el caso del rótulo *narcisismo maligno* (11). ¿Qué puede esperar una persona rotulada de esta manera de sí mismo y de los demás?

Desde el psicoanálisis relacional la experiencia del paciente, o la del terapeuta, se va a entender desde el vínculo que la hace posible (6). Por ejemplo, si un paciente se siente digno de amor, eso se entiende dentro de los marcos vinculares que hacen que esa experiencia (el sentirse *amable*) sea posible.

De esta forma, podemos pensar como deseable el facilitar matrices relacionales entre psicoterapeuta y paciente que entreguen al paciente la posibilidad de experienciarse de forma espontánea, sintiéndose más cercano a lo que fenomenológicamente se siente como él mismo. Esto se encuentra muy lejos de la imposición de forma unilateral de un diagnóstico demonizante.

COMENTARIO DE UN CASO

Para cerrar este apartado, se recurrirá a Shaw (38), quien de forma muy ilustrativa discute el análisis que hace Rosenfeld (13) de un paciente narcisista. En esta discusión queda claro cómo un enfoque que promueve un entendimiento fundamentalmente intrapsíquico de la patología reproduce un vínculo actual entre psicoterapeuta y paciente que se puede calificar como patológico e incluso iatrogénico.

La dinámica del paciente es descrita así por Rosenfeld: “Un paciente narcisista, que mantenía vacías y muertas las relaciones con los objetos externos y con el analista al asesinar constantemente cualquier parte de su sí-mismo que intentara relacionarse objetivamente...” (13). A continuación, Rosenfeld describe un sueño del paciente en el que hay un niño en estado de coma que se está muriendo, posiblemente por un envenenamiento. Este niño está al sol y nadie hace nada por moverlo. El paciente, en el sueño, critica al doctor que está con el niño por no llevarlo a la sombra. Rosenfeld interpreta el sueño en base a la dinámica interna del paciente de matar a su sí-mismo libidinal no dejando que recibiera ayuda, ya que recibir nutrición de parte del analista implicaría debilidad. Esta debilidad sería negativa para la organización narcisista destructiva, que le da al paciente una sensación de superioridad. Rosenfeld además señala que existía una coraza del paciente, que sólo a veces era penetrada por las interpretaciones del analista.

Por su parte, Shaw describe cómo Rosenfeld, siguiendo los postulados kleinianos, se explica el fenómeno que está observando en el paciente a través de la pulsión de muerte: “La falla del paciente de crecer bajo el cuidado del analista es vista como un trabajo de la agresividad de la pulsión de muerte, alimentando la determinación del paciente de triunfar sobre al analista al no recibir su ayuda” (38). En contraste con esta forma de interpretar, Shaw considera que el paciente no puede crecer por el trauma experimentado en su desarrollo (no por un exceso de hostilidad). Propone la hipótesis de que en el sueño del paciente, y en la situación analítica, se está enactuando la misma situación traumática. El analista no se da cuenta de cómo participa en esto, dejando nuevamente al paciente en una situación traumática.

De este modo, Shaw entrega otra posible interpretación al sueño. El autor identifica al doctor incompetente con el analista, que no se da cuenta de las necesidades

del paciente de ser movido a la sombra fuera de los dolorosos rayos del sol, que simbolizarían a las interpretaciones condenatorias, e intensamente penetrantes, del analista (38). Shaw sugiere que, de haber estado en el lugar de Rosenfeld, le gustaría que entre el paciente y él pudieran darse cuenta de sus propias disociaciones como terapeuta. Disociaciones facilitadas por la frustración relacionada con el propio narcisismo, que se ve afectado en los fracasos terapéuticos y que le facilitó el camino al imponer al paciente su interpretación de la realidad sin tomar en consideración el dolor del éste.

De esta manera, Shaw consigue ilustrar las consecuencias dañinas que puede tener sobre el paciente el concebirlo desde un paradigma intrapsíquico y patologizador (38). En la interacción terapéutica se reproduce un fallo análogo a los que vivió el paciente en su infancia y que facilitaron la adquisición de una constelación narcisista.

CONCLUSIONES

En las descripciones mencionadas de Kernberg (11) y Rosenfeld (13), el psicoterapeuta queda desplazado de su rol intrínseca y humanamente vinculado con el paciente. Se figura como un espectador de los mecanismos intrapsíquicos del paciente, relacionándose exclusivamente de forma *objetiva* para intervenir sobre la patología del paciente, concebida como un fenómeno externo a su participación. A esto se suma la conceptualización de unos mecanismos pulsionales, esenciales a la patología narcisista, que buscan anular la diferencia con el objeto, triunfar sobre él y destruirlo, entre otros propósitos (11, 14, 19). Con este panorama, es decir, con la visión fundamentalmente intrapsíquica de la patología y con los supuestos de mecanismos pulsionales destructivos a la base, queda pavimentado el camino a la demonización del narcisista.

Se propone que, en esta dinámica vincular, se da una polarización moral donde el paciente es el portador de la patología y la maldad, y el psicoterapeuta el portador de la verdad y la sanidad. Como señala Shaw (38), cualquier vínculo donde se considere que sólo una de las partes tiene que desarrollarse es en algún grado un vínculo de subyugación. Claramente, esta dinámica relacional no reporta ningún beneficio a la mejoría del paciente. Lejos de ello, reproduce un vínculo de subyugación que se considera facilitador de la patología narcisista. Y, finalmente, desde una conceptualización relacional, es decir, con el supuesto de que el vínculo está en los fundamentos de la organización subjetiva, la conceptualización de que hay un mecanismo pulsional destructivo a la base del narcisismo queda obsoleta.

Más allá de esto, se levantan alarmas frente a las consecuencias relacionales iatrogénicas que ese paradigma puede tener. Esto fundamentalmente porque

diagnosticar al otro como esencialmente problemático y situarnos, como psicoterapeutas, como observadores neutrales que pueden evaluar objetivamente la subjetividad del paciente implica una forma de relacionarse donde la subyugación (38) puede hacer su aparición. En este tipo de relación no se permite que el otro emerja en su subjetividad, justamente el problema central del narcisismo (38). Así, este tipo de relación terapéutica no haría sino perpetuar un funcionamiento narcisista.

Además, como se ha mencionado, algunas de las dificultades del narcisismo son la falta de reconocimiento de este en su vulnerabilidad (40, 49), y la carencia de un reconocimiento adecuado de sus expresiones como únicas y agradables (34). Estos déficits y fallas relacionales se perpetúan en el trato a un paciente que se concibe a priori como difícil e intrínsecamente destructivo. Así, se puede pensar que el tratamiento clásico reproduce una dinámica narcisista.

Además, el psicoanálisis clásico tiene una perspectiva fundamentalmente esencialista de la patología. En ese sentido, se podría pensar que padece de narcisismo, ya que no puede vislumbrar los dinamismos vinculares fundacionales en la emergencia de la subjetividad. Si se toma seriamente la reflexión sobre el entorno relacional que se produce en el contexto terapéutico no se puede sino cuestionar las consecuencias vinculares que tienen las teorías a las que se adhiere.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freud S. Introducción al Narcisismo. Obras completas V: XIV. Buenos Aires: Amorrortu; 1980 [1914].
- (2) Klein M. Los orígenes de la transferencia. Obras completas. Buenos Aires: Paidós; 1988 [1952].
- (3) Fosshage JL. Self Psychology and Its Contributions to Psychoanalysis. *Int Forum Psychoanal.* 1995;4:238-46.
- (4) Fosshage JL. Contextualizing Self Psychology and Relational Psychoanalysis. *Contemp Psychoanal.* 2003;39(3):411-48.
- (5) Berman E. Relational Psychoanalysis: A historical Background. *Am J Psychother.* 1997;51(2):185-203.
- (6) Stolorow RD. Autobiographical reflections on the intersubjective history of an intersubjective perspective in psychoanalysis. *Psychoanal Inq.* 2004;24:542-58.
- (7) Mitchell SA, Aron L. *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition.* New York: Routledge; 1999.
- (8) Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press; 1984.
- (9) Serra JK. Tensiones teóricas en relación a Kohut: una revisión crítica. *Clínica e Investig Relac.* 2015;9(1):206-30.

- (10) Mitchell SA. Heinz Kohut's theory of narcissism. *Am J Psychoanal.* 1981; 41: 317-26.
- (11) Kernberg O. *Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico.* Barcelona: Paidós Ibérica; 1979.
- (12) Kernberg O. La patología narcisista hoy. VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA). Barcelona; 1992.
- (13) Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *Int J Psychoanal.* 1971;52:169-78.
- (14) Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *Int J Psychoanal.* 1964;45:332-7.
- (15) Britton R. Narcissistic disorders in clinical practice. *J Anal Psychol.* 2004;49(Marzo 2003):477-90.
- (16) Green A. *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Buenos Aires: Amorrortu; 1999.
- (17) Freud S. Tres ensayos de teoría sexual. *Obras completas Vol: VII.* Buenos Aires: Amorrortu; 1980 [1905].
- (18) Freud S. El sepultamiento del complejo de Edipo. *Obras completas Vol: XIX.* Buenos Aires: Amorrortu; 1976 [1924].
- (19) Segal H. *Introducción a la obra de Melanie Klein.* Barcelona: Paidós Ibérica; 1981.
- (20) Klein M. *Envidia y gratitud y otros trabajos.* Barcelona: Paidós Ibérica; 1988 [1957].
- (21) Castellà R. El narcisismo como fracaso del conflicto estético: Apuntes desde la perspectiva postkleiniana. *Intercambios de Psicoanálisis [revista electrónica].* 2004;13:31-5. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/13/art_n13_05R.html
- (22) Cohen J. "I-not-I": narcissism beyond the onde and the other. En: Gaitanidis A, Curk P, editores. *Narcissism: A critical reader.* London: Karnac; 2007.
- (23) Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *Int J Psychoanal.* 1964;45(2-3):332-7.
- (24) Kohut H. *Forms and Transformations of Narcissism.* *J Am Psychoanal Assoc.* 1966;14:243-72.
- (25) Kohut H. *Análisis del self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad.* Buenos Aires: Amorrortu; 1989 [1971].
- (26) Kohut H. *The restoration of the self.* Chicago: University of Chicago Press; 1977.
- (27) Miller JP. How Kohut Actually Worked. *Prog Self Psychol.* 1985;1:13-30.
- (28) Orange DM. *El desconocido que sufre: Hermenéutica para la práctica clínica cotidiana.* Santiago: Cuatro Vientos; 2014.
- (29) Sassenfeld A. *Principios clínicos de la psicoterapia relacional.* Santiago: SODEPSI; 2012.
- (30) Stern D. *El mundo interpersonal del infante: Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva.* Buenos Aires: Paidós; 1985.
- (31) Bruschweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander LW, et al. Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *Int J Psychoanal.* 2002;83:1051-62.

- (32) Mitchell SA. *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New Jersey: The Analytic Press; 2000.
- (33) Stolorow RD. Prereflective Organizing Principles and the Systematicity of Experience in Kant's Critical Philosophy. *Psychoanal Psychol*. 2005;22(1):96-100.
- (34) Morrison A, Stolorow RD. Shame, narcissism, and intersubjectivity. En: Lansky M, Morrison A, editores. *The widening scope of shame*. New Jersey: Analytic Press; 1997, p. 63-87.
- (35) Benjamin J. An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanal Psychol*. 1990;7:33-46.
- (36) Benjamin J. *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the problem of domination*. New York: Pantheon Books; 1988.
- (37) Benjamin J. El tercero. *Reconocimiento*. *Clínica e Investig Relac*. 2012;6(2):169-79.
- (38) Shaw D. *Traumatic Narcissism: Relational Systems of Subjugation*. New York: Routledge; 2014.
- (39) Shaw D. Enter Ghosts: The Loss of Intersubjectivity in Clinical Work With Adult Children of Pathological Narcissists. *Psychoanal Dialogues [revista electrónica]*. 2010;20:46-59. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10481880903559120>
- (40) Johnson S. *Humanizing the Narcissistic Style*. New York: W. W. Norton and Company, Inc.; 1987.
- (41) Mahler M, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books; 1975.
- (42) Ogden T. *Subjects of Analysis*. Maryland: Rowman & Littlefield; 1977.
- (43) Stolorow RD. From Isolated Minds to Experiential Worlds: An Intersubjective Space Odyssey. *Am J Psychother*. 2000;54(2):149-51.
- (44) Stolorow RD. The Contextuality of Emotional Experience. *Psychoanal Psychol*. 2005;22(1):101-6.
- (45) Stolorow RD, Atwood GE. *Faces in a Cloud: Subjectivity in Personality Theory*. Northvale: Jason Aronson; 1979.
- (46) Russell GA. Narcissism and the narcissistic personality disorder: a comparison of the theories of Kernberg and Kohut. *Br J Med Psychol*. 1985;58:137-48.
- (47) Lachmann F. *Transforming narcissism: Reflections on empathy, humor and expectations*. New York: Taylor & Francis Group; 2008.
- (48) Stolorow RD, Lachmann F. *Psychoanalysis of developmental arrests*. New York: International Universities Press; 1980.
- (49) Miller A. *El drama del niño dotado: Y la búsqueda del verdadero yo*. Buenos Aires: Tusquets; 2009 [1979].
- (50) Nos J. Entrevista al Dr. Otto Kernberg. *Temas de Psicoanálisis*. 2011;2:1-24.
- (51) Yildiz I. Psicología del Yo, Klein y postkleinianos y el grupo "independiente". *Psicoanálisis (APC)*. 2007;XIX(1):56-88.
- (52) Sassenfeld A. Afecto, vínculo y desarrollo del self. *Clínica e Investig Relac*. 2011;5(2):261-94.
- (53) Fosshage J. Forming and transforming self-experience. *Int J Psychoanal Self Psychol*. 2013;8(4):437-51.