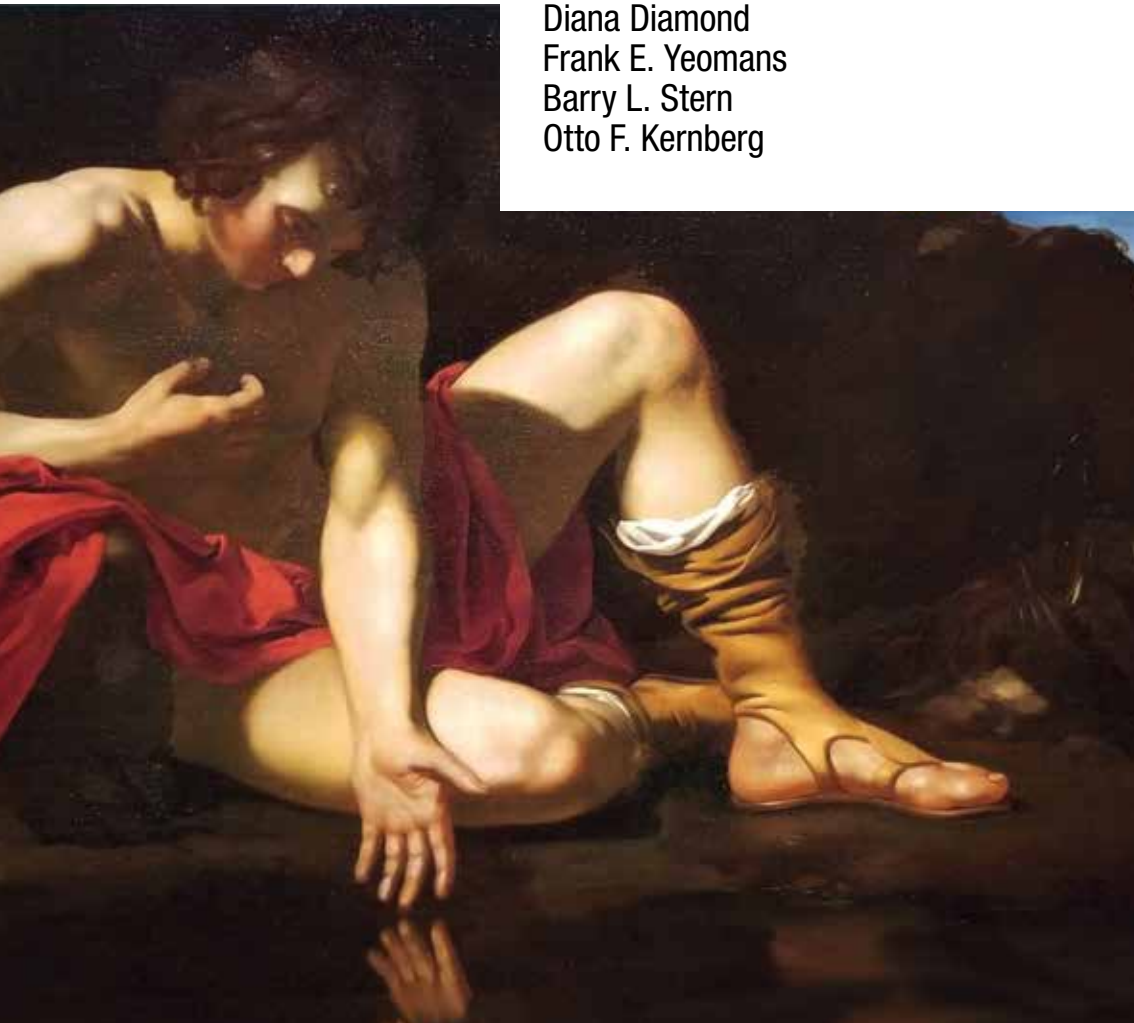
PSICOTERAPIAS

Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia

Octaedro

Manual de TFP-N para estudiantes, formadores y profesionales

Diana Diamond
Frank E. Yeomans
Barry L. Stern
Otto F. Kernberg



Diana Diamond, PhD, es profesora emérita del programa doctoral en psicología clínica de la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) y miembro veterano del Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College.

Frank E. Yeomans, MD, PhD, es profesor clínico asociado de psiquiatría en el Weill Cornell Medical College, director de formación en el Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College y profesor clínico asociado adjunto de psiquiatría en el Colegio de Médicos y Cirujanos Vagelos (Facultad de Medicina) de la Universidad de Columbia.

Barry L. Stern, PhD, es profesor clínico asociado de psicología y psiquiatría en el Colegio de Médicos y Cirujanos Vagelos de la Universidad de Columbia y miembro facultativo del Centro para la Formación y la Investigación Psicoanalítica de la Universidad de Columbia.

Otto F. Kernberg, MD, fue profesor de psiquiatría y director del Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College, analista formador y supervisor del Centro para la Formación y la Investigación Psicoanalítica de la Universidad de Columbia, y profesor invitado distinguido de psiquiatría en la Escuela de Medicina Albert Einstein (NY).

TRATAMIENTO DEL NARCISISMO PATOLÓGICO CON PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

Manual de TFP-N para estudiantes, formadores y profesionales



Esta obra ha recibido una ayuda a la edición del Ministerio de Cultura y Deporte.

Diana Diamond
Frank E. Yeomans
Barry L. Stern
Otto F. Kernberg

TRATAMIENTO DEL NARCISISMO PATOLÓGICO CON PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

Manual de TFP-N para estudiantes, formadores y profesionales

Octaedro Psicoterapias

Colección Psicoterapias

Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia. Manual de TFP-N para estudiantes, formadores y profesionales

Traducción del inglés: Francisco Campillo Ruiz

Revisión de la traducción: Teresa Ribalta Torrades.
Pertenece al Grupo TLP Barcelona, promotor de la traducción. El Grupo TLP está integrado por: Natalia Calvo, Andreu Codina, Marc Ferrer, Alfons Icart, Josep Antoni Ramos-Quiroga, Teresa Ribalta, M.ª Jesús Rufat, Elisabet Sánchez, Brenda Tarragona, Joan Vegué y Esther Verdaguer.

Título original: *Treating Pathological Narcissism with Transference-Focused Psychotherapy*. © 2022 The Guilford Press

Esta edición se ha publicado con el acuerdo con Guilford Publications Inc. a través de International Editors y Yáñez.

Primera edición: diciembre de 2023

© Autores: Diana Diamond, Frank E. Yeomans, Barry L. Stern, Otto F. Kernberg

© de esta edición:
Ediciones Octaedro, S.L.
Bailén, 5, pral. – 08010 Barcelona
Tel.: 93 246 40 02
octaedro@octaedro.com
octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-19690-16-6
Depósito legal: B 21707-2023

Diseño y producción: Octaedro Editorial

Impresión: Ulzama

Impreso en España – *Printed in Spain*

Sumario

Nota del consejero editorial a la edición original en inglés 9
Elliot Jurist, PhD

Agradecimientos 11

Prefacio. Una perspectiva relacional-objetal aplicada al trastorno narcisista de la personalidad 13

Capítulo 1. Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia: una introducción 21

PARTE I
Conceptualización del narcisismo patológico

Capítulo 2. Itinerarios del trauma: del trauma janetiano al trauma relacional. Funcionamiento intrapsíquico en el narcisismo patológico 69

Capítulo 3. Funcionamiento interpersonal en el narcisismo patológico 139

Capítulo 4. Visión general de la TFP-N 195

PARTE II

Tratamiento del narcisismo patológico

Capítulo 5. Evaluación y diagnóstico del narcisismo patológico y el TNP 263

Capítulo 6. Contrato de tratamiento y marco terapéutico 291

Capítulo 7. Fases iniciales de la TFP-N 331

Capítulo 8. Fases ulteriores de la TFP-N 373

Capítulo 9. TFP-N para pacientes con patología narcisista y límite combinada 421

PARTE III

La patología narcisista en las relaciones íntimas y en la sociedad

Capítulo 10. Narcisismo maligno: aspectos clínicos y sociales 459

Capítulo 11. Relaciones amorosas narcisistas 503

Capítulo 12. Epílogo 523

Referencias 533

Autoría 573

Índice analítico 575

Nota del consejero editorial a la edición original en inglés

Nadie necesita convencernos de que nuestra sociedad está afrontando actualmente el reto de encontrar nuevas formas de comprender y de tratar la patología narcisista. Dada su alta incidencia, es imperativo que los profesionales de la salud mental se sientan equipados para manejar la variedad de trastornos que encajan dentro de esta categoría.

La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) fue ideada primeramente como un tratamiento para su aplicación al trastorno límite de la personalidad por el grupo de Otto Kernberg en el Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College. Con este libro, el grupo TFP, liderado por Diana Diamond y colaboradores, aplica la TFP al diagnóstico y el tratamiento de la patología narcisista. Los autores basan su enfoque en una versión contemporánea de la teoría de las relaciones objetales, que se ha visto influenciada por la labor reciente acontecida en los ámbitos de la cognición social, la teoría del apego y la teoría de la mentalización. Es importante enfatizar que su centro de interés incluye, pero sin limitarse a esta, la definición DSM limitada del trastorno narcisista de la personalidad. La patología narcisista alude a las diferentes manifestaciones clínicas del narcisismo, desde los individuos con un funcionamiento elevado a los sujetos que funcionan en un nivel *borderline*, a los individuos con narcisismo maligno. Los profesionales clínicos procedentes de todas las orientaciones necesitan ser capaces de identificar la patología narcisista y aprender a trabajar eficazmente con esta gama de pacientes.

El aspecto más audaz del libro de Diamond y colaboradores consiste en argumentar que se puede modificar la TFP y aplicar sus principios, independientemente de la formación y de la orientación de los profesionales clínicos, al abordar a los pacientes narcisistas. La ampliación de la TFP es especialmente valiosa, dado que hemos acabado por entender el peligro que representa el narcisismo entendido como una crisis de salud pública. Los profesionales clínicos que desconfíen de los enfoques basados en la evidencia tienen algo que ganar con este libro. Los profesionales no psicoanalíticos se beneficiarán del conocimiento profundo y sólido de los trastornos de la personalidad que se presenta aquí. Los profesionales psicoanalíticos se beneficiarán de aprender unos pasos concretos que adoptar para abordar a los pacientes con trastornos narcisistas. Los investigadores clínicos de todas las orientaciones apreciarán el esfuerzo equilibrado y matizado por traducir la investigación en una dirección pragmática.

Junto con la terapia basada en la mentalización, la TFP se merece un reconocimiento por impulsar al psicoanálisis a ir más allá de su zona tradicional de confort, afrontando la tensión que surge necesariamente cuando la teoría entra en contacto con los hallazgos reales derivados de la investigación. De hecho, es especialmente esperanzador encontrar una agenda de investigación psicoanalítica que dependa de la receptividad a otros ámbitos de conocimiento, y de una disposición a participar y a contribuir en un diálogo emergente a lo largo del espectro de la salud mental. Este libro demuestra el valor continuado del pensamiento psicoanalítico, pero su mérito principal consiste en ofrecer un modelo para todos los profesionales de la salud mental.

Elliot Jurist, PhD

Agradecimientos

Este libro representa la culminación de más de 25 años de labor clínica y de investigación con un amplio espectro de pacientes narcisistas llevada a cabo en el Instituto de Trastornos de la Personalidad (PDI) del Weill Cornell Medical College. Queremos expresar, en primer lugar, nuestro profundo agradecimiento a los dos directores del PDI, los Drs. John Clarkin y Otto Kernberg, cuyo liderazgo ha venido estimulando constantemente la creatividad de sus miembros. También estamos reconocidamente agradecidos a nuestros colegas del Weill Cornell, que han realizado unas contribuciones empíricas, clínicas y teóricas inestimables para la comprensión y el tratamiento de pacientes con narcisismo patológico y TNP, incluidos los Drs. Jordan Bate, Eve Caligor, Nicole Cain, Monica Carsky, Jill Delaney, Karen Ensink, Eric Fertuck, Kenneth Levy, Catherine Haran, la extinta Paulina Kernberg, Lina Normandin, Mark Lenzenweger, Kevin Meehan, Robert Michels, Michael Stone y Alan Weiner. También les damos las gracias a nuestros colegas de la Sociedad Internacional de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (ISTFP), incluidos los Drs. Anna Buchheim, Peter Buchheim, Sergio Dazzi, el extinto Gerhard Dammann, Chiara De Panfilis, Rosella Di Pierro, Stephan Doering, Nel Draijer, Miguel Ángel González-Torres, Mathias Lohmer, Fabio Maddedu, Emanuele Petri, Susanne Hörz-Sagstetter, Irene Sarno, Agnes Schneider-Heine, Julia Sowislo y Luis Valenciano, muchos de los cuales han contribuido significativamente a promover el estudio del narcisismo patológico. La intensa labor en colaboración con nuestros colegas del PDI y de la ISTFP nos ha ayudado a ver realizado este libro.

Nuestro más profundo aprecio lo debemos también a nuestro editor principal de The Guilford Press, Jim Nageotte, y a nuestro consejero editorial, Elliot Jurist. Ambos nos dieron un *feedback* único y valioso sobre el manuscrito y demostraron tener una paciencia y perseverancia extraordinarias para que este volumen pudiera ver la luz. Les estamos igualmente agradecidos a la asistencia editorial brindada por los Drs. Jack Keefe y Andrea Fortunato, y a Vesna Bosic, MS.

También reconocemos el apoyo brindado por nuestros directores anteriores y actuales del Departamento de Psiquiatría, los Drs. Jack Barchas y Francis Lee, por su interés y su apoyo hacia nuestra labor.

Les damos las gracias a nuestros estudiantes por todas las formas mediante las cuales el hecho de enseñarles nos ha enriquecido y ha ampliado nuestras ideas.

Les damos las gracias a nuestros pacientes, cuya valentía a la hora de afrontar y de compartir su vida interior nos dio el coraje necesario para dar forma a este libro.

Finalmente, hemos tenido la extraordinaria fortuna de tener unas parejas que nos han inspirado en los ámbitos del amor y del trabajo, y que se han mostrado solícitos y pacientes ante nuestra inmersión absorbente en este proyecto. Dedicamos este libro a John Alschuler, Carlos Garay, Deborah Shapira y Kay Haran.

Prefacio.
Una perspectiva relacional-objetal aplicada al trastorno narcisista de la personalidad

En 2007, yo (Diana Diamond) presenté mi primera ponencia sobre narcisismo patológico en un congreso titulado: «El dolor del narcisismo y su tratamiento psicoterapéutico». Salí de esta experiencia decidida a seguir desarrollando una concepción y un enfoque de tratamiento aplicados al narcisismo patológico, dado que el dolor psíquico de este grupo cada vez más extendido de pacientes no suele ser evidente para los demás, incluidos los profesionales clínicos que los tratan. El narcisismo patológico tiene dos caras, como Jano, en el sentido de que la presentación dominante que los pacientes narcisistas hacen de ellos mismos como personas sumamente autosuficientes, absortos en sí mismos, centrados en realzarse y engrandecerse (aunque solo sea en la fantasía) protege su sensación atroz de vulnerabilidad, sus estados lacerantes de vergüenza y dudas acerca de ellos mismos, su aislamiento emocional y su soledad. El enigma del narcisismo patológico y de sus potenciales consecuencias debilitadoras fue plasmado por primera vez en el mito de Eco y Narciso, el primer caso de narcisismo patológico que figura en los registros históricos. Documentado inicialmente por Ovidio en sus *Metamorfosis*, el mito ha sido una fuente de inspiración para los teóricos psicoanalíticos desde Freud (1914-1957) en adelante, con vistas a entender los contornos del narcisismo y sus desarrollos patológicos. Al igual que la mayoría de los mitos, el de Eco y Narciso describe las fantasías y los conflictos inconscientes universales que, en sus constantes reiteraciones y sus formas manifiestas, conectan al individuo con las distintas luchas, ansiedades y dilemas humanos y relacionales fundamentales, destilando y desve-

lando la esencia de los distintos tipos de carácter.[1] Empezamos por el mito porque este desvela la naturaleza compleja y proteica del narcisismo y del trastorno narcisista –la medida en la que las ilusiones narcisistas pueden exaltar al individuo en dirección a estados de prepotencia y de autobombo, únicamente para sumergirlo, acto seguido, en unos estados paralizadores de vergüenza, desesperación y rabia cuando dichas ilusiones se hacen añicos, y la medida en la que el investimiento excesivo de amor en uno mismo y en otras personas ideales suele venir acompañado de estados de autocrítica y atormentamiento graves–.

Narciso tenía una cualidad particularmente inusual: era un niño extraordinariamente atractivo, producto de la unión de la ninfa Liríope y del dios fluvial Cefiso. Preocupada por si su hijo «viviría mucho tiempo / Con semejante belleza perfecta», Liríope consultó al adivino Tiresias, quien respondió enigmáticamente que a su hijo le iría bien, «a menos que aprenda a conocerse a sí mismo» (Hughes, 1997, p. 69). Cuando cumplió 16 años, «la belleza de Narciso había florecido, / Pero algo vidrioso en relación con ello, un cierto orgullo, / Mantenía a todos sus admiradores a distancia» (pp. 69-70), aunque muchos compañeros, hombres y mujeres, se enamoraban locamente de él. Particularmente cautivada quedó Eco, ninfa con un cuerpo precioso, pero incapaz de decir otra cosa que repetir las palabras de los demás. Siguió a Narciso «como un lobo hambriento» (p. 71), pero cuando lo encontró vagando por la foresta y trató de abrazarlo, él se alejó de sus caricias con horror, diciéndole que antes preferiría estar muerto a permitirle que lo tocara. Eco se escondió en el bosque, obsesionada por el rechazo de Narciso, hasta que su cuerpo se desvaneció y solo quedaba su voz, que repetía incesantemente las palabras de los demás. Encolerizado por el trato de Narciso hacia Eco, uno de sus muchos burlados y rechazados pretendientes suplicó: «Que Narciso ame y sufra, / Al igual que nos ha hecho sufrir a nosotros. / Que, al igual que nosotros, ame y sepa que es en vano. / Y que, como Eco, perezca de dolor» (p. 73) –súplica que fue escuchaba y concedida por Némesis, la diosa de la justicia reparadora–.

Cierto día, mientras saciaba su sed en un estanque de agua, Narciso se sintió embelesado por el reflejo de la superficie cristalina. Confundió su imagen con la de un extranjero del cual quedó cautivado. Después, mientras se inclinaba hacia adelante para contemplar fijamente esta ima-

1. El mito de Narciso que aparece en las *Metamorfosis* de Ovidio ha inspirado numerosas traducciones, la más reciente es la del poeta Ted Hughes (1997), cuya traducción le da al mito un estilo más contemporáneo, constituye la fuente de las citas incluidas en esta sección.

gen y beber del estanque de agua, «Una extraña sed diferente, / Un anhelo intenso, desconocido, / Penetró en su cuerpo junto con el agua, / Y penetró en sus ojos / Junto con el reflejo del espejo diáfano» (Hughes, 1997, p. 74). Hechizado por su propia imagen confundida con un otro deseado:

> El joven yace, a la manera de una estatua de jardín caída,
> La mirada fija en su imagen en el agua,
> Comparándola con Baco o con Apolo,
> Enamorándose cada vez más profundamente
> De aquello que tantos otros habían amado tan inútilmente.
> Sin reconocerse,
> Únicamente se deseaba a sí mismo.
> De entre todos los rostros que hubiera visto jamás,
> Había elegido el suyo propio. Él mismo era
> El torturador que iniciaba ahora su tortura.
> (Hughes, 1997, p. 74).

Al principio, Narciso se sintió satisfecho de relacionarse con un ser amado que reflejaba perfectamente sus propios gestos y expresiones, que se reía cuando él se reía y alargaba la mano hacia él cuando él extendía sus brazos para abrazarlo. Pero mientras trataba de estrechar y de acariciar a su amado, tan solo para ver su imagen disolverse en «un trémolo de ondas» (p. 74), reconoció que su amor ideal no era sino su propio reflejo efímero, un frágil producto de su propia imaginación, en lugar de un ser separado con su propia realidad corpórea. Narciso se lamenta: «No me dejo engañar por mi propio reflejo, / Pero es demasiado tarde. / Estoy enamorado de mí mismo. / Me torturo a mí mismo. ¿Qué estoy haciendo, / Amar o ser amado?» (p. 76). Lo que parecía ser un estado de mutuo reconocimiento se convierte en un estado de tomarse erróneamente a sí mismo por el otro. Es más, el reconocimiento de que su objeto ideal y su sí-mismo ideal son una sola y misma cosa precipita un estado de confusión irreconciliable respecto de los límites entre él mismo y el otro. «¿Por qué no puedo apartarme de mi cuerpo? / Esta es una nueva modalidad de plegaria del amante, / Desear uno mismo apartarse de aquel a quien ama» (p. 76). En un estado de rabia y frustración, Narciso se arranca las vestiduras y se golpea el pecho, y, consumido finalmente por su amor, se desvanece. Sus últimas palabras son: «Adiós, muchacho incomparable, / Te he amado en vano» (p. 77).

Hemos citado el mito para ilustrar la forma en la que encarna numerosos aspectos de la perspectiva relacional-objetal actual aplicada al narcisismo patológico y al trastorno narcisista. Inicialmente, Narciso se enamora locamente de su propio reflejo, pero cuando se da cuenta de que la imagen no tiene una existencia separada de él mismo, se sumerge en la desesperación y elige morir en lugar de separarse de su objeto ideal, confundido con otro ser. De aquí que el mito de Narciso sea un relato respecto a que la patología narcisista implica inevitablemente el desarrollo de trastornos tanto intrapsíquicos como en las relaciones interpersonales. En particular, el mito ilustra la forma en la que el amor o el investimiento libidinal excesivo hacia uno mismo puede desempeñar la función de un prisma distorsionador que deforma la propia percepción de sí mismo y la capacidad de vivir plenamente en la realidad, para sumergirse en el mundo ilusorio del *self* grandioso. Inicialmente, Narciso encarna la arrogancia, el autoengrandecimiento, la insensibilidad y la actitud explotadora propia del narcisista grandioso, pero cuando se da cuenta de que jamás podrá poseer o ser amado verdaderamente por su objeto ideal, el cual no es más que un mero reflejo de sí mismo, la autoexaltación evoluciona en espiral en dirección a atormentarse e incluso a autodestruirse. «¿Qué puede obtener mi cortejo?», se lamenta, «Lo que deseo es lo que soy. / Pero el hecho de ser todo aquello que ansío, / Esa es mi mayor pobreza» (Hughes, 1997, p. 76).

En la versión que Ovidio ofrece del mito, Narciso se consume y es transformado en una flor con un centro amarillo a la manera de una yema de huevo –reminiscencia del retorno a un estado indiferenciado–, pero en otras versiones se hunde una daga en el pecho (Canon, Narraciones, 24). El aumento en escalada de la rabia y decepción de Narciso, su autoflagelación (golpearse el pecho) y su deseo de morir cuando es incapaz de poseer su imagen ideal o de separarse de dicha imagen de él mismo ilustra la cualidad proteica del narcisismo patológico: la forma en la que el investimiento excesivo en una percepción ideal e ilusoria de sí mismo mezclada con un otro ideal permanece frágil y propensa a derrumbarse, conduciendo a «un autoempobrecimiento cercano a la aniquilación» (Green, 2002, p. 635; Kernberg, 1975, 2007, 2010; Ronningstam, 2011).

El mito también pone de relieve la incapacidad que tienen las personas con narcisismo patológico de tolerar la separación, la pérdida, la pena y el duelo, incluida la pérdida de las visiones altamente idealizadas de si mismos y de los demás que se corresponden con las fases tempranas del desarrollo. En el mito aparece, así, como un apartarse regresivamente de

la realidad corporal sensual de los demás (de ahí el rechazo de los abrazos de Eco) en dirección a una unión embriagadora con una figura idealizada –un reflejo reminiscente de un vínculo idealizado temprano– que permanece inmune a las limitaciones y ataduras de la realidad (Tutter, 2012).

En resumen, el mito prefigura varios aspectos importantes propios de una visión relacional-objetal del narcisismo patológico, incluidos: (1) la incapacidad de mantener unas relaciones amorosas profundas, lo que puede dejar al individuo aislado trágicamente, a pesar de su búsqueda desesperada y compulsiva de admiración y de aprobación por parte de los demás; (2) las actitudes de explotación y prepotencia hacia los demás, los cuales son desdeñados como los depositarios de todos los aspectos inaceptables de uno mismo, o apropiados e idealizados como espejos perfectos para el *self*; (3) la forma en la que los estados yoicos grandiosos coexisten o evolucionan en dirección a convertirse en unos estados yoicos vulnerables, en el caso de los sujetos con narcisismo patológico; y (4) la forma en que, cuando las expectativas irreales respecto de sí mismo y los demás se ven decepcionados, suele darse con frecuencia una intensificación de la agresión hacia uno mismo y los demás, desembocando en ataques enfurecidos a sí mismo y a otras personas, o en un declive gradual en dirección a la autodestrucción (Kernberg, 1997; Ronningstam, Weinberg y Maltsberger, 2008).

Es interesante que por el tiempo en el que Ovidio estaba escribiendo, el mito de Narciso era un mito menor, mientras que en nuestra era narcisista ha alcanzado una prominencia de primer orden. Dado el número creciente de individuos con narcisismo patológico y un diagnóstico pleno de trastorno narcisista de la personalidad (TNP), además de la presencia creciente de rasgos narcisistas en nuestra sociedad –la comorbilidad desenfrenada del TNP con otros trastornos; las diferentes manifestaciones de narcisismo patológico en los períodos transicionales del ciclo vital, particularmente en la adultez joven y la mediana edad; la heterogeneidad de los pacientes con patología narcisista, y las complicaciones a nivel de tratamiento que plantean, incluidos los porcentajes elevados de abandono voluntario de la terapia–, es necesario y oportuno idear y perfeccionar unos enfoques de tratamiento para su aplicación al trastorno narcisista distribuido a lo largo del espectro del funcionamiento de la personalidad.

En este libro presentamos una concepción relacional-objetal contemporánea del narcisismo y sus trastornos, que integra la teoría psicoanalítica con los desarrollos recientes en el ámbito de la neurocognición, la psicología social, la psiquiatría descriptiva y la teoría evolutiva del

apego –un enfoque este que refleja la labor realizada durante los últimos 30 años por nuestros compañeros en el Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College–. Hemos integrado las diferentes influencias teóricas y técnicas que nos han determinado a cada uno de nosotros, incluidos los autores neokleinianos (Britton, 2004a, 2004b; Feldman, 2009; Joseph, 1959; Steiner, 2011), que han descrito los enfoques psicoanalíticos para el tratamiento de la patología narcisista y la combinación única de alto funcionamiento y de unos estados mentales primitivos que la caracteriza. También hemos integrado a los teóricos del apego (Ainsworth *et al*., 1978; Bowlby, 1977, 1988; Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Main, 1991), que han identificado las representaciones de apego inseguro y desorganizado que caracterizan a los sujetos con narcisismo patológico; además de a los teóricos que realizan su labor dentro del marco de referencia de la mentalización, que han identificado los déficits relativos a imaginar y comprender los estados intencionales propios y de los demás, y la hipervigilancia epistémica que caracteriza a los pacientes con trastornos de la personalidad (Bateman y Fonagy, 2016; Fonagy *et al*., 2002; Fonagy y Target, 1997; Fonagy y Allison, 2014). Adicionalmente, hemos incluido las contribuciones de la escuela relacional (Aron, 2006; Bass, 2006; Bromberg, 1983; Harris, 2011; Greenberg, 2001), las cuales han enfatizado la cualidad única de cada díada paciente-terapeuta y la naturaleza construida conjuntamente de la transferencia y la contratransferencia. Si bien incorporamos la labor de otras tradiciones teóricas, nuestro enfoque profundiza en la labor realizada por los teóricos norteamericanos de las relaciones objetales, y en particular del coautor de este libro, Otto Kernberg (1975, 1976, 1984, 2007). Este trabajo integra aspectos de la psicología del yo y de la perspectiva freudiana contemporánea basada en la teoría de las pulsiones, con la investigación sobre el apego y la neurobiología, lo que permite ampliar la comprensión de los sistemas motivacionales fundamentales que contribuyen al funcionamiento y al desarrollo de la personalidad. Este libro representa, por tanto, nuestro esfuerzo colectivo por perfeccionar y llevar a la práctica una terapia psicodinámica intensiva aplicada a una población de pacientes con un trastorno complejo que se manifiesta de diferentes formas dispares.

En general, el desarrollo de unas técnicas para el tratamiento de sujetos con patología narcisista no ha discurrido al mismo ritmo que la proliferación de teorías respecto a su etiología, a los factores sociales que podrían estar favoreciendo su desarrollo, a los criterios descriptivos mediante los cuales identificarla, a los déficits sociocognitivos que

la caracterizan, y de las diferentes presentaciones clínicas del trastorno. Lo que es más importante –si bien existe una serie de teorías complejas y fértiles sobre el narcisismo tanto normal como patológico– es que no siempre queda clara la forma en la que dichas teorías se traducen en unas modalidades prácticas de tratamiento. Esperamos que esta guía clínica se utilice para documentar una mayor reflexión e investigación respecto al tratamiento de los pacientes con patología narcisista, distribuidos a lo largo del espectro que abarca desde los meros rasgos narcisistas al TNP plenamente desarrollado.

Capítulo 1. Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia: una introducción

Un paciente narcisista de alto funcionamiento comenzó el tratamiento diciendo: «En mis anteriores cuatro años de terapia no descubrí absolutamente nada acerca de mí mismo que no supiera ya, y me imagino que sucederá lo mismo en este tratamiento… Lo único que quiero es tener a alguien que me coja de la mano mientras decido si debo poner fin a mi relación de pareja». Después de varios años de tratamiento en régimen externo, otro paciente, que anteriormente había manifestado una elevada propensión suicida, dijo: «Estoy mejor, pero no puedo admitirlo, porque el éxito de usted es mi fracaso». Tales declaraciones extraídas de unos tratamientos intensivos y finalmente productivos ponen de relieve los extraordinarios retos clínicos que plantean las personas narcisistas a lo largo del espectro completo de funcionamiento que abarca desde el funcionamiento elevado hasta el funcionamiento más gravemente alterado. Los pacientes narcisistas de alto funcionamiento pueden parecer socialmente agradables y encantadores, además de competentes y exitosos en el terreno de la política, el arte, los negocios u otros ámbitos, pero su fachada prepotente suele enmascarar una vulnerabilidad subyacente a vivenciar estados desreguladores de miedo, rabia y desesperanza frente a las amenazas a su autoestima. Por contraste, los sujetos narcisistas más perturbados pueden parecer a primera vista angustiados, sumisos, tímidos y derrotistas, retrayéndose a menudo tanto de las relaciones íntimas como de los retos laborales con el fin de preservar su sensación frágil, y a menudo encubierta, de ser especiales o únicos. Ya sea que su patología se exprese de forma manifiesta a través de una conducta arrogante, o de forma encubierta a través de unas creencias y fantasías grandiosas que puede

que la persona tenga demasiada vergüenza de exteriorizar, las dificultades del paciente en lo relativo a permitirse desarrollar una dependencia sana y un apego hacia el terapeuta, además de las dificultades en tolerar las interpretaciones que cuestionan las defensas rígidas e invitan a reflexionar sobre la turbulencia y el padecimiento interior, que con frecuencia se mantienen en secreto y fuera de la vista, plantean unas dificultades técnicas significativas (Behary y Davis, 2015; Stone, 1989; Kernberg, 2007, 2018; Clemence, Perry y Plakun, 2009; Diamond, Yeomans y Levy, 2011; Gabbard y Crisp, 2018; Ronningstam, 2018). En terapia, muchos de los sujetos que adolecen de narcisismo patológico se muestran ególatras, arrogantes, prepotentes, explotadores e incomprensivos, desvalorizando implacablemente a los demás, pero ansiando la admiración de las otras personas denigradas, incluido el propio terapeuta. Paradójicamente, existen también otros sujetos que padecen el trastorno y que se muestran humildes, introvertidos y extremadamente vulnerables al rechazo o a las críticas, particularmente del terapeuta, al que tienden a idealizar. Estos perfiles contradictorios pueden poner a prueba las habilidades incluso de los profesionales más experimentados, generando intensas reacciones contratransferenciales tales como sentirse incompetentes, aburridos o denigrados frente a la desvalorización por parte del paciente, o bien, en el otro extremo, sentirse atraídos o incluso cautivados por la experiencia de verse idealizados de una forma tan extrema y tan desconcertante (Betan *et al*., 2005; Gabbard, 2009; Kernberg, 1975, 2007; Kohut, 1971, 1977). De hecho, las presiones contratransferenciales que los sujetos con narcisismo patológico pueden generar en sus terapeutas suelen desembocar en estancamientos, escenificaciones o conductas de *acting-out*, finalizaciones prematuras o precipitadas, o bien en la prolongación interminable de tratamientos que generan una escasa mejoría.

Debido tal vez a los abrumadores retos terapéuticos que plantean estos pacientes, los teóricos de casi todos los enfoques psicodinámicos más importantes han escrito acerca de la naturaleza del narcisismo patológico o del trastorno narcisista de la personalidad (TNP). Dichos enfoques incluyen el enfoque *freudiano clásico y contemporáneo* (Akhtar y Thompson, 1982; Cooper, 1998; Ellman, 2014; Gabbard y Crisp, 2018; Ronningstam, 2000, 2005, 2012, 2016); el enfoque *kleiniano y neokleiniano* (Britton, 1989, 2004a; Feldman, 1997, 2007, 2009; Joseph, 1959, 1989); *la psicología del self* (Kohut, 1971, 1977; Lachmann, 2007; Lichtenberg, 1988); el enfoque *interpersonal* (Fiscalini, 1994); la escuela norteamericana de las *relaciones objetales* (Bach, 1985; Kernberg, 1975, 1984, 2010, 2018) y la *escuela relacional* (Bromberg, 1983; Cooper, 1998;

Mitchell, 1986; Shaw, 2013). Actualmente está aumentando el interés por el problema del narcisismo entre los profesionales *cognitivo-conductuales* (Behary y Davis, 2015; Behary y Dieckmann, 2011; Cukrowicz, Poindexter y Joiner, 2011), además de entre los profesionales clínicos que se desenvuelven en el marco de los tratamientos *basados en el apego* y los tratamientos *basados en la mentalización* (Unruh y Drozek, 2020; Bateman y Fonagy, 2016). Estos enfoques divergentes para explicar el narcisismo y la patología narcisista han suscitado las mayores controversias en la teoría psicodinámica desde Freud hasta el presente. Pero, aunque puedan diferir en los enfoques teóricos y de tratamiento, la mayoría de los profesionales e investigadores clínicos coinciden en que la actual formulación categorial DSM del TNP, que enfatiza las conductas y las actitudes grandiosas manifiestas, no es adecuada para comprender la compleja dinámica que subyace en el amplio espectro de pacientes que adolecen de narcisismo patológico, ni para comprender sus consecuencias, a menudo devastadoras, en el ámbito del trabajo y de las relaciones interpersonales (Paris, 2014; Pincus, Cain y Wright, 2014; Ronningstam, 2009, 2011, 2012, 2014, 2016; Wright, 2016). A pesar de dicho interés, solo un número relativamente bajo de profesionales clínicos se han decidido a traducir sus teorías o sus hallazgos de investigación en unos enfoques sistemáticos y empíricamente informados aplicables a la evaluación y a la psicoterapia, y que aborden las dificultades específicas que plantean los individuos con narcisismo patológico.

En el presente libro ofrecemos una concepción del narcisismo tanto normal como patológico sobre la base de la teoría contemporánea de las relaciones objetales. Comenzamos por una descripción detallada del narcisismo patológico y de su estructura subyacente, brindando ejemplos clínicos, además de hallazgos de investigación procedentes de la cognición social, el apego y la neurobiología en favor de nuestro modelo. Vemos el narcisismo patológico como una modalidad de perturbación personal que puede estar presente en individuos distribuidos a lo largo de un espectro de funcionamiento, desde el umbral del narcisismo neurótico al narcisismo *borderline*, y al narcisismo maligno, que sería la modalidad más grave del trastorno, en el límite de la tratabilidad.

Los conceptos de narcisismo patológico y de TNP se utilizan a menudo de manera intercambiable para referirse a la patología narcisista, y ambos se solapan en cierta medida. El término *narcisismo patológico* alude a una amplia gama de problemas entre los que se incluye el TNP más específico. En lugar de concebir el TNP como un diagnóstico categorial, ofrecemos un modelo dimensional evolutivo de narcisismo patológico

que se da en diferentes niveles de gravedad y que puede abarcar diferentes presentaciones clínicas (Aslinger *et al*., 2018). Este enfoque concuerda con los modelos transdiagnóstico y dimensional de psicopatología (Haslam, Holland y Kuppens, 2012; Sharp y Wall, 2021). Los individuos con narcisismo patológico pueden presentar una variedad de síntomas diferentes y en ocasiones incongruentes, y manifestar una serie de rasgos caracterológicos dispares que van de la grandiosidad a la vulnerabilidad; del autobombo a tratar de pasar desapercibidos; de la dominancia social a la retracción social; del histrionismo o la dramatización al masoquismo o a actuar en contra de los propios intereses, y de la depresividad y el exceso de autocrítica a la insensibilidad, deshonestidad e incluso antisocialidad. Además, el narcisismo patológico engloba a pacientes que funcionan en niveles diferentes de organización de la personalidad (*e. g.,* neurótico, *borderline* y psicótico, como describiremos más abajo). A nuestro juicio, los términos *narcisismo patológico* y *trastorno narcisista de la personalidad* van más allá de los criterios descriptivos limitados del DSM-5, que resaltan las actitudes y las conductas manifiestas asociadas a la grandiosidad (*e. g.,* sentimiento exagerado de prepotencia –la creencia de que se les deben unos privilegios y derechos especiales–, conductas explotadoras, falta de empatía) (American Psychiatric Association, 2013). Estos criterios han posibilitado la realización de evaluaciones estandarizadas con fines de investigación, y algunos de los estudios que aparecen en este libro se basan en grupos de pacientes y no pacientes utilizando los criterios DSM para el diagnóstico de TNP, en tanto que otros se basan en grupos de sujetos que presentan rasgos narcisistas. Nuestra concepción relacional-objetal del narcisismo patológico incluye los criterios descriptivos DSM solo como una de entre las posibles presentaciones de un trastorno que, en realidad, y de hecho, es multifacético o pleomórfico (Gabbard y Crisp, 2018). Lo que tienen en común estos problemas son unas características estructurales esenciales, muy especialmente una estructura en torno a un *self* grandioso patológico: una configuración específica de representaciones internalizadas idealizadas de sí mismo y de los demás (que se describe más abajo), de las cuales los diferentes criterios descriptivos que caracterizan al trastorno no son más que las manifestaciones superficiales.

El objeto principal de este libro consiste en mostrar la forma en que el modelo de las relaciones objetales, que propone la existencia de determinadas características esenciales que serían propias del trastorno, se ha traducido en un enfoque terapéutico aplicable a un amplio espectro de pacientes narcisistas. La creación de enfoques de tratamiento de estas

características es crucial, dado que cada vez se reconoce más que el TNP representa «un problema de salud pública, discapacitante y de primera magnitud, por derecho propio» (Pulay, Goldstein y Grant, 2011, p. 167). Como sucede con todos los trastornos de la personalidad, el TNP aparece asociado a un padecimiento y un deterioro funcional clínicamente significativos en los ámbitos del rendimiento laboral y de las relaciones interpersonales, y, en particular, de las relaciones íntimas o de pareja (Grant *et al*., 2004). Las personas con un TNP abarcan actualmente del 1,3 al 17,0 % de los grupos clínicos (Clarkin *et al*., 2007; Ronningstam, 2009) y del 8,5 al 20,0 % de pacientes que los terapeutas ven en las consultas para pacientes externos (Zimmerman, Rothschild y Chelminski, 2005; Bodlund, Ekselius y Lindström, 1993). La prevalencia del TNP puede ser especialmente elevada en la práctica privada. En diversas encuestas independientes, del 30,0 al 76,0 % de los profesionales clínicos dijeron estar tratando a pacientes narcisistas (Westen y Arkowitz-Westen, 1998; Doidge *et al*., 2002; DiGiuseppe *et al*., 1995).

Los rasgos narcisistas, cuando no el diagnóstico pleno de TNP, parecen ir en aumento entre la población general de no pacientes, particularmente entre los adolescentes y los adultos jóvenes. Según un estudio, el nivel de narcisismo entre los estudiantes universitarios estadounidenses –evaluados siguiendo un procedimiento de autoinforme: el inventario de personalidad narcisista (NPI)– (Raskin y Hall, 1981) ha ido subiendo en escalada desde 1980, mostrando un nivel elevado de singularidad y prepotencia (*i. e.*, de sentirse con derechos y con privilegios especiales) comparable al de las celebridades (Foster, Campbell y Twenge, 2003; Twenge *et al*., 2008b; Twenge, Miller y Campbell, 2014). En un estudio comunitario se halló que los adultos jóvenes en la veintena tenían un porcentaje de TNP tres veces mayor que los mayores de 65 años (Stinson *et al*., 2008). El narcisismo, entendido como un concepto que va más allá de los consultorios profesionales, se ha introducido en nuestro discurso social y político a unos niveles sin precedentes desde finales de los setenta, cuando el teórico social Christopher Lasch (1979) describió por primera vez nuestra sociedad como una «cultura del narcisismo». Investigaciones más recientes realizadas por psicólogos sociales han identificado una «epidemia narcisista» sobre la base de un aumento sistemático de la presencia de rasgos narcisistas entre los estudiantes universitarios a lo largo de las tres últimas décadas. Estos rasgos incluyen la autoestima inflada de forma poco realista, expectativas prepotentes respecto a sus futuras carreras profesionales, consagración al propio desarrollo personal en detrimento de las relaciones con otras personas e indiferencia hacia el

bienestar de los demás (Foster *et al*., 2003; Twenge *et al*., 2008a, 2008b). Psicoanalistas como, por ejemplo, Aaron Stern (1979) han percibido en pacientes adultos jóvenes una intensificación del conflicto entre las oportunidades de fomentar un sentido exagerado de la autopromoción y la autoadulación que ofrece una cultura narcisista, por un lado, y la necesidad de interdependencia y de mutualidad que inevitablemente ponen freno a la búsqueda de gratificación de las necesidades narcisistas, por otro. Estos hallazgos invitan a un mayor diálogo entre los teóricos sociales y los profesionales clínicos en ejercicio.

Las tendencias socioculturales, incluida la cultura del individualismo competitivo, la disgregación de las estructuras familiares extendidas que dejan al individuo desarraigado en ausencia de unas redes parentales profundas y duraderas, y el atractivo que ejercen las redes sociales como vehículo para el autoengrandecimiento y el establecimiento de contactos superficiales y efímeros con los demás pueden fomentar los rasgos narcisistas en la población general. El uso omnipresente de Twitter, mensajes de texto, Instagram, Facebook y *reality shows* televisivos fomenta la autopromoción y el autoengrandecimiento, junto con el acceso instantáneo, aunque distante, a los demás, lo que deriva en unas relaciones superficiales, con frecuencia efímeras y poco profundas. La comunicación cara a cara, que podría alentar unos niveles de intimidad más profundos y duraderos, se ha visto limitada; tanto la identidad como las relaciones interpersonales se construyen y gestionan en el proscenio de los medios sociales de comunicación. Dichas tendencias sociales han sentado las bases de una nueva percepción cultural del *self*, ofreciendo unas oportunidades sin precedentes para el autoengrandecimiento, la promoción de unas autoimágenes infladas, magnificadas o distorsionadas y unos contactos efímeros con los demás, por un lado (Twenge y Campbell, 2009), pero brindando también una multiplicidad de oportunidades de definirse y de expresarse, por otro (Blatt, 1983; Diamond, 2006). Si bien existe claramente un continuo entre los rasgos de personalidad y las modalidades de psicopatología dominantes en un período histórico dado, entre el narcisismo individual y el narcisismo colectivo continúa debatiéndose la relación concreta existente entre el aumento de los rasgos narcisistas en la población general y el desarrollo de un narcisismo patológico clínicamente significativo o TNP, que implica la existencia de una estructura específica de personalidad. De hecho, un estudio reciente ha puesto de manifiesto una disminución de las características de vanidad, prepotencia y liderazgo entre los estudiantes universitarios (Wetzel *et al*., 2017), aunque los porcentajes de patología narcisista parecen ir en

aumento entre los grupos clínicos (ahora del 1,3 al 17,0 % de pacientes externos; Clarkin *et al*., 2007; Zimmermann *et al*., 2005; Ronnigstam, 2018). En razón de ello, se ha vuelto cada vez más importante definir los contornos que conforman la patología narcisista como diagnóstico clínico; identificar sus continuidades y discontinuidades con los rasgos narcisistas encontrados en la población general de no pacientes (Diamond, 2006; Paris, 2014; Perry, 2014; Kealy y Ogrodniczuk, 2014); e idear enfoques clínicos para evaluar y tratar la patología narcisista, que implica una estructuración desadaptativa específica en la personalidad.

NARCISISMO NORMAL (ADAPTATIVO) Y PATOLÓGICO

El narcisismo es un concepto psicológico nuclear y quizás uno de los más omnipresentes y desconcertantes, dado que puede adoptar formas tanto normales como patológicas. Desde una perspectiva psicoanalítica tradicional, el narcisismo implica el investimiento en uno mismo de sentimientos amorosos positivos o libido (Freud, 1914/1953) y de sentimientos hostiles negativos o agresión; en razón de ello, puede oscilar de la asertividad sana a la negación de todo interés propio (Green, 2022). Desde la perspectiva de las relaciones objetales, el narcisismo normal implica no solo el investimiento en la representación de sí mismo, sino en un sí-mismo que contiene representaciones valiosas de otras personas (a las que llamamos *objetos*). En la teoría psicodinámica, el objeto hace referencia a la representación mental interna que incluye a la otra persona real, pero que también está sujeta a modificaciones derivadas de los afectos, impulsos, deseos y fantasías. El narcisismo normal o adaptativo implica una consideración positiva de sí mismo sobre la base de una autovaloración realista. Implica un reconocimiento gratificante de sí mismo establecido y mantenido mediante la internalización de un cúmulo de experiencias de reafirmación con otras personas, lo que promueve una autoestima estable y sólida, independientemente de las vicisitudes de la vida y de las relaciones interpersonales. En el narcisismo adaptativo existe una sensación de dominio y de capacidad de acción, de control y voluntad para materializar las necesidades de autosuperación y de validación procedente de los demás (Pincus y Roche, 2011; Kernberg, 2018; Ronningstam, 2016). El deseo de brillar, de mejorar a través de unos objetivos y aspiraciones realistas, de ser admirado y respetado por los demás, y de estar a la altura de los propios ideales y valores son todos ellos reconocidos universalmente como esfuerzos narcisistas adaptativos

(Kohut, 1977; Kernberg, 1975); pero, desde la perspectiva de las relaciones objetales, el narcisismo adaptativo sano tiene un sentido específico. El narcisismo adaptativo guarda relación con una percepción integrada de sí mismo en donde las representaciones del *self* y del otro están claramente diferenciadas; los afectos positivos y negativos están bien integrados y modulados, y el sí-mismo ideal, que encarna los objetivos y aspiraciones que uno tiene, es proporcional a las capacidades y los talentos reales del sujeto. El narcisismo adaptativo implica, pues, una sensación de continuidad y de integración de los numerosos aspectos de la propia experiencia individual a lo largo del tiempo que sienta las bases para la formación de un sentido coherente y estable de la identidad personal, lo que posibilita a su vez la implicación emocional y el investimiento en unas relaciones profundas con otras personas.

Desde una perspectiva relacional-objetal, tanto la identidad integrada como la capacidad de relación se basan en un mundo interior rico, compuesto de representaciones mentales de relaciones gratificantes con otras personas, que protegen frente a la sensación de vacío, agotamiento y futilidad, y de la lucha implacable por buscar la adulación, que vivencian con frecuencia los sujetos con narcisismo patológico. En resumen, el narcisismo sano es esencial para el funcionamiento adaptativo intrapsíquico e interpersonal. Ello se evidencia en la gratificación y el investimiento en ambiciones y logros realistas; en las relaciones vitales que combinan el impulso a mejorar con el amor hacia otras personas en tanto que individuos únicos y valorados como tales, separados de las propias necesidades; en un sistema integrado de principios morales que engloba los valores individuales y las normas culturalmente sancionadas, al tiempo que preservando una cierta tensión entre los dos ámbitos que permita dejar un espacio libre para el pensamiento y la acción independientes, separados de las normas grupales; y en la dedicación a unos objetivos e ideales que guían los objetivos laborales, creativos e intelectuales. El concepto de narcisismo engloba, por consiguiente, los esfuerzos normales en dirección a la perfección, la excelencia y la plenitud, además de las distorsiones defensivas, patológicas en relación con estos mismos esfuerzos.

El narcisismo patológico, por contraste, implica unas necesidades rígidas y extremas de autorrealización y de validación por parte de los demás, junto con fluctuaciones en la autoestima y desregulación afectiva bajo la forma de arrebatos de ira, retracción emocional o desapego respecto de los demás cuando dichas necesidades no se ven satisfechas. Aunque la mayoría de las personas narcisistas tienen una autoestima frágil debido a la falta de integración de los aspectos positivos/ideali-

zados y negativos/desvalorizados de la propia experiencia individual, la patología narcisista se distribuye a lo largo de diferentes niveles de gravedad. En los niveles superiores están los individuos con un egocentrismo inespecífico en el límite de la neurosis y que mantienen la presentación superficial de un funcionamiento adecuado en el trabajo y en la vida social, al tiempo que son capaces de mantener unas relaciones amorosas estables, pero superficiales. En los niveles más graves están los individuos que muestran deficiencias generalizadas en su capacidad de trabajar o de desempeñar una profesión, y una incapacidad de investir en unas relaciones amorosas más allá de las aventuras sexuales pasajeras. Estos sujetos también muestran una mayor reactividad agresiva frente a las amenazas a su autoestima. Mientras que el narcisismo sano constituye uno de los componentes de una experiencia individual integrada y de un concepto integrado de otras personas significativas, el narcisismo patológico implica el investimiento de un mundo interno que combina unas representaciones de sí mismo y los demás alternativamente muy idealizadas y muy desvalorizadas, donde los aspectos desvalorizados de sí mismo son proyectados constantemente en los demás. En consecuencia, los demás no son percibidos de forma realista como personas polifacéticas y únicas, sino desde la perspectiva de los aspectos proyectados, desvalorizados o idealizados de sí mismo. Dicha vivencia bifurcada de sí mismo y los demás genera fluctuaciones en la identidad y en la regulación afectiva, dado que el sujeto oscila entre una percepción positiva y exaltada de sí mismo como alguien superior y especial, por un lado, y una percepción negativa y desvalorizada de sí mismo como alguien incompetente y carente de valor, por otro. No existen unas representaciones mentales integradas y diferenciadas en las que poder anclar la identidad frente a las inevitables vicisitudes de la vida y de las relaciones humanas. Estas discontinuidades en la percepción de sí mismo y de otras personas significativas derivan en alteraciones en el sentido de la identidad y en la capacidad de mantener las relaciones interpersonales. El narcisismo patológico evoluciona, así pues, a partir de una espiral dinámica compleja de procesos individuales y relacionales –cuyos componentes concretos pueden variar de un individuo a otro, o dentro del mismo individuo a lo largo del tiempo–. Por ejemplo, muchos sujetos con narcisismo patológico tienen una percepción de sí mismos como superiores, y de los demás como desvalorizados, aunque puede que sean absolutamente encantadores y muy hábiles en extraer la admiración y adulación que ansían de otras personas a las que consideran inferiores, o bien pueden idealizar desmesuradamente a otras personas y presentarse ellos mismos como unas personas humildes,

discretas, inseguras, tímidas y serviles. Pero en uno y otro caso queda eliminada la complejidad de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los demás, al tiempo que la capacidad para la autorreflexión y la autoobservación se ve limitada.

Muchos individuos con patología narcisista han organizado su trabajo y su vida personal en torno al objetivo de lograr la admiración y la adulación que ansían, pero con el tiempo tienen dificultades para regular las emociones negativas que se activan cuando son incapaces de obtener de los demás la veneración de la que depende su equilibrio psíquico. Ello puede llevar a un aumento del antagonismo y de las desavenencias con los demás, quienes proceden entonces a retirar su consideración positiva, aumentando con ello el desapego y el aislamiento del sujeto narcisista. En consecuencia, la grandiosidad narcisista es intrínsecamente inestable, inclinada a cambiar en dirección a estados de vulnerabilidad narcisista, lo que deja al individuo en riesgo de verse desbordado por los afectos negativos de rabia, envidia y miedo. En los individuos más perturbados, ello puede venir seguido de un autodesprecio y vergüenza graves, desembocando en el aumento en escalada de acciones destructivas y autodestructivas altamente peligrosas (Ansell *et al*., 2015; Blasco-Fontecilla *et al*., 2009). De hecho, en el caso de los sujetos con patología narcisista, la grandiosidad y la desvalorización despectiva de los demás pueden enmascarar una sensación de «vacío y futilidad» o, en el peor de los casos, «un yo hambriento, encolerizado y vacío, lleno de rabia impotente» (Kernberg, 1975, p. 633).

Los individuos con narcisismo patológico suelen presentarse externamente de formas contradictorias, siendo frecuente que sus notables puntos fuertes (facilidad de palabra, soltura social, seguridad y confianza en sí mismos) oscurezcan un dolor y sufrimiento interno que la persona tiene dificultades para exteriorizar o incluso a veces sentir conscientemente. Los sentimientos subjetivos dolorosos pueden ir de sensaciones episódicas de inutilidad, vacío, soledad e incapacidad, a sensaciones devastadoras de vergüenza, aislamiento, envidia paralizadora y hostilidad incontenible dirigida hacia uno mismo o los demás –aspectos todos ellos de los estados yoicos vulnerables a los que estas personas son propensas, especialmente ante las amenazas a la autoestima, el estatus o el control–. En el extremo más perturbado, cuando el sujeto tiene rasgos antisociales o psicopáticos, los pacientes con patología narcisista también pueden presentar niveles extremos de hostilidad y de actitud vengativa y de revanchismo, como en el caso de los pacientes con el síndrome del narcisismo maligno.

El narcisismo patológico puede, pues, tener diferentes presentaciones más allá de los criterios limitados en los que se centra el DSM-5, y darse a lo largo de diferentes niveles de gravedad dependiendo de la organización de personalidad subyacente. En el nivel menos grave, puede que el narcisismo patológico se evidencie a través de determinados rasgos de personalidad, tales como la grandiosidad, un sentido exagerado de la propia importancia, propensión a la vergüenza, antagonismo, sensación de tener privilegios y derechos especiales (*i. e.*, prepotencia) o actitud explotadora (Miller, Lynam y Campbell, 2016; Miller, Lynam, Hyatt y Campbell, 2017). A este nivel, dichos rasgos pueden ser transitorios y verse activados en determinadas situaciones, contextos sociales o períodos evolutivos a lo largo del ciclo vital, sin implicar necesariamente la cristalización de una estructura de personalidad en torno al *self* patológico característica del TNP. En el extremo más grave del espectro, el narcisismo patológico puede manifestarse como un trastorno permanente de la personalidad en donde los sujetos se caracterizan por la presencia de unos patrones reiterados rígidos, desadaptativos y problemáticos en lo relativo a la percepción de sí mismos y de los demás, derivados de la estructura en torno a un *self* grandioso patológico. En resumen, el narcisismo patológico puede manifestarse de diversas formas, con frecuencia contradictorias, y distribuirse a lo largo de diferentes niveles de gravedad, tanto dentro del mismo individuo en diferentes momentos en el tiempo como entre distintos individuos con diferentes niveles de organización psicológica. Esta complejidad aumenta adicionalmente la dificultad para diagnosticar y tratar a las personas narcisistas.

EL ENFOQUE DE LAS RELACIONES OBJETALES APLICADO AL TRATAMIENTO DEL TNP

Nuestro modelo de tratamiento es la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP), una terapia manualizada, basada en la evidencia y pensada para personas con un trastorno límite de la personalidad (TLP), incluidos muchos sujetos con TNP (Clarkin *et al*., 2007; Doering *et al*., 2010). El modelo dispone de un marco teórico de referencia relacional-objetal integrado, ideado por los miembros del Instituto de Trastornos de la Personalidad (PDI) del Weill Cornell Medical Collegue a partir de su experiencia en el tratamiento de una gama de pacientes con patología narcisista en diferentes niveles de organización de la personalidad, abarcando desde los individuos con un funcionamiento externo elevado a los

más gravemente perturbados. Durante el desarrollo de nuestro enfoque de tratamiento para una variedad de pacientes narcisistas, incluidos los sujetos con TNP, hemos estado trabajando en dos frentes. En primer lugar, a través del debate clínico en profundidad dentro de un grupo de supervisión semanal llevado a cabo durante los últimos 10 años, hicimos el seguimiento de una serie de casos de sujetos con narcisismo patológico que estaban siendo tratados con TFP. Empezamos la supervisión grupal porque nos percatamos de que los pacientes con patología narcisista planteaban unas dificultades excepcionales, incluidos los estancamientos terapéuticos y los tratamientos improductivos prolongados, o bien unas reacciones contratransferenciales complejas e intensas, incluidas las sensaciones de rabia, desesperanza o idealización por parte incluso de los terapeutas más veteranos y experimentados. En segundo lugar, con el fin de averiguar más cosas acerca de estos pacientes, recurrimos a los datos procedentes de nuestros ensayos clínicos aleatorizados, que brindaban la oportunidad de examinar las características y el curso del tratamiento de pacientes con una patología de personalidad narcisista y límite concurrente. La TFP fue concebida originalmente para los pacientes con TLP. Pero nuestra experiencia en la aplicación de la TFP a una variedad de pacientes con patología narcisista, incluidos los sujetos con una patología narcisista y límite concurrente (TNP/TLP) que aparecían en nuestros estudios de investigación, junto con otros hallazgos de investigación que se describen más adelante en este libro, todo ello sugiere que, con la ayuda de algunos ajustes técnicos, la TFP es de utilidad para el tratamiento de sujetos con narcisismo patológico, incluido el TNP específico.

El TNP y el narcisismo patológico en el sentido más amplio del término vienen siendo objeto de una gran atención por parte de los profesionales clínicos y de los investigadores clínicos, pero, con escasas excepciones (Diamond *et al*., 2013; Diamond y Hersh, 2020; Gabbard y Crisp, 2018; Ronningstam, 2020; Kernberg, 1975, 1984, 2018; Kohut, 1971, 1977; Unruh y Drozek, 2020), el desarrollo de enfoques de tratamiento sistemáticos para los pacientes narcisistas a lo largo del espectro de los distintos niveles de organización no ha evolucionado al mismo ritmo. En consecuencia, el profesional en ejercicio puede verse enfrentado a una variedad casi desconcertante de teorías y de investigaciones acerca de todas las facetas de la patología narcisista –de los aspectos neurobiológicos a los etiológicos, y a los rasgos de personalidad–, pero tal vez tenga una idea escasa sobre cómo traducir todos estos elementos en unos enfoques clínicos reales, o respecto de cómo se podrían ajustar dichos enfoques para aplicarlos a la variada sintomatología del espectro

narcisista. Es significativo que la primera descripción de la patología narcisista procediera de las observaciones de los terapeutas respecto de las formas en las que el narcisismo patológico influía en los distintos aspectos del proceso terapéutico y en el resultado de la terapia. Dichas observaciones incluían la dificultad de los pacientes narcisistas para crear una alianza de trabajo o desarrollar un apego hacia el terapeuta, o incluso implicarse de alguna forma en el proceso de tratamiento, su reacción alérgica a las interpretaciones y una configuración transferencial-contratransferencial desadaptativa específica que evolucionaba durante el transcurso del tratamiento (Ellison, Levy, Cain, Ansell y Pincus, 2013; Hilsenroth, Holdwick, Castlebury y Blais, 1998; Stern, 1938; Kernberg, 1975, 1984; Kohut, 1971, 1977; Bach, 1985; Bromberg, 1996; Gabbard, 1989; Ronningstam, 2012, 2018). Más recientemente, ha habido una oleada de interés en diseñar unas psicoterapias dirigidas específicamente al tratamiento del narcisismo patológico y del TNP (Kealy y Ogrodniczuk, 2011, 2014; Ronningstam, 2016, 2018; Drozek y Unruh, 2020; Weinberg y Ronningstam, 2020) sobre la base de los tratamientos para los trastornos de la personalidad con los que el TNP muestra una elevada comorbilidad, tales como el TLP; pero pocos de estos tratamientos novedosos se basan en la evidencia (Paris, 2014) y se describen de manera sistemática bajo la forma de unos manuales de tratamiento (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015). Si bien los hallazgos de investigación sobre la eficacia y la efectividad de la TFP se refieren al TLP exclusivamente, se trata de una terapia diseñada para el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad a lo largo del espectro de gravedad y de distintos diagnósticos, incluidos los sujetos con patología narcisista, aunque estos puedan presentarse de una forma un tanto diferente a la de los pacientes con TLP.

Las personas con TNP han sido diferenciadas de las personas con otros trastornos de personalidad según unos factores específicos, tales como la arrogancia o prepotencia, la grandiosidad, la envidia y la necesidad excesiva de admiración (Sharp *et al*., 2015) –todo lo cual son formas de hacer frente a las amenazas a la autoestima–. Los sujetos con narcisismo patológico pueden manifestar una mayor estabilidad en su sentido de la propia identidad, lo que les puede permitir desarrollar altos niveles de funcionamiento en el trabajo o en el ámbito de la creatividad, pero ello suele estar en flagrante contradicción con su mayor grado de alteración en las relaciones interpersonales y especialmente en las relaciones de pareja. Al igual que los sujetos con TLP, puede que recurran a las defensas disociativas y basadas en la escisión. Pero ello es menos evidente

en las personas narcisistas debido a la tendencia a proyectar en los demás de forma rígida e inalterable aspectos negativos de su propia experiencia individual, y a apropiarse de inmediato de todo lo bueno que puedan tener los demás e incorporarlo dentro de ellos mismos (introyección) para reforzar la autoestima y evitar el cuestionamiento del equilibrio narcisista. Además, los sujetos con narcisismo patológico tienden a negar o subestimar los aspectos de la realidad que no confirmen su autoconcepto con frecuencia exagerado, lo que conduce a los individuos más gravemente perturbados a una prueba de realidad claramente deficiente, en donde sectores enteros de la realidad que no se ajustan a una autoimagen grandiosa son desestimados o incluso negados.

Estas características pueden ser más o menos graves dependiendo del nivel de organización de personalidad y de la presencia de otros rasgos caracterológicos o trastornos de personalidad concurrentes. Quizás el aspecto más central para el modelo de las relaciones objetales en el que se basa la TFP sea el enfatizar que los sujetos con narcisismo patológico pueden abarcar el espectro de organización de la personalidad que va del funcionamiento más elevado al funcionamiento *borderline* de nivel inferior. Esta visión supone contemplar la patología narcisista desde una perspectiva dimensional. Dicho esto, nuestro modelo relacional-objetal de narcisismo patológico se basa en una estructura psicológica específica –el *self* grandioso patológico– que añade también un elemento categorial a nuestro modelo teórico. Nuestra concepción de dicha estructura constituye una herramienta heurística que ayuda a definir una determinada manifestación particular del narcisismo patológico, y a entenderla y abordarla terapéuticamente.

EJEMPLOS DE CASOS

Los siguientes ejemplos de casos ilustran la gama de individuos con narcisismo patológico a lo largo del espectro de funcionamiento encontrados en la práctica clínica. Todos los casos son compuestos ficticios creados para proteger la confidencialidad.

Ejemplo de caso: Mark, trastorno narcisista funcionando en un nivel elevado

Un afamado ingeniero arquitecto de 40 años de edad, Mark, empezó la terapia declarando que no esperaba descubrir nada acerca de sí mismo que no supiera ya, de modo que lo único que quería era que alguien le

cogiera de la mano mientras afrontaba una crisis en su relación de pareja. Mark estaba dividido entre, por un lado, una joven de la que se había enamorado por internet y, por otro, su novia de muchos años con la que volvía y rompía una y otra vez, y que le amenazaba con cortar su relación si él no demostraba tener un compromiso sentimental más duradero y renunciaba a sus aventuras *online*, que recientemente había descubierto. En medio de este dilema, el paciente se sintió gravemente angustiado y buscó un tratamiento más a fondo. Dijo tener una sensación de inutilidad respecto de si alguna vez sería capaz de mantener el interés sexual en una mujer durante un tiempo prolongado, y parecía sentirse impulsado a buscar figuras fantaseadas ideales que encarnasen la sensación de perfección a la que él mismo aspiraba. Mark había sido derivado por su anterior terapeuta cognitivo-conductual, quien tenía la sensación de que el paciente necesitaba una terapia más intensiva para trabajar sus dificultades de personalidad, incluida su persistente ansiedad de ejecución a pesar de su éxito en el trabajo, su incapacidad de comprometerse en una relación duradera de pareja y sus excesos alcohólicos intermitentes. Si bien decía que se encaprichaba transitoriamente de mujeres a las que conocía en sociedad o por internet, el atractivo de estas figuras fantaseadas idealizadas se desvanecía cuando las conocía en persona y ellas empezaban a insistirle en que tuvieran una relación mutua estable.

Cuando empezó su tratamiento, Mark estaba paralizado por un conflicto entre su pareja actual y una mujer a la que había conocido por internet (y a la que describía como un modelo de perfección). Estaba convencido de que el hecho de estar con una mujer semejante lo convertiría en el blanco de todas las envidias, pero tenía miedo de desilusionarse en el caso de que decidiera embarcarse de verdad en una relación real con ella. Aunque sentía una atracción sexual escasa hacia su novia habitual, no podía imaginarse vivir sin ella y sin la sensación de comodidad y de seguridad que su novia le brindaba. Pero se negó a comprometerse a tener hijos con ella por temor a que ello pudiera limitar su desarrollo profesional o cerrarle otras opciones de relación. De forma crónica, desvalorizaba a su novia considerando que no era lo bastante buena, talentosa o atractiva, aunque procedía de una familia adinerada y socialmente prominente que había contribuido a elevar el estatus social del paciente. A pesar de que se sentía crónicamente insatisfecho, era incapaz de decidirse a poner fin a la relación y se sentía desconcertado por el hecho de no poder hacerlo. Mark estaba en lo más alto de su profesión y era socio de su empresa, pero tenía también dificultades en el trabajo derivadas de su persistente y debilitante ansiedad de ejecución, y de sus dudas en

cuanto a sus propias capacidades creativas. Tenía accesos periódicos de depresión y ansiedad cuando sus proyectos –que a veces eran espectaculares, pero irrealizables– eran criticados por sus colaboradores o por sus clientes. Vivía de las rentas de sus logros y premios anteriores, pero durante los últimos tres años había realizado, de hecho, pocos trabajos nuevos. Como consecuencia de ello, su clientela estaba disminuyendo allí donde antes había tenido que decir «no» a muchos, y se mostraba reacio a buscar nuevos clientes cuando la situación económica condujo a su empresa a la necesidad de hacer recortes. Mark era un mentor ferviente y comprometido para con las personas que estaban empezando en la firma, pero les retiraba su apoyo cuando estas mismas personas empezaban a tener éxito en razón de sus propios esfuerzos y cualidades. Por otro lado, era extremadamente generoso con sus pocos amigos íntimos y había financiado una beca de ingeniería en su universidad, pensada para estudiantes de los países asiáticos donde él mismo había trabajado.

El padre de Mark, artista de éxito, era una «figura mítica» de quien el paciente tenía la sensación de que jamás podría estar a la misma altura, y que menospreciaba la arquitectura por considerarla una profesión de segunda fila, al tiempo que, en las ceremonias de entrega de premios, declaraba públicamente estar orgulloso de los éxitos de su hijo. Mark describió a su madre, una marchante de arte con éxito, como una narcisista despampanante que pasaba rozando la superficie de la vida y jamás se atrevía a ir más allá. Calificó el matrimonio de sus padres de unión perfecta, una relación ideal que él jamás podría alcanzar. Los padres habían viajado mucho durante su niñez debido a los compromisos del padre con las charlas de promoción y las giras en torno a las exposiciones artísticas, y a menudo lo dejaban con una niñera o con la abuela, que vivía con ellos.

De hecho, Mark se presentó inicialmente con unos rasgos propios de una personalidad narcisista organizada en un nivel superior. Su exagerada vanidad, necesidad de admiración y prepotencia se combinaban con un sentido razonablemente estable de la propia identidad que le permitía alcanzar logros significativos en el trabajo y mantener unas relaciones duraderas, aunque superficiales e insatisfactorias. Su necesidad de ser especial y de estar siempre en el candelero en el trabajo le hacía vulnerable a las autocríticas y a las críticas de los demás. Su percepción de sí mismo se veía respaldada por sus cualidades y logros reales, pero seguía dependiendo excesivamente de la valoración de los demás para definirse a sí mismo y regular su autoestima. Su capacidad para un investimiento más profundo en una relación íntima era limitada, dado que los demás no eran

percibidos de forma realista como seres autónomos, separados de sus propias necesidades narcisistas. En consecuencia, a Mark le atormentaban los sentimientos de soledad, futilidad y pérdida del sentido de su vida y su trabajo. Su sentido de los valores morales estaba relativamente intacto, pero era un tanto incongruente. Por un lado, era altruista y financió una escuela de arte en un país asiático en el que había trabajado, pero había algunos deslices éticos en relación con ciertas áreas de funcionamiento escindidas, tales como, por ejemplo, utilizar el ordenador de la oficina para sus aventuras por internet, lo que iba en contra de las normas de la empresa. En resumen, Mark presentaba muchas de las contradicciones que se observan en los individuos con narcisismo patológico y un nivel elevado de funcionamiento. Su aparente competencia y facilidad para las relaciones sociales contrastaba con la repentina retracción en dirección a estados de dudas dolorosas y paralizantes acerca de sí mismo, o con una actitud insensible hacia los demás cuando se sentía criticado y sus expectativas de recibir admiración y aprobación no se veían satisfechas. Carecía de empatía y de verdadera dedicación e interés hacia las personas con las que tenía más cercanía, pero la satisfacción que extraía de sus actividades filantrópicas le hacía sentirse influyente y valioso. Su fachada de invencibilidad y dominancia social se combinaba con derrumbes episódicos en estados de inutilidad y autodesprecio cuando su prestigio o competencia en el trabajo se veían cuestionados. Y su sentimiento de supremacía y de autosuficiencia enmascaraba unas inseguridades subyacentes respecto de su capacidad de amar y ser amado.

Ejemplo de caso: Rebecca, trastorno narcisista funcionando en un nivel *borderline*

Rebecca, una mujer asiática soltera en la mitad de su veintena, se presentó a terapia en medio de un empeoramiento progresivo provocado por lo que parecía ser un episodio depresivo mayor. Procedente de una familia prominente con un padre que era socio de una prestigiosa firma de abogados, la paciente había sido designada como la hija perfecta que cumpliría con la tradición familiar estudiando derecho y entrando a formar parte de la firma. Su madre estuvo deprimida durante toda la niñez de Rebecca, siendo a veces incapaz de levantarse de la cama para cuidar de ella misma y de la familia. Aunque la paciente se había desempeñado adecuadamente en un prestigioso instituto superior, de hecho era bastante inhibida social y sexualmente, teniendo a veces la impresión de que ninguno de los hombres que conocía era lo bastante bueno para ella,

en tanto que otras veces se sentía absolutamente incompetente y falta de atractivo. Se describía a sí misma como «la bonita», que había sido envidiada por su madre y sus hermanas, aunque también manifestaba tener sentimientos de autodesprecio. Su identidad y su concepto de sí misma estaban vinculados a las expectativas de sus padres. Cuando la paciente no logró alcanzar la nota necesaria en la prueba de admisión para los estudios de derecho (Law School Admission Test, LSAT) que le permitiría ir a una facultad de derecho de las más prestigiosas, se buscó un trabajo como asistente jurídico, pero empezó a mostrar síntomas de depresión y ansiedad, y su rendimiento laboral era deficiente. Cuando su mejor amiga fue admitida en la facultad de derecho, Rebecca cortó todo contacto con los demás, dejó de ir al trabajo y se encerró en su apartamento, dándose atracones de comida y aseándose rara vez. Se negaba a contestar a las llamadas de teléfono, *e-mails* o mensajes de texto de su familia, sus amigos y su psiquiatra. Cuando su familia se preocupó hasta tal punto que llamaron al teléfono de emergencias para asegurarse de que su hija estaba bien, ella lo vivió como una reacción exagerada y una intromisión. Mostraba escasa consideración por el efecto que su retracción pudiera tener sobre su familia. Ante el deterioro de su funcionamiento y la intensificación de su propensión suicida, un psiquiatra, a quien había ido a ver de manera intermitente, le había recetado varias series de distintos fármacos, ninguno de las cuales había resultado ser particularmente efectivo. Cuando fue derivada a TFP, estaba tomando un cóctel complejo de medicamentos que la hacían sentirse «como una zombi» y vivía aislada en su apartamento. Se pasaba los días viendo reposiciones televisivas de series de abogados y fantaseando con ser una abogada consumada, intentando estudiar esporádicamente para preparar la prueba de admisión con objeto de mejorar su nota, pero haciendo muy pocos progresos. Aunque se sentía controlada cuando las personas importantes en su vida insistían en contactar con ella, Rebecca esperaba que tanto sus padres como su novio estuvieran inmediatamente a su disposición cuando a ella le apeteciera ponerse en contacto con ellos, pero los mantenía a raya durante largos períodos de tiempo.

Rebecca ejemplifica a la persona con narcisismo patológico dentro del contexto de una *organización borderline de personalidad* (OBP) de nivel intermedio. La OBP es un concepto derivado del sistema «estructural» de clasificación de los trastornos de la personalidad propuesto por Kernberg (1984). Dicho sistema diagnóstico enfatiza distintas dimensiones (*e. g.,* identidad, defensas, funcionamiento moral, prueba de realidad, relaciones objetales), por contraste con el sistema DSM más categorial

(DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), focalizando la atención tanto en los componentes estructurales psicológicos subyacentes a los trastornos de la personalidad como también en los niveles de gravedad de dichos trastornos (Caligor, Kernberg, Clarkin y Yeomans, 2018). Si bien pueden mostrar o no signos y síntomas de un TLP comórbido –incluidas las conductas autodestructivas, temores crónicos manifiestos al abandono, inestabilidad afectiva extrema, impulsividad conductual y relaciones interpersonales caóticas–, estos pacientes están organizados en un nivel *borderline* más amplio en relación con la estructura psicológica subyacente, que describimos con más detalle en el capítulo 2.

Ejemplo de caso: Michael, narcisismo maligno con una organización *borderline* de la personalidad

Michael, aspirante a artista en la mitad de su veintena, tenía una larga historia de autolesiones, numerosas relaciones sentimentales basadas en la explotación y abuso de sustancias, además de accesos de depresión y ansiedad. Antes de ser derivado a TFP, había sido hospitalizado varias veces por intento de suicidio y había pasado por una serie de tratamientos como paciente externo que no lograron estabilizar sus síntomas. Durante su tratamiento, le dijo a su terapeuta: «He estado mirando en internet y no me parece que esté usted hablando lo bastante de mi narcisismo... También averigüé dónde vive usted y podría dejarme caer por allí». Cuando tenía 5 años, su madre se quedó incapacitada como consecuencia de un accidente de coche en el que también falleció su hermano pequeño. Su madre tuvo una depresión mayor y fue incapaz de cuidar de Michael y, en lugar de ello, recurría a él en busca de apoyo y de cuidados. Su madre también se mostraba inapropiadamente seductora y a veces se exhibía desnuda ante su hijo y le exigía que la llevara a la cama. El padre de Michael, que era un ejecutivo de éxito en la industria del espectáculo, viajaba con frecuencia por motivos laborales, dejando a su hijo en la casa para que cuidara de su madre. Este padre alentó los talentos notables de Michael como artista, intérprete y atleta, y le inculcó la sensación de ser excepcionalmente atractivo, superdotado y estar destinado a tener un éxito sin precedentes. Pero su padre bebía en exceso y tenía ataques de ira en los que a veces maltrataba físicamente a su hijo.

Michael fue a un instituto muy competitivo para estudiantes talentosos y había expuesto sus pinturas en varias galerías en eventos para mostrar los trabajos de los estudiantes, pero su autodestructividad intermitente, su inestabilidad afectiva y su conducta antisocial (incluido faltar

a las clases, fingir estar enfermo y mentirle a sus tutores) contribuyeron a que le fuera difícil desarrollar sus aptitudes de ninguna forma estable. Asistió a una escuela de arte y diseño muy prominente, pero finalmente lo dejó y fue ingresado en el hospital por autolesiones (se había hecho cortes en los brazos y las piernas) y abuso de sustancias, después de lo cual tomó clases de arte sin llegar a acceder a una titulación oficial. A los 23 años se enamoró y se casó con una mujer que procedía de una familia acaudalada y socialmente notoria, que se sintió cautivada por el encanto del joven, al tiempo que le ayudaba económicamente y justificaba sus conductas impredecibles explicándolas como el resultado del «temperamento artístico» del joven. Michael era crónicamente infiel a su mujer, y rechazó el deseo de ella de tener hijos porque pensaba que estaba «demasiado enfermo» como para ser padre.

En el primer mes de tratamiento, Michael inició una aventura con una mujer a la que conoció en Alcohólicos Anónimos (AA). Los dos idearon un pacto de asesinato-suicidio que llevarían a cabo en la consulta de terapia, incluyendo un plan que potencialmente podría poner también en peligro al terapeuta. El paciente habló de este plan durante una sesión, con un entusiasmo rayano en el regocijo, especialmente a propósito de su habilidad para engañar al terapeuta y «salirse con la suya», si así lo quería, incluso después de haberle explicado el plan. Se imaginaba que lo iba a dejar dolido, desconcertado y derrotado. El terapeuta señaló que el joven parecía disfrutar de la idea de que su charla sobre el plan estaba pensada para hacer que el terapeuta se sintiera temeroso y humillado. En el caso de Michael, pues, la sensación de grandiosidad estaba imbuida de agresión egosintónica avivada por sus temores paranoides de que el terapeuta pudiera hacerle daño o lesionarle –creencias que él utilizaba para justificar su manipulación despiadada del terapeuta y de otras personas, y sus acciones potencialmente dañinas–; todo lo cual caracteriza al llamado «síndrome del narcisismo maligno».

En ulteriores capítulos volveremos a estos y a otros casos de sujetos tratados provechosamente con TFP. Los presentamos aquí para poner de relieve las complejidades asociadas al diagnóstico y al tratamiento de sujetos con narcisismo patológico y la infinidad de formas que puede adoptar, además de la variedad de niveles de deterioro que puede implicar. Algunas de las dificultades diagnósticas y terapéuticas se derivan del hecho de que el narcisismo patológico se puede manifestar de formas opuestas (*e. g.,* grandioso o vulnerable) que a su vez se pueden expresar de forma manifiesta a través de las conductas y actitudes, o bien de forma encubierta a través de los sentimientos, creencias, cogniciones y

fantasías (Pincus y Lukowitsky, 2010), dentro del mismo sujeto a lo largo del tiempo. Además, las dos caras de la grandiosidad y la vulnerabilidad se pueden expresar en distintas combinaciones en sujetos con diferentes niveles de gravedad, como indican los ejemplos de casos presentados. Aunque en la presentación inicial predominan los rasgos grandiosos o vulnerables, en los sujetos con narcisismo patológico *la grandiosidad y la vulnerabilidad casi siempre coexisten en una relación dinámica entre sí*. En los sujetos con una presentación grandiosa, la actitud de superioridad y la aparente invencibilidad son una defensa frente a estados internos subjetivos de vulnerabilidad, vergüenza, falta de confianza en sí mismos, aflicción y dependencia emocional. Por contraste, la presentación vulnerable de humildad, inseguridad, propensión a la vergüenza e inferioridad pueden camuflar unas creencias grandiosas encubiertas respecto de sí mismos como personas superiores y especiales, ya sea porque se sientan destinados a una grandeza excepcional, o porque se distingan por su sufrimiento único.

EL TNP Y LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Los teóricos contemporáneos de las relaciones objetales (Kernberg, 1984, 2007) llevan largo tiempo insistiendo en que los trastornos de la personalidad están asociados a la existencia de alteraciones fundamentales en el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal que varían en gravedad dentro de cada trastorno y de unos trastornos a otros. A este respecto, el enfoque relacional-objetal en el que se basa nuestro modelo teórico y de tratamiento concuerda con la visión híbrida categorial/dimensional de los trastornos de la personalidad que aparece en el «Modelo alternativo para los trastornos de la personalidad» (MATP), Sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). El MATP estipula que los trastornos de la personalidad, incluido el TNP, se caracterizan por deterioros de gravedad leve a moderada en las dimensiones relativas al funcionamiento intrapsíquico (identidad, autodirección) e interpersonal (intimidad y empatía), a los que se denomina criterio A. En el caso de los sujetos con un TNP, las alteraciones en el sentido de la propia identidad incluyen una dependencia excesiva de las opiniones de los demás para definir el autoconcepto y fluctuaciones en la regulación de la autoestima, la cual se puede inflar o desinflar dependiendo de la valoración de los demás. Las dificultades de autodirección como consecuencia de una dependencia extrema de la aprobación de los demás, junto con unos

listones o demasiado altos, debido a la visión poco realista de sí mismo como alguien excepcional, o demasiado bajos, sobre la base de unas expectativas prepotentes, también pueden perturbar el sentido de la propia identidad. El deterioro en el funcionamiento interpersonal se caracteriza por el déficit en la capacidad para la intimidad, que se evidencia en la tendencia a establecer relaciones poco profundas y superficiales con los demás y en el desinterés por las personas que no brindan admiración. También es evidente la capacidad limitada para la empatía o la capacidad de sentir e identificarse con los sentimientos de los demás, aunque puede que tengan un mayor conocimiento intelectual de lo que sienten las otras personas, lo que utilizan con frecuencia en beneficio de sus propios intereses (American Psychiatric Association, 2013). Adicionalmente, para el diagnóstico de TNP se requieren las características de grandiosidad, o los sentimientos de superioridad, prepotencia y egocentrismo; y de búsqueda de atención, o los intentos de ganarse la admiración de los demás. Otros rasgos, como el antagonismo (hostilidad, animadversión) y la afectividad negativa (depresión, ansiedad), también pueden añadirse como especificadores para identificar las presentaciones vulnerables del narcisismo patológico.

El modelo relacional-objetal en el que se basa la TFP también considera los deterioros en el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal como dimensiones esenciales del narcisismo patológico y el TNP, que varían en el nivel de gravedad dependiendo del nivel de organización de personalidad del individuo. Pero va más allá del modelo MATP para incluir una serie de rasgos dinámicos, tales como el funcionamiento defensivo y los valores morales (Clarkin, Caligor y Sowislow, 2019). De la máxima importancia es el nivel de integración y la calidad evolutiva de las representaciones mentales de sí mismo y de otras personas significativas, como dimensiones esenciales para la comprensión de las características estructurales intrapsíquicas de los individuos con narcisismo patológico y TNP. Desde la perspectiva relacional-objetal, las disfunciones en todas estas dimensiones estarían vinculadas a una determinada constelación estructural subyacente de representaciones mentales ideales y desvalorizadas de sí mismo y del otro que caracterizan al *self* grandioso patológico. Los criterios descriptivos que figuran en la categoría TNP del DSM-5, las características contradictorias de grandiosidad y vulnerabilidad que aparecen subrayadas en el sistema diagnóstico de la segunda edición del *Manual diagnóstico psicodinámico* (PDM-2; Lingiardi y McWilliams, 2015) y el MATP híbrido categorial/dimensional que enfatiza los deterioros en el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal –todo

ello se puede ver como manifestaciones de la focalización en diferentes facetas de la estructura subyacente en torno al *self* grandioso, que es paradigmática del narcisismo patológico–. En consonancia con todo ello, cuando en este libro utilizamos los términos de *narcisismo patológico*, *patología narcisista* o *trastorno narcisista de la personalidad*, nos estamos refiriendo a una concepción estructural del trastorno que combina las características tanto categoriales como dimensionales. Analizamos estas cuestiones con más detalle en capítulos ulteriores.

NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Desde una perspectiva relacional-objetal, el nivel de organización de personalidad (*i. e.*, funcionamiento elevado [neurótico], *borderline* o psicótico) viene determinado ya no solo por el nivel de desenvolvimiento en las dimensiones relativas a las áreas de funcionamiento intrapsíquico e interpersonal, sino también por la medida en la que las representaciones mentales de sí mismo y del otro están integradas (*e. g.,* cuán adecuadamente están equilibrados y modulados los aspectos positivos y negativos) y diferenciadas (*e. g.,* la medida en la que los conceptos de sí mismo y del otro están separados y se distinguen claramente). En el nivel más elevado están los individuos con conflictos en torno al narcisismo, pero dentro del contexto de una identidad razonablemente consolidada, basada en unas representaciones mentales realistas, integradas y diferenciadas que posibilitan la capacidad de investir y de disfrutar de unas relaciones duraderas, adherirse a un sistema sólido de valores morales y mantener intacta y estable la prueba de realidad –características todas ellas de los sujetos organizados en el ámbito *normal o neurótico*–. En estas personas no vemos el empobrecimiento de las relaciones objetales que caracteriza a los sujetos que adolecen de una patología narcisista más grave –antes bien, encontramos en su mundo objetal interno un nivel claro de mutualidad, calidez, flexibilidad, consistencia y complejidad–. En lugar de dicho empobrecimiento, sí podemos ver unas exageraciones transitorias de los esfuerzos narcisistas normales por recibir reconocimiento, respeto y aprecio en relación con los propios logros y cualidades.

Por ejemplo, una mujer, profesional de alto funcionamiento, socia de un importante despacho de abogados, con una carrera laboral exitosa y unas amistades profundas y duraderas, a veces hace una regresión adoptando una actitud exigente infantil cuando no se siente respetada o atendida por su pareja, con quien comparte una relación emocional y

sexual gratificante. Pero esto es consecuencia no tanto de unas representaciones distorsionadas y polarizadas de los demás, o de una percepción exagerada e inflada de sí misma, sino de la presencia de conflictos no resueltos en torno a la identificación con una figura materna accesible de manera irregular, pero amorosa, que pudieron ser abordados y elaborados en el tratamiento. De forma similar, un paciente varón, escritor que había estado bregando durante décadas para escribir una biografía definitiva, era apoyado por una esposa a la que amaba profundamente y con la que compartía muchos intereses intelectuales. Cuando su libro subió a los primeros puestos de la lista de los más vendidos, el paciente se volvió egocéntrico y vanidoso, disfrutando del respeto y de la adulación que recibía en las giras de presentación del libro, desatendiendo las necesidades emocionales de su mujer y sus amigos íntimos con los que anteriormente se había mostrado receptivo e interesado. Cuando su mujer le manifestó su infelicidad e insatisfacción y le pidió que hicieran terapia de pareja, el paciente fue capaz de reconocer que su reciente fama había eclipsado otros aspectos de su vida y pudo utilizar productivamente la terapia para trabajar con el objetivo de restablecer la cercanía con su mujer. La terapia de pareja le llevó a explorar algunas cuestiones no resueltas respecto de la forma en la que su desatención de su familia se derivaba de una identificación inconsciente con su padre, que era un escritor de talento, pero frustrado, cuya propia carrera se había visto encallada cuando aceptó un trabajo como ejecutivo de una empresa editorial para mantener a su familia, proyectando en lo sucesivo sus aspiraciones en su hijo, al tiempo que desvalorizando su matrimonio fallido. En resumen, en algunas situaciones (aumento vertiginoso del protagonismo público, del nivel de riqueza, etc.) los sujetos con un nivel superior de organización pueden manifestar rasgos narcisistas, tales como un sentido exagerado de la propia importancia personal, expectativas de recibir un trato especial, deseo de admiración o animadversión. Pero estos rasgos suelen ser transitorios y aparecer dentro del contexto de una adaptación general relativamente buena, y de un sentido de la propia identidad razonablemente estable, complejo y multifacético, que no está distorsionado por un *self* grandioso rígido e ilusorio, y que posibilita unas relaciones duraderas –aunque a veces conflictivas– y profundas.

Los sujetos de funcionamiento elevado con narcisismo patológico y TNP, por contraste con los individuos (neuróticos) que solo tienen rasgos narcisistas, pueden presentarse de forma similar a las personas descritas más arriba. Suelen ser sumamente encantadores, talentosos, versados en las relaciones sociales y muy buenos en ganarse la aprobación, la admi-

ración y la veneración de los demás. Pero reaccionan a las críticas o a las amenazas a la autoestima no con una actitud de reflexión y de diálogo, sino con hostilidad, retraimiento y rechazo hacia las personas que los cuestionan, y cuando se ven enfrentados a unos cuestionamientos más serios (*e. g.,* la pérdida de un trabajo, la finalización de una relación, reveses económicos) pueden negar o rechazar aspectos de la realidad que no les brindan la confirmación de sus ilusiones irreales respecto a ellos mismos. Además, las personalidades narcisistas de funcionamiento superior suelen tener unas relaciones aparentemente gratificantes, pero a menudo estas son superficiales y carecen de mutualidad y de profundidad, y están pensadas y organizadas para satisfacer unas necesidades desmesuradas de admiración. Vivencian alteraciones en el sentido de la propia identidad que van de sensaciones vagas de futilidad y vacío a unos estados más profundos de desesperación y, debido a ello, no tienen la identidad cohesionada e integrada que caracteriza a los sujetos con una organización de personalidad de nivel superior (neurótico), aunque a veces puedan presentarse como tales y, por tanto, puedan parecer que están *en el umbral de la organización neurótica*. Pero ante las amenazas al equilibrio narcisista, tales como las pérdidas inevitables, las transiciones evolutivas y las decepciones de la vida, dichos sujetos pueden volverse notablemente sintomáticos y sentir ansiedad, depresión o síntomas somáticos que no responden a los tratamientos focales breves. En tales situaciones, sale a la luz la dependencia excesiva de la admiración de los demás para regular la autoestima, las fluctuaciones en la autoestima y la inestabilidad afectiva, la capacidad limitada de reconocer o hablar de su propio dolor interno, el fallo en reconocer o empatizar con el dolor que generan en los demás, la necesidad de verse a sí mismos como unas personas excepcionales, al margen de la percepción que de ellos tengan los demás –evidencia todo ello de la presencia de *una estructura narcisista subyacente*–. Así pues, la posibilidad de desarrollar una patología narcisista puede no ser manifiesta en tales sujetos que funcionan en un nivel elevado hasta que no aparece una crisis vital que precipita el inicio agudo de una sintomatología y una patología de personalidad más graves (Ronningstam, 2011; Ronningstam, Gunderson y Lyons, 1995; Simon, 2002). Llegados a ese punto, los individuos con un funcionamiento elevado (en el límite con la organización neurótica de personalidad) pueden manifestar características propias de la organización *borderline* de personalidad (*e. g.,* alteraciones en la identidad, inestabilidad afectiva, impulsividad).

La investigación clínica ha identificado la mitad de la vida como un período crítico para el desarrollo de una patología narcisista de la personalidad en sujetos que funcionan en un nivel más elevado (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2010). Tales sujetos pueden permanecer asintomáticos en la primera mitad del ciclo vital (adultez joven), cuando su narcisismo está debidamente regulado por la admiración que generan sus considerables talentos y logros, pero la patología narcisista puede manifestarse o empeorar en la mitad de la vida, que conlleva inevitablemente confrontación con la experiencia de las limitaciones, las pérdidas y la mortalidad. Es hacia la mitad de la vida cuando las actitudes características de explotación, prepotencia, falta de empatía y utilización implacable de los demás para regular las propias necesidades narcisistas de autopromoción conducen a la erosión de las relaciones amorosas y a desilusiones o conflictos en relación con el trabajo (Ronningstam y Maltsberger, 1998; Kernberg, 1975, 2007, 2018). En tales situaciones, la incapacidad de acceder a un mundo interno de representaciones mentales enriquecedor y sostenedor deja a estas personas con una sensación de vacío o de futilidad, conforme se ven enfrentados a la brecha existente entre sus éxitos externos y el empobrecimiento de su vida relacional, aunque no exista una discrepancia importante entre las ambiciones y los logros. Este era el caso de Mark descrito más arriba, que se presentó a tratamiento a los 40 años de edad en medio de una crisis desencadenada por su conflicto entre una relación *online* fantaseada con una mujer idealizada inalcanzable, por un lado, y una pareja de larga duración, por la que sentía apego, pero a la que desvalorizaba, por otro. Merece la pena señalar que, en las personas con un funcionamiento *externo* elevado como el caso de Mark, la grandiosidad, que probablemente fuera más dominante en la primera mitad del ciclo vital, puede ser relativamente adaptativa en el sentido de mover a la persona a realizar sus objetivos y aspiraciones, y de darle la confianza necesaria para hacerlo.

En los sujetos con un trastorno narcisista y una organización *borderline* de nivel más bajo (*intermedio*) se dan los rasgos narcisistas esenciales de grandiosidad, rabia prepotente y actitud explotadora, pero adicionalmente aparece también una vulnerabilidad más extrema que sería característica de la patología de personalidad no especificada (Wright y Edershile, 2018). Aparecen unas fluctuaciones más extremas entre los estados yoicos grandioso y vulnerable, lo que conduce a tener un sentido más fragmentado de la propia identidad (Di Pierro, Di Sarno, Preti, Di Mattei y Madeddu, 2017), junto con una menor integración de los aspectos de sí mismo a los que el sujeto aspira, por un lado, y los aspectos

que no son reconocidos o que son negados, por otro. Ello hace difícil identificar unos objetivos coherentes y limita la capacidad de dedicar tiempo y esfuerzo a las relaciones íntimas con otras personas, o de mantenerlas. Estos déficits en el funcionamiento interpersonal pueden ser la *manifestación externa* de un deterioro o distorsión en el mundo de relaciones objetales internas, lo que deriva en una sensación crónica de vacío y aburrimiento que solo pueden superar mediante la búsqueda constante de emociones externas con una variedad siempre cambiante de personas y experiencias. Los sentimientos negativos, tales como la envidia, el miedo y la rabia, no están bien integrados ni son bien tolerados, sino que, antes bien, se les hace frente mediante la desvalorización sistemática de los demás, especialmente si las otras personas tienen unas capacidades o unos logros que el individuo desea poseer para sí. Además, las personas con patología narcisista y una OBP (*intermedia*) manifiestan tener una percepción grandiosa de ellos mismos que contrasta de manera flagrante con sus cualidades y logros reales, junto con la presencia de impulsividad, baja tolerancia a la ansiedad y unas relaciones objetales escindidas y polarizadas. Ello conduce a *disfunciones crónicas*, en lugar de episódicas, en el ámbito del trabajo y de las relaciones de pareja. Estos sujetos tienen más probabilidades de reaccionar con rabia, retracción extrema o derrumbe emocional cuando se sienten amenazados, pese a las ciertas funciones defensivas brindadas por el *self* grandioso patológico (Kernberg, 2007). Rebecca, que se vino abajo cuando no logró estar a la altura de sus expectativas poco realistas respecto de sí misma, representa al individuo narcisista vulnerable con una organización *borderline* de nivel bajo. El estrés sintomático puede aparecer en la adolescencia tardía y en la adultez joven, que pone a prueba a la persona más allá de los estudios y de la familia. Suele hacerse evidente en el llamado «síndrome del fracaso en independizarse».

En el extremo más perturbado del espectro de narcisismo patológico (nivel *inferior* de organización *borderline*), la incapacidad de tolerar o de manejar los afectos agresivos y negativos, tales como la rabia o la envidia, es lo que puede conducir al deseo ya no solo de desvalorizar a los demás, sino de destruir las cosas buenas que estos poseen, lo que a menudo suele conducir al deterioro de las relaciones tanto internas como externas con otras personas significativas. Además, en los sujetos con una patología narcisista más grave encontramos un mayor deterioro de las relaciones objetales y del funcionamiento superyoico, que se evidencia en la ausencia de un sistema coherente de valores morales, con una observancia de las reglas y las normas debido principalmente al temor a que los cojan o

los saquen a la luz pública, junto con unos rasgos antisociales marcados, paranoidismo y agresión egosintónica característicos del narcisismo maligno. Michael, el tercer caso presentado más arriba, tenía un historial de actitudes y conductas psicopáticas (mentiras crónicas), destructividad dirigida hacia sí mismo o los demás que se derivaba de la identificación con una figura paterna corrupta que lo maltrataba, pero que también lo consideraba como alguien especial. Michael mostraba muchos de los aspectos del narcisismo maligno, incluida la destructividad vengativa hacia los demás, que se evidencia en el pacto de asesinato-suicidio que hizo junto con otra paciente.

En resumen, el enfoque relacional-objetal propone la existencia de unas distorsiones específicas en las dimensiones relativas a la identidad, las defensas, la prueba de realidad, el funcionamiento superyoico (valores morales) y las relaciones objetales, o en el nivel de integración y calidad evolutiva de las representaciones mentales de sí mismo y de otras personas significativas, y que se distribuyen a lo largo de diferentes niveles de gravedad. Pero, a nuestro juicio, lo que diferencia a los sujetos con narcisismo patológico en todos los niveles de funcionamiento, por un lado, de los sujetos que adolecen de trastornos de la personalidad en general, por otro, es la constelación específica de representaciones ideales de sí mismo y objetales: el *self* grandioso patológico.

EL *SELF* GRANDIOSO PATOLÓGICO

El *self* grandioso patológico es una estructura compensatoria en donde las representaciones ideales de sí mismo y los demás (*i. e.*, lo que uno aspira a ser mediante la identificación con otras personas admiradas) oscurecen el *self* real (*i. e.*, la percepción realista de las habilidades y el potencial reales). Es característico del espectro completo de patología narcisista la *ausencia* de una disponibilidad y accesibilidad estables por parte de una figura parental amorosa que proveyera de un período significativo de dependencia segura y fomentara la elaboración, diferenciación y maduración de las capacidades y las cualidades reales del niño. También bastante común a lo largo del espectro es la presencia de alguna *fuente de admiración* que el paciente obtuvo de otras personas significativas, ya fuera por su apariencia física, su talento, o su papel en la familia, que sirvió como experiencia compensatoria en virtud de la cual la seguridad derivada de ser admirado habría sustituido a la seguridad derivada de

ser querido. Estos desarrollos constituyen el núcleo de lo que cristalizará bajo la forma del *self* grandioso patológico.

En tales circunstancias, no logra desarrollarse una percepción interna positiva de un sí-mismo auténtico y vital, separado de las imágenes idealizadas de sí mismo basadas en la aprobación de los demás. Por contraste con los sujetos con un TLP, donde la escisión entre un concepto idealizado y desvalorizado de sí mismo y los demás conduce a una falta de integración del *self*, el *self* grandioso de los sujetos con un trastorno narcisista ofrece una *apariencia de integración*. En el *self* grandioso patológico se produce una condensación de aspectos reales e ideales de sí mismo, junto con la proyección sistemática en los demás de los propios aspectos negativos. A menudo, algún aspecto especial de sí mismo, que hace que el sujeto sea admirable para los padres o para otras personas, conforma la base para el desarrollo de una percepción idealizada de sí mismo que se funde con las imágenes ideales de otras personas, eclipsando a las imágenes realistas de sí mismo y los demás. Dado que el *self* ideal, el otro ideal y el *self* real son una sola y misma cosa, el individuo no siente la necesidad de estar a la altura de los valores morales o los listones de otras personas ideales. También, los aspectos negativos o desvalorizados de uno mismo se condensan con los de otras personas y son proyectados sistemáticamente sobre ellos con el fin de preservar la vivencia de ser especial, único, y la sensación de supremacía e infalibilidad que caracterizan al *self* grandioso (Kernberg, 1975, 2007, 2018). Pero la desvalorización sistemática de los demás trunca el proceso de internalización de estos objetos, debido a su cualidad desvalorizada. En consecuencia, el sujeto no puede recibir ni valorar los cuidados y la atención amorosa de esos otros desvalorizados. Una estructura tal en torno a un *self* grandioso se traduce en la presencia de dificultades en: (1) la identidad, en el sentido de que el sujeto está convencido de que compendia todo lo deseable y se retrae en un mundo ilusorio para preservar dicha visión inflada de sí mismo; (2) la autodirección, en el sentido de que el sujeto depende de la admiración y de la adulación de los demás para dar forma a sus aspiraciones y alimentar sus objetivos; (3) el funcionamiento interpersonal, en el sentido de que los demás desempeñan funciones autorreguladoras y son percibidos como extensiones de las propias necesidades del individuo, en lugar de ser valorados como personas separadas y únicas por derecho propio (Kernberg, 1975, 1984, 2007, 2015; Morf y Rhodewalt, 2001; Morf, Torchetti y Schürch, 2011); y (4) distorsiones de los valores morales y la prueba de realidad, en el sentido de que los aspectos de la realidad que no encajan con las ilusiones irreales

del *self* grandioso son distorsionados o rechazados, lo que conduce a veces a desestimar las reglas y las normas sociales, así como las consecuencias de obrar de tal modo.

En las personas narcisistas con un *funcionamiento más elevado*, los aspectos ideales del sí-mismo grandioso *no son tan extremos* hasta el punto de eclipsar a sus aspectos reales, lo que les permite una *cierta adaptación adecuada*, unas relaciones estables, aunque superficiales, y una orientación a la realidad. En los sujetos con funcionamiento alto, la prevalencia en el sí-mismo de los aspectos libidinales positivos por sobre los aspectos agresivos hace que estas personas sean más accesibles a las relaciones interpersonales y a la psicoterapia. Este era el caso de Mark, que era sumamente habilidoso y exitoso en el trabajo, pero vivía un conflicto profundo entre las relaciones fantaseadas idealizadas y su relación sentimental insatisfactoria con una mujer a la que desvalorizaba de manera sistemática, pero a la que no podía dejar. Por contraste, en las personas narcisistas que funcionan en un nivel *borderline* manifiesto y en el caso de los sujetos con narcisismo maligno, las representaciones ideales de sí mismo y los demás altamente irreales y cargadas de agresión avivan la necesidad de dominar y controlar a los demás, lo que *limita gravemente* la capacidad de trabajar o de amar, y deriva en la aparición de *disfunciones más graves* en la orientación a la realidad. Este era el caso de Michael, que escenificaba una identificación inconsciente con una figura paterna destructiva y altamente idealizada a través de unas relaciones caóticas y explotadoras, y de una conducta vengativa fantaseada hacia el terapeuta.

Desde la perspectiva de las relaciones objetales, el *self* grandioso patológico constituye una característica estructural esencial de los sujetos con narcisismo patológico, pero la disfunción fundamental de esta patología *no* es necesariamente la grandiosidad *per se*. Antes bien, en las personas con narcisismo patológico o TNP, los estados de grandiosidad coexisten con los sentimientos de inferioridad y de miedo a perder el estatus y el control –aspectos estos de los estados yoicos vulnerables a los que estos sujetos son propensos cuando fallan las funciones defensivas del *self* grandioso, o cuando no se satisfacen sus necesidades excesivas de admiración y validación (Kernberg, 1975; Levy, Beeney y Temes, 2011; Roche *et al*., 2013)–. Cuando estas necesidades se corresponden con los talentos y las capacidades reales del individuo, ello estimula la búsqueda de experiencias que refuerzan los aspectos de sí mismo, en la línea de los esfuerzos narcisistas normales o adaptativos. El narcisismo patológico, por su parte, sería el fruto de la cualidad *exagerada y extrema* de dichas

necesidades, y de la incapacidad de traducirlas en unas ambiciones y esfuerzos maduros y realistas.

Si bien proponemos la existencia de este fundamento estructural para explicar el narcisismo patológico, somos conscientes de que la estructura (y el funcionamiento) de cada sujeto puede fluctuar en consonancia con los *estresores internos y externos*. También somos conscientes de que, en la práctica, los profesionales clínicos pueden encontrarse con sujetos que podrían tener algunas características propias del narcisismo, pero no tener un *self* grandioso patológico tan firmemente asentado comos los sujetos con un TNP pleno. De todos modos, podemos encontrarnos con pacientes con características o rasgos narcisistas en ausencia de un *self* grandioso patológico *per se*. En cualquier caso, es preciso señalar que las estructuras que conforman el *self* grandioso son patrones duraderos y estables de funciones mentales que organizan la conducta, las percepciones y la experiencia subjetiva del individuo (Yeomans *et al*., 2015).

PRESENTACIONES DEL TNP: GRANDIOSA (DE PIEL GRUESA) Y VULNERABLE (DE PIEL FINA)

Perpendicular a la visión del TNP como trastorno dimensional que se distribuye a lo largo de un espectro de patología, está, pues, la distinción entre las dos presentaciones diferentes de la patología narcisista. La *presentación grandiosa* o de piel gruesa implica una sensación exagerada de prepotencia, esfuerzos por hacerse con la dominancia social y la explotación de los demás para lograrlo, junto con una sensación de rabia legítima cuando ello se ve amenazado o cuestionado. Estas son todas ellas *manifestaciones externas* de cogniciones más encubiertas, tales como las fantasías de tener un éxito ilimitado. La *presentación vulnerable* o de piel fina se caracteriza por la hipersensibilidad al rechazo, la sensación de indignidad y sentimientos de ineptitud dentro del contexto de unos *rasgos grandiosos encubiertos* que se evidencian principalmente en las fantasías, creencias y expectativas a las que se cree tener derecho, la manifestación conductual de las cuales se ve limitada por la inhibición, la modestia y la propensión a la vergüenza (Kernberg, 1984; Cain, Pincus y Ansell, 2008). Si bien existe cierta evidencia de que el *self* grandioso patológico está presente en ambos tipos de presentación, este puede adoptar configuraciones un tanto diferentes. La persona narcisista grandiosa o de piel gruesa puede caracterizarse por tener una sólida representación grandiosa

de sí mismo, en donde la *gruesa barrera defensiva* mantiene más firmemente a raya los aspectos desvalorizados del *self*. Este era el caso de Mark, descrito anteriormente, cuya aventura *online* idealizada representaba en parte una proyección de su propia superioridad, en tanto que su pareja de larga duración representaba los aspectos de sí mismo desvalorizados, dependientes y rechazados. Por contraste, en el caso de los pacientes vulnerables de piel fina, propensos a vivenciar estados de vulnerabilidad extrema, hipersensibilidad, dudas de sí mismos e incluso un paranoidismo abierto, la *barrera defensiva* entre los aspectos idealizados y desvalorizados del *self* es *más delgada y más permeable*. Este era el caso de Rebecca, cuya obsesión en torno a las fantasías grandiosas de tener una carrera jurídica triunfante era la fuerza impulsora principal que subyacía a su retracción en un mundo de sueños autistas en el que se sumergía cuando sus ambiciones irreales no podían verse materializadas. La organización narcisista vulnerable estaba enmascarada por su sintomatología depresiva y por su derrumbe emocional.

En resumen, la grandiosidad y la vulnerabilidad pueden coexistir, oscilar o servir de defensa la una de la otra de distintas formas en sujetos con diferentes niveles de organización de personalidad y diferentes rasgos caracterológicos. Que el narcisismo patológico coexista *siempre* con unas capacidades reguladoras limitadas que pueden llevar a estados de indefensión, vergüenza, miedo y retracción social es algo que está actualmente respaldado por la investigación clínica sobre los cambios ecológicos momentáneos en los estados yoicos acontecidos de un día para otro, o incluso de hora en hora en los sujetos con patología narcisista. Varios estudios han mostrado las fluctuaciones anímicas de la grandiosidad a la vulnerabilidad en las personas con narcisismo patológico y TNP, en respuesta a las experiencias interpersonales cotidianas (Giacomin y Jordan, 2016; Roche *et al*., 2013). Pero al menos uno de los estudios muestra que la medida en la que el individuo tiene una disposición vulnerable o grandiosa afecta a la medida en la que aparecían fluctuaciones momentáneas entre ambos estados, siendo los que puntuaban más alto en vulnerabilidad los que mostraban la mayor variabilidad entre la grandiosidad y la vulnerabilidad (Edershile y Wright, 2019). Así pues, se necesita una mayor investigación clínica y empírica para verificar si estas dos presentaciones representan distintos fenotipos y subtipos categoriales del trastorno claramente diferenciados, o se trata de estados mentales intrapsíquicos fluctuantes que oscilan con el tiempo en respuesta a unas condiciones y circunstancias vitales diferentes. Desde nuestra experiencia clínica, no observamos una mera dicotomía entre

grandiosidad y vulnerabilidad. Antes bien, estas dimensiones, aunque son fundamentales para entender la patología narcisista, pueden adoptar diferentes configuraciones dependiendo del nivel de organización y de los rasgos caracterológicos de cada individuo. Se ha observado que los sujetos que puntúan alto en narcisismo vulnerable adolecen de una mayor difusión de la identidad y puede que tengan más probabilidades de estar dentro del ámbito *borderline* (manifiesto), según varios estudios (Di Pierro, Constantini, Benzi, Madeddu y Preti, 2019).

PREVALENCIA DEL TNP Y RELACIÓN CON OTROS TRASTORNOS

Estudios recientes han puesto de relieve un aumento de los índices de narcisismo patológico y TNP, en los grupos tanto de pacientes como de no pacientes. En un reciente estudio comunitario, el Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC-II), a una muestra representativa de 35 000 estadounidenses se les preguntó, dentro del contexto de unas entrevistas cara a cara, si habían tenido síntomas de TNP durante el transcurso de su vida. Los sujetos tenían que cumplir el número de criterios DSM-IV requeridos para el diagnóstico de TNP, incluido cuanto menos el de generar un deterioro social u ocupacional significativo (Stinson *et al*., 2008). En la muestra total la prevalencia del TNP fue del 6,2 %. Curiosamente, los hombres mostraron tener índices de TNP más elevados que las mujeres (el 7,7 % por contraste con el 4,8 %), y los porcentajes de TNP eran particularmente elevados entre los adultos jóvenes de edades comprendidas entre 20 y 29 años (9,4 %). También hubo índices más elevados en los sujetos separados, viudos, divorciados o que jamás se habían casado, indicando tal vez la dificultad de este último grupo de individuos en lo relativo a crear y mantener relaciones interpersonales. También se observaron índices más elevados entre varones negros y mujeres hispanas, lo que indicaría quizás la función defensiva del TNP en lo relativo a afrontar a los agravios derivados de su condición de minorías, hallazgo este que necesita investigarse más. El índice general de prevalencia del 6,2 % en este estudio es marcadamente mayor que el observado en el otro único estudio existente comparable, llevado a cabo anteriormente en Oslo (Noruega), que arrojó un índice de TNP del 0,8 % (Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001), lo que indicaría quizás que la patología narcisista puede ser más prevalente en la cultura estadounidense. Pero un nuevo análisis de los datos llevado a cabo por investigadores clínicos cualificados, en lugar de

los ayudantes de investigación que habían realizado el primer estudio, y utilizando unos criterios de corte más rigurosos que incluían el nivel de dolor mental subjetivo y de deterioro funcional, además de los criterios diagnósticos DSM-IV, arrojó un índice de prevalencia inferior del 1,0 % (Trull, Jahng, Tomko, Wood y Sher, 2010). Se informó de la presencia de un índice de prevalencia comparable del 1,0 % en una revisión sistemática de otros varios estudios comunitarios sobre el TNP (Dhawan, Kunik, Oldham y Coverdale, 2010). Como señala Paris (2014), aun en el caso de estos índices más bajos, el TNP aparece como un trastorno altamente prevalente. Además, es probable que estos índices de prevalencia estén subestimados –en primer lugar, porque se basan en gran medida en autoinformes, y se ha comprobado que las autovaloraciones de las personas con narcisismo patológico no son fiables–. De hecho, los informantes (los compañeros y la familia) tienen más del doble de probabilidades de identificar la patología narcisista en los sujetos estudiados que los propios individuos sobre la base de sus autoinformes (Cooper, Balsis y Oltmanns, 2012; Klonsky y Oltmanns, 2002). En segundo lugar, la focalización de la atención en los rasgos grandiosos del TNP también puede explicar la discrepancia en los índices de TNP en hombres y mujeres, dado que las valoraciones de los autoinformes privilegian los rasgos grandiosos manifiestos del TNP, y puede que las mujeres sean más propensas a caracterizarse por la presencia de los rasgos vulnerables, más encubiertos, del trastorno (*e. g.,* actitudes y conductas contraproducentes, propensión a la vergüenza, obsesión por las fantasías grandiosas). Un metaanálisis reciente sostiene que los hombres tienden a ser más narcisistas que las mujeres a lo largo de diferentes cohortes y grupos de edad, y tienen más probabilidades de ser diagnosticados de TNP, con las medidas del narcisismo grandioso mostrando unas diferencias sexuales más prominentes que las medidas del narcisismo vulnerable (Grijalva *et al*., 2015). Por tanto, los índices de TNP en los grupos clínicos y comunitarios pueden estar aumentando, junto con el incremento de los rasgos narcisistas en la población general, aunque la influencia relativa al sexo, edad y cohorte necesitan una mayor investigación.[2] En los grupos clínicos se ha encontrado que la prevalencia del TNP oscila del 2 % (Zimmerman *et al*., 2005) al 6 % (Grilo, McGlashan y Quinlan, 1998) y al 17 % (Clarkin *et*

2. En un reciente metaanálisis de las diferencias sexuales en el narcisismo, los hombres tenían más probabilidades de ser diagnosticados de TNP y tenían puntuaciones más elevadas en las facetas relativas a la explotación/prepotencia (los aspectos más socialmente problemáticos del narcisismo; Ackerman *et al*., 2017) y liderazgo/autoridad (Grijalva *et al*., 2015) que las mujeres.

al., 2007; Ronningstam, 2011), con los profesionales psicoanalíticos, los cuales tienden a ver a los pacientes en el contexto de unos tratamientos más largos y más en profundidad, informando de la presencia de unos niveles mayores de patología narcisista (Gabbard, 1997). Estos índices de prevalencia más elevados en las muestras clínicas indican que las personas con TNP sienten el suficiente dolor mental como para decidirse a buscar tratamiento, si bien la patología narcisista pueda estar enmascarada inicialmente por otros trastornos concurrentes.

Comorbilidad y TNP

Muchos sujetos con narcisismo patológico y TNP suelen presentar otros trastornos concurrentes, particularmente depresión unipolar o bipolar y trastornos de ansiedad, aunque también son prevalentes el abuso de sustancias, el trastorno por estrés postraumático y los trastornos de alimentación (Fossati *et al*., 2000; Simonsen y Simonsen, 2012; Zimmerman *et al*., 2005; Stinson *et al*., 2008). En los individuos con narcisismo patológico, la depresión suele tener unos rasgos distintivos, en el sentido de caracterizarse por la vivencia de vacío, nihilismo, anhedonia y una sensación de futilidad y de falta de sentido, más que por la tristeza generalizada, la culpa o la obsesión por la sensación de inutilidad o de pérdida. Nuestra observación clínica es que en los pacientes con narcisismo patológico los síntomas depresivos tienden a verse precipitados por el derrumbe de las expectativas prepotentes y por el reconocimiento de la brecha existente entre el yo ideal y el yo real. Además, los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad suelen estar imbuidos de rabia, vergüenza y envidia derivadas del fracaso en satisfacer los listones perfeccionistas. En resumen, dentro del contexto del narcisismo patológico, los trastornos del estado de ánimo concurrentes pueden incluir una configuración particular de síntomas externos y de percepciones internas de sí mismo y los demás.

Adicionalmente, existe un alto grado de concurrencia del TNP con otros trastornos de la personalidad, incluidos el trastorno histriónico, antisocial, límite, esquizotípico y paranoide, tanto en muestras comunitarias (*i. e.*, un índice de comorbilidad del TNP con otros trastornos del 63,9 %; Stinson *et al*., 2008) como en muestras clínicas (*i. e.*, índice de comorbilidad > 50,0 %; Clarkin *et al*., 2007; Gunderson, Ronningstam y Smith, 1996; Pfohl, Coryell, Zimmerman y Stangl, 1986; Zimmerman *et al*., 2005). Los altos índices de comorbilidad entre el TNP y otros trastornos de personalidad han llevado a debatir si el TNP constituye

un trastorno de la personalidad claramente diferenciado, o si la patología narcisista es una dimensión que puede caracterizar a otros varios trastornos. Curiosamente, en un estudio reciente Sharp y colaboradores (2005) evaluaron los factores generales (g) que pudieran explicar las variables o factores comunes (subyacentes) compartidos a lo largo de los distintos trastornos de personalidad del DSM-5 (*e. g.,* identidad, impulsividad), además de los factores específicos y únicos que pudieran representar formas más específicas de patología de personalidad. Se evidenció la presencia de factores específicos precisos con fuertes cargas factoriales promedio solo para tres trastornos de la personalidad: narcisista, antisocial y esquizotípico. Es interesante señalar que los ítems del trastorno límite pesaban más fuertemente sobre el llamado factor general (g) de la patología de personalidad (*e. g.,* alteración de la identidad, inestabilidad afectiva, vacío, impulsividad autolesiva, inestabilidad interpersonal, rabia intensa, esfuerzos frenéticos por evitar el abandono y tendencias suicidas). Los sujetos con TNP eran relativamente débiles en este factor g, pero bastante fuertes en los factores específicos del TNP, tales como la grandiosidad, la envidia y la arrogancia. Estos hallazgos sugieren que, si bien existe un solapamiento entre el TNP y otros trastornos de la personalidad, tal como reflejan los índices elevados de comorbilidad, existen también unas características específicas del trastorno narcisista que determinan su carácter único y diferenciado. Este estudio respalda la concepción de los trastornos de la personalidad como categorías diferenciadas que poseen unas dimensiones y niveles de patología de personalidad variables, en consonancia con nuestro modelo relacional-objetal.

Además, los elevados índices de comorbilidad hacen probable que los pacientes con otros trastornos tengan una patología narcisista significativa que puede afectar a su presentación externa y que complicará el proceso terapéutico y el resultado del tratamiento (Kernberg, 1984; Diamond y Yeomans, 2008). Es interesante señalar que, aunque la evaluación de la patología narcisista se vea complicada por esta elevada comorbilidad, Gabbard (1997) ha propuesto que, más en profundidad, en los tratamientos psicodinámicos intensivos el TNP puede salir a la luz como diagnóstico primario.

El TNP es más prevalente cuando es diagnosticado por profesionales clínicos

Curiosamente, los profesionales clínicos que ejercen en la práctica privada con pacientes externos informan de unos índices más elevados de patología narcisista y TNP que las unidades hospitalarias para pacientes

externos o que las muestras comunitarias. Por ejemplo, en uno de los estudios, unos 510 psicoanalistas repartidos a lo largo de tres países informaron de que el 20,0 % de sus pacientes adolecían de TNP valorado según los criterios del DSM-III-R (Doidge *et al*., 2002), lo que hace de él uno de los trastornos más prevalentes en Estados Unidos y Ontario (Canadá) y el segundo trastorno en importancia en Australia. Respecto a la dificultad para tratar a pacientes con TNP, Doidge y colaboradores también encontraron que la mayoría de estos pacientes habían estado anteriormente en tratamientos breves que resultaron fallidos. En otro estudio en el que se valoró el TNP mediante entrevistas con pacientes que focalizaban la atención en su funcionamiento interpersonal y en las observaciones de su comportamiento con el entrevistador, el 76,0 % de los clínicos expertos dijeron estar tratando a pacientes que cumplían los criterios para el diagnóstico de TNP (Westen, 1997). En un intento de ampliar estos hallazgos y de mostrar que los criterios DSM para el TNP no captan la variedad de pacientes con una patología narcisista de personalidad que ven los profesionales clínicos en la práctica, Westen y Arkowitz-Westen (1998) le pidieron a una muestra de profesionales clínicos (psiquiatras y psicólogos) experimentados, seleccionados aleatoriamente y procedentes de distintas orientaciones teóricas (44,8 % psicodinámica, 16,1 % cognitivo-conductual, 34,3 % ecléctica; 36,4 % psiquiatras, 63,6 % psicólogos) que informaran acerca del porcentaje de sus pacientes que fueran diagnosticables de TNP utilizando los criterios del DSM-IV. Los profesionales informaron de que el 8,5 % general de los 714 pacientes implicados tenía un diagnóstico de TNP. Cabe resaltar que los terapeutas psicodinámicos fueron los que informaron del número más elevado de pacientes narcisistas (11,2 %), seguidos de los eclécticos (5,7 %) y de los cognitivo-conductuales (3,9 %). Los autores concluyeron que los criterios DSM-IV son inadecuados para evaluar la variedad de problemas de personalidad de los sujetos con trastornos de la personalidad, incluido el TNP. Por ejemplo, una muestra aleatoria de profesionales clínicos (psicólogos y psiquiatras) definieron el narcisismo patológico como un constructo multifacético complejo que se distribuye a lo largo de un *continuum* de gravedad, con unos rasgos esenciales de vulnerabilidad interpersonal, dolor interno, competitividad y dificultad en regular el afecto, particularmente la rabia, que no están recogidos en el DSM (Russ, Shedler, Bradley y Westen, 2008).

Es probable que los profesionales psicodinámicos tiendan a informar de niveles un tanto más elevados de pacientes con narcisismo patológico y TNP en su práctica clínica, debido a que tienen una mayor capacidad

de reconocer la dinámica subyacente de la personalidad, los deterioros en el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal, y la vulnerabilidad a los estados de vergüenza y autodesprecio que pudieran están eclipsados por la presentación grandiosa que lo sujetos narcisistas hacen de sí mismos. También tienen una formación más amplia en las distintas teorías sobre el narcisismo, tanto normal como patológico, y, en consecuencia, una mayor capacidad de reconocer el narcisismo patológico que puede estar enmascarado por los síntomas de depresión, ansiedad y abuso de sustancias, así como, por esta razón, eludir su detección por parte de los colegas que no tienen una formación psicodinámica, quienes suelen derivar a los pacientes para una terapia psicodinámica más intensiva después de que los numerosos tratamientos breves no hayan logrado aliviar su padecimiento y sus problemas conductuales. De hecho, un estudio llevado a cabo entre terapeutas cognitivo-conductuales encontró que el 14,0 % de 742 pacientes fueron diagnosticados de TNP, un valor que se aproxima al número diagnosticado por los terapeutas psicodinámicos en el estudio anterior (Westen y Arkowitz-Westen, 1998), lo que indicaría que en este estudio hubo una evaluación más rigurosa de los pacientes y que los terapeutas cognitivo-conductuales que hicieron sus propios diagnósticos en el estudio de Westen y Arkowitz-Westen pudieron haber estado haciendo estimaciones por debajo de lo que verdaderamente sería el caso.

En resumen, estudios recientes indican que los sujetos con TNP abarcan actualmente del 1,0 al 6,2 % de los sujetos de las muestras comunitarias (Stinson *et al*., 2008; Trull *et al*., 2010), con unos índices más elevados (del 2,0 al 17,0 %) en las muestras clínicas (Westen y Shedler, 1999; Grilo *et al*., 1998; Clarkin *et al*., 2007; Zimmerman *et al*., 2005), y del 8,5 al 20,0 % en las consultas privadas para pacientes externos (Westen y Arkowitz-Westen, 1998; Doidge *et al*., 2002; DiGiuseppe *et al*., 1995).

Uno de los factores que podría explicar las discrepancias entre el porcentaje de diagnósticos TNP derivados de los estudios comunitarios y los porcentajes comunicados por los profesionales clínicos sería la naturaleza de la evaluación de la patología narcisista. En primer lugar, la mayoría de los instrumentos de evaluación existentes utilizados en las investigaciones a gran escala están ligados estrechamente a los criterios DSM que privilegian las dimensiones grandiosas manifiestas del trastorno, tales como la arrogancia, la prepotencia y la búsqueda de admiración, y subestiman los aspectos vulnerables de la patología narcisista, incluida la hipersensibilidad y la reactividad emocional. Estos últimos aspectos se han asociado a niveles clínicos de padecimiento y a la búsqueda de

terapia (Ellison *et al*., 2013), por lo que es probable que los terapeutas vean a los sujetos con narcisismo patológico cuando estos se encuentran en una disposición anímica vulnerable. Además, los profesionales clínicos pueden conceptualizar e identificar el narcisismo patológico desde una perspectiva psicodinámica como un trastorno en el que los rasgos grandiosos se entremezclan con disfunciones regulatorias que generan estados vulnerables de padecimiento, vergüenza y dudas acerca de uno mismo. No obstante, los niveles elevados de comorbilidad sugieren que está justificada la investigación adicional sobre las posibles presentaciones diferentes del narcisismo patológico dentro del contexto de otros trastornos concurrentes.

Deterioro funcional a sociado al TNP

Aunque puedan ser asintomáticos durante largos períodos de tiempo y parecer que tienen una buena adaptación social y ocupacional superficial, los sujetos con un trastorno narcisista muestran disfunciones significativas en el ámbito del amor, el trabajo y la vida social. De hecho, los sujetos con narcisismo patológico tienen más probabilidades de estar divorciados o desempleados, lo que puede hacerles vulnerables a la aparición de síntomas más manifiestos (Ronningstam, 2011; Stinson *et al*., 2008). En otras palabras, cuando las vicisitudes de la vida ponen en tela de juicio las defensas narcisistas características (negación, proyección, desvalorización, idealización y retracción a un mundo de fantasías [grandiosas] autistas, véase el capítulo 2), estas personas suelen volverse altamente sintomáticas, presentándose para psicoterapia con trastornos del estado de ánimo concurrentes (depresión, trastornos bipolares no psicóticos), trastornos de ansiedad, otros trastornos de personalidad, abuso de sustancias y tendencias suicidas (Stinson *et al*., 2008; Ronningstam y Maltsberger, 1998; Ronningstam, 2009, 2010, 2013). De hecho, se ha observado que las personas narcisistas tienen una reactividad psicofisiológica excesiva (*e. g.,* cortisol elevado, reactividad cardiovascular) en respuesta a las emociones negativas cotidianas (Edelstein, Yim y Quas, 2010; Cheng, Tracy y Miller, 2013; Kelsey, Ornduff, Reiff y Arthur, 2022) y en respuesta a las vivencias imaginarias de rechazo (Sommer, Kirkland, Newman, Estrella y Andreassi, 2009). Incluso en condiciones de escasa amenaza, estos sujetos muestran unos niveles más elevados de hormonas del estrés que los individuos que puntúan bajo en narcisismo (Reinhard, Konrath, Lopez y Cameron, 2012), aunque los sujetos que en los autoinformes puntúan alto en narcisismo también comunican que

sienten menos estrés y se sienten más competentes y capacitados en las situaciones estresantes (en la línea del problema con la fiabilidad de los autoinformes señalado más arriba). Sobre la base de estos y otros hallazgos podríamos conjeturar que los sujetos con narcisismo patológico son vulnerables a las reacciones de estrés y a los trastornos somáticos. En razón de ello, los sujetos TNP pueden tener vivencias internas dolorosas o atemorizantes de las cuales puede que sean, o no, plenamente conscientes o capaces de comunicar, y este procesamiento interno debilitado puede, de hecho, generar dolor y sufrimiento *en los demás*. Curiosamente, se ha señalado que los sujetos con TNP se distinguen de los que tienen otros trastornos de la personalidad por su proclividad a generar dolor mental en otras personas significativas (Miller, Campbell y Pilkonis, 2007). El trastorno narcisista, por tanto, pasa factura al propio sujeto *y* a los demás, y suelen ser las parejas, los padres, los hijos o los compañeros de trabajo los que precipitan la crisis que lleva al sujeto a buscar tratamiento.

Dadas estas características, no es de extrañar que los sujetos con un trastorno narcisista suelan generar unas presiones contratransferenciales intensas que pueden interferir en las funciones observacional y analítica del terapeuta. Una encuesta sobre las reacciones contratransferenciales de los psicólogos y los psiquiatras que trabajan con pacientes narcisistas encontró que «los terapeutas dijeron sentir enfado, resentimiento y temor en su labor con pacientes TNP; sentirse desvalorizados y criticados por el paciente, y advertir que estaban distraídos, evasivos y deseando que terminara el tratamiento» (Betan *et al*., 2005, p. 894). Pero también hemos vivido y hemos observado en nuestros colegas el extremo opuesto, en el sentido de que los terapeutas informan de que se sienten excesivamente implicados, e incluso fascinados o cautivados, por los sujetos con narcisismo patológico, lo que deriva en escenificaciones y *acting-outs* sutiles o manifiestos, o en dificultades en el mantenimiento de los límites (Luchner, 2013).

TFP APLICADA AL NARCISISMO PATOLÓGICO: LA TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES LLEVADA A LA PRÁCTICA

La moderna perspectiva relacional-objetal presentada más arriba se ha traducido en un enfoque de tratamiento. La TFP es una terapia manualizada de orientación psicoanalítica, basada en la evidencia y pensada para el tratamiento de los trastornos de personalidad (*i. e.*, la patología

de la personalidad), incluido el TNP (Yeomans *et al.*, 2015). Suele ser habitualmente una psicoterapia con un ritmo de dos sesiones semanales.

La TFP para el narcisismo patológico y el TNP (TFP-N) es particularmente adecuada para el tratamiento de una variedad de pacientes con narcisismo patológico y con diferentes niveles de organización de personalidad, abarcando de un funcionamiento más elevado a un funcionamiento más bajo, con diversas presentaciones clínicas y niveles de gravedad. Dado que la TFP enfatiza el identificar la totalidad de la experiencia diádica interna del paciente (*e. g., self* grandioso, otro desvalorizado; *self* vulnerable, otro idealizado), es eficaz a la hora de abordar las diferentes presentaciones fenotípicas, formas de expresión y estados anímicos fluctuantes que pueden caracterizar a los individuos con narcisismo patológico a lo largo del espectro del funcionamiento de la personalidad.

El objetivo principal de la TFP-N con pacientes con narcisismo patológico consiste en fomentar la modulación y la integración de las representaciones altamente contradictorias y distorsionadas, idealizadas y desvalorizadas, que conforman el *self* grandioso y subyacen a tantos de los patrones desadaptativos en el funcionamiento individual e interpersonal que observamos los profesionales clínicos. Los cambios en estas estructuras durante el transcurso del tratamiento incluirían el aumento, en el sujeto, de la capacidad de reconocer, modular e integrar las representaciones idealizadas y desvalorizadas, rígidamente asentadas, de sí mismo y los demás que componen el *self* grandioso, y comprender de qué forma han venido distorsionando los distintos aspectos de la experiencia individual e interpersonal. Dichas distorsiones incluyen limitaciones en la capacidad de amar; incapacidad de conectar con los demás más allá de las funciones instrumentales que desempeñan o de la adulación que brindan; la sensación de desapego, aislamiento emocional e inautenticidad; y los esfuerzos tortuosos por alcanzar la perfección –todo lo cual suele ser la fuente del sufrimiento de la persona narcisista–. A medida que se exploran las funciones compensatorias del *self* grandioso y que este comienza a disolverse, se produce un desplazamiento en dirección a la capacidad de investir y mantener unas relaciones objetales en profundidad, y un desplazamiento también de las defensas primitivas basadas en la escisión y la proyección a un sistema defensivo más maduro que posibilita un equilibrio adecuado entre la gratificación de las propias necesidades y deseos, y la adaptación a la complejidad de la realidad.

Las tácticas y técnicas específicas de la TFP, modificadas para su aplicación al trastorno narcisista, se presentan en los capítulos 4 a 9. Dos

aspectos distinguen la TFP de otras terapias psicoanalíticas. El primero consiste en priorizar la focalización de la atención en la interrelación entre paciente y terapeuta dentro de la sesión, incluido el contenido del discurso del paciente. El segundo es la focalización dual de la atención en la realidad interna y la realidad externa, y la integración de aspectos de la realidad externa dentro de la labor transferencial continuada.

Cada paciente es único y cada terapeuta es único, incapaz de separar su subjetividad, sus influencias clínicas personales, sus tolerancias y su temperamento de la aplicación de la TFP-N. Cada paciente trae consigo al marco del tratamiento sus dificultades específicas, sus modalidades particulares de *acting-out* y sus formas específicas de poner a prueba al terapeuta dentro del proceso de tratamiento, así como su estructura defensiva distintiva (Kernberg, Diamond, Yeomans, Clarkin y Levy, 2008; Yeomans y Diamond, 2010). Además, cada paciente reacciona de forma diferente al estilo personal del terapeuta en su aplicación de la TFP-N. Debido a esta interrelación entre paciente y terapeuta, no hay dos tratamientos TFP que puedan vivirse o parecer exactamente iguales –pero cada terapeuta sí puede seguir lo que nos parece que son los mejores procedimientos, que hemos condensado a partir de nuestros años de experiencia trabajando con pacientes narcisistas–.

Evidencia de investigación para la TFP

En un estudio no controlado (Clarkin *et al*., 2001) y dos ensayos clínicos aleatorizados (Clarkin *et al*. 2007; Doering *et al*., 2010) se ha demostrado que la TFP es un tratamiento eficaz para el TLP. Al igual que otros varios tratamientos estructurados para los trastornos de la personalidad, se ha encontrado que la TFP favorece la aparición de cambios en los síntomas (depresión, ansiedad), el funcionamiento psicosocial, la agresión impulsiva (Clarkin *et al*., 2007), las conductas suicidas y autolesivas, y la utilización de los servicios comunitarios (visitas a urgencias, hospitalizaciones; Clarkin *et al*., 2001; Doering *et al*., 2010). Pero, según nuestros estudios, solo la TFP ha demostrado ser eficaz en la mejora de la seguridad de las representaciones de apego y de la capacidad de mentalización, aspectos ambos considerados como indicadores de un cambio estructural en los niveles de organización de la personalidad (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; George, Kaplan y Main, 1996; Levy *et al*., 2006; Buchheim *et al*., 2017). Después de un año de TFP, los pacientes mostraron cambios de las representaciones de apego inseguro a las de apego seguro

(Levy *et al*., 2006) y de las representaciones de apego desorganizado a las de apego organizado (Buchheim *et al*., 2017).

Adicionalmente, en dos ensayos clínicos aleatorizados (Fischer-Kern *et al*., 2015; Levy *et al*., 2006) también se han encontrado mejoras en el funcionamiento reflexivo (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998) o en la capacidad de mentalización dentro del contexto de las relaciones de apego. Los cambios en la mentalización y en los modelos internos de apego son particularmente importantes para los pacientes con narcisismo patológico o TNP. En muchas investigaciones y estudios empíricos y clínicos se ha encontrado que los sujetos con narcisismo patológico tienen dificultades para formar y mantener apegos, y reflexionar acerca de sus propios estados mentales internos y los estados mentes internos de los demás, así como diferenciar entre unos y otros –secuelas ambas de su capacidad limitada para la empatía–. La División 12 (Sociedad de Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Americana considera actualmente la TFP como una terapia basada en la evidencia.[3] Cabe señalar que los estudios de investigación descritos más arriba incluyen un número de pacientes con TNP/TLP que oscila del 10 % (Doering *et al*., 2010) al 17 % (Clarkin *et al*., 2007) y al 70 % (Clarkin *et al*., 2001).

Recientemente, ampliamos nuestro conocimiento del TNP a través de la investigación en profundidad del proceso clínico y del resultado del tratamiento de pacientes con TNP/TLP (cf. el fondo de ensayos clínicos aleatorizados), y la forma en que difieren de los pacientes con TLP exclusivamente. También realizamos una investigación empírica que pone de manifiesto los estilos diferenciales de apego y de mentalización, y la forma en que dichos estilos diferenciados cambian durante el transcurso de la TFP en pacientes con TNP/TLP (Diamond, Clarkin *et al*., 2014; Diamond, Levy *et al*., 2014; Hörz-Sagstetter *et al*., 2018). Motivados por estos estudios clínicos y de investigación, adaptamos las tácticas y técnicas de la TFP incluyendo modificaciones específicas para su aplicación a pacientes con narcisismo patológico y TNP. El objetivo es ajustar las técnicas TFP para abordar las dificultades clínicas particulares que plantea este grupo de pacientes, incluidos sus elevados porcentajes de abandono voluntario, la desvalorización despectiva y la idealización en la relación con el terapeuta, que es utilizado a la manera de un espejo o una caja de resonancia, y su intolerancia a la dependencia y el miedo

3. www.div12.org/treatment/transference-focused-therapy-for-borderline.personality-disorder.

a quedar al descubierto. Todo lo anterior puede limitar el compromiso con el terapeuta y conforma la naturaleza de la transferencia, además de la contratransferencia del terapeuta, la cual, como señalamos anteriormente, puede oscilar de la complacencia extrema en la idealización del paciente y al enfado y al temor ante la desvalorización despectiva del paciente hacia el profesional clínico, derivando en el desquite, el desapego y en la implicación excesiva (Betan *et al*., 2005; Russ *et al*., 2008). Es interesante señalar que un estudio reciente (Levy, Kivity, Diamond, Kernberg y Clarkin, 2018) mostró que un nivel más elevado de narcisismo evaluado dimensionalmente predecía unos índices más bajos de abandono voluntario, además del transcurso de un período de tiempo más largo antes de que se produjera el abandono en pacientes en TFP, pero no en terapia conductual dialéctica (DBT) o en terapia psicodinámica de apoyo, en el ensayo clínico aleatorizado del Cornell de Nueva York. En razón de ello, solo en la TFP los pacientes con un nivel elevado de narcisismo (pero no los pacientes con niveles bajos de narcisismo) tenían significativamente menos probabilidades de dejar el tratamiento (13 %, por contraste con el 33 % para el último de los grupos citados [terapia psicodinámica de apoyo], lo cual sería comparable a los porcentajes habituales de abandono voluntario para los sujetos con TLP). Además, en el mismo estudio encontramos unos porcentajes inferiores de abandono voluntario en pacientes con diagnósticos de TNP/ TLP según el DSM-IV/-5, por contraste con los sujetos con un diagnóstico de TLP exclusivamente (Diamond y Hörz-Sagstetter, 2012). Todos estos hallazgos han alentado a los investigadores clínicos del Instituto de Trastornos de la Personalidad a extrapolar y ajustar el tratamiento de base empírica de la TFP para su aplicación al trastorno cercano, el TNP.

Este libro ofrece una guía clínica que explica unas tácticas y técnicas específicas para pacientes con un trastorno narcisista de diferentes niveles de gravedad y con diferentes presentaciones externas. La eficacia de la TFP para pacientes con TLP, incluidos una serie de pacientes con TNP comórbido, sugiere que la TFP es una terapia eficaz para el tratamiento del TNP. Pero hasta la fecha no existe ningún ensayo clínico para la TFP con pacientes con TNP exclusivamente, como tampoco existen ensayos clínicos para pacientes con TNP en otras modalidades de tratamiento, tales como la terapia cognitivo-conductual, la terapia basada en la mentalización, la terapia de esquemas o la terapia dinámica breve. Un primer paso en dirección a establecer una base de evidencia empírica para la terapia de sujetos con narcisismo patológico y TNP sería, pues, seguir puliendo nuestras técnicas para tratarlos y demostrar, mediante el

material de casos, la efectividad de dichas técnicas. Con objeto de diferenciar nuestro enfoque de la TFP para el TLP, nos referimos al enfoque delineado en este libro como la TFP-N.

VISIÓN GENERAL DE LOS CONTENIDOS DEL LIBRO

En la parte I del libro (capítulos 2 al 4) presentamos a grandes rasgos el modelo relacional-objetal para la conceptualización del narcisismo patológico y del TNP, junto con datos de investigación en apoyo de este, procedentes de los ámbitos del apego, la neuropsicología cognitiva, la psicopatología evolutiva y la psicología social. En la parte II (capítulos 5 al 9) presentamos la forma en que nuestro modelo relacional-objetal se traduce en un enfoque para la evaluación y tratamiento de pacientes narcisistas distribuidos en diferentes niveles de organización que abarcan de los TNP de alto funcionamiento a los de bajo funcionamiento. El capítulo 10 se centra en la teoría y tratamiento del narcisismo maligno, la variante más grave de narcisismo patológico, y en describir la forma en que los líderes comunitarios con esta modalidad de narcisismo patológico pueden contribuir a propagarlo dentro del ámbito social y político basándose en prometer el restablecimiento de la supremacía y el poder del endogrupo, habitualmente a expensas de los exogrupos, fomentando de este modo el narcisismo colectivo en la ciudadanía. Finalmente, dado que los deterioros funcionales en los sujetos con narcisismo patológico son especialmente evidentes en el ámbito de las relaciones sentimentales y familiares, en el capítulo 11 nos centramos en las dificultades características de relaciones amorosas cuando uno o ambos miembros de la pareja adolecen de narcisismo patológico. El capítulo 12 ofrece una visión general y un resumen del enfoque relacional-objetal aplicado a la concepción y el tratamiento del narcisismo patológico y el TNP.

RESUMEN Y CONCLUSIÓN

El desarrollo y perfeccionamiento de unos enfoques de tratamiento para un espectro de sujetos con narcisismo patológico que abarcan del funcionamiento inferior al funcionamiento elevado es algo necesario y oportuno. Esto es particularmente cierto, dado el número de personas con rasgos narcisistas que caracterizan a la población general y la prevalencia del TNP como un trastorno de la personalidad clínicamente significa-

tivo; la comorbilidad desenfrenada de la patología narcisista con otros trastornos, lo cual puede complicar el proceso de tratamiento; la heterogeneidad de los pacientes con un trastorno narcisista; y las dificultades de tratamiento que plantean, incluidos los índices elevados de abandono voluntario, los estancamientos en el tratamiento y las interacciones transferenciales-contratransferenciales desadaptativas. Varios estudios han establecido la existencia de una continuidad entre las características de los individuos con rasgos narcisistas y los deterioros más graves de los sujetos con TNP; dichos deterioros incluyen disfunciones en la autoestima y dificultades de relación (Miller *et al*., 2011; Di Pierro *et al*., 2019; Paris, 2014), e incluso en las estructuras y funciones neurocognitivas y neurobiológicas (Fan *et al*., 2011; Chester, Lynam, Powell y DeWall, 2016; Schulze *et al*., 2013). En razón de ello, en los capítulos siguientes que describen nuestro modelo de teoría y tratamiento incluimos estudios clínicos y de investigación sobre sujetos con un diagnóstico de TNP pleno, además de sobre sujetos con rasgos narcisistas. Sin embargo, no pensamos que la patología narcisista sea el resultado de una amplificación patológica (Wright, 2016) de los rasgos narcisistas, sino que se distingue más bien por unas características estructurales esenciales que incluyen una determinada constelación de representaciones idealizadas de sí mismo y objetales. No obstante, los estudios de investigación que analizan los rasgos narcisistas, además del TNP, son de utilidad a la hora de definir el espectro completo de patología narcisista en lo relativo a sus aspectos subclínicos y clínicos. Nuestro objetivo ha sido combinar las modernas perspectivas relacionales-objetales con la investigación empírica procedente de otras disciplinas con el fin de desarrollar una concepción del narcisismo patológico y del TNP que le hiciese justicia a la complejidad de su naturaleza multifacética y de sus distintas presentaciones, y a las dificultades que plantea el tratamiento de los individuos que lo padecen. Esperamos que esta guía clínica sea de utilidad para los profesionales clínicos y para los investigadores clínicos de distintas orientaciones teóricas en lo relativo a comprender los procesos dinámicos que contribuyen a explicar las disfunciones y deterioros en el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal, además de la sintomatología, de los pacientes narcisistas, y que los incite a una mayor reflexión e investigación acerca del tratamiento del narcisismo patológico.

Autoría

Diana Diamond, PhD, es profesora emérita del programa doctoral en psicología clínica de la Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) y miembro veterano del Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College. También es profesora adjunta de la Nueva Escuela de Investigación Social y del programa posdoctoral en psicoterapia y psicoanálisis de la Universidad de Nueva York (NYU). Los intereses fundamentales de la Dra. Diamond son la psicoterapia psicodinámica para pacientes con trastornos de la personalidad; la etiología, la patología y el tratamiento del narcisismo; y las aplicaciones clínicas de la teoría y la investigación sobre el apego. Autora y coautora de numerosos artículos y varios libros, ha recibido el Premio de Investigación de la División 39 (Psicoanálisis) de la American Psychological Association (APA) y el Premio Stern a las Clases como Profesora Invitada Distinguida, otorgado por el Weill Cornell Medicine, por sus contribuciones para impulsar la comprensión del narcisismo. Pertenece al consejo editorial de las publicaciones *Psychoanalytic Psychology* y *Psychoanalityc Inquiry*, es covicrepresidenta de la Fundación Margaret S. Mahler y tiene una consulta privada en la ciudad de Nueva York.

Frank E. Yeomans, MD, PhD, es profesor clínico asociado de psiquiatría en el Weill Cornell Medical College, director de formación en el Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College y profesor clínico asociado adjunto de psiquiatría en el Colegio de Médicos y Cirujanos Vagelos (Facultad de Medicina) de la Universidad de Columbia. El Dr. Yeomans es miembro honorario de la American Psychoanalytic Association, presidente de la Sociedad Internacional de Psico-

terapia Focalizada en la Transferencia y miembro presidencial del Comité de Psicoterapia del Grupo para el Avance de la Psiquiatría (GAP). Sus intereses fundamentales son el desarrollo, la investigación, la enseñanza y la práctica de la psicoterapia aplicada a los trastornos de la personalidad. Ha ayudado a establecer programas de formación en muchos países y ha publicado numerosos artículos y libros.

Barry L. Stern, PhD, es profesor clínico asociado de psicología y psiquiatría en el Colegio de Médicos y Cirujanos Vagelos de la Universidad de Columbia y miembro facultativo del Centro para la Formación y la Investigación Psicoanalítica de la Universidad de Columbia. La labor del Dr. Stern se centra en el estudio de la personalidad y la salud mental, y en la aplicación de la psicoterapia focalizada en la transferencia a pacientes distribuidos a lo largo del espectro de funcionamiento de la personalidad y también a parejas. Ha sido investigador principal en los estudios de validación de la Entrevista Estructurada para la Organización de la Personalidad (STIPO) y en su revisión (STIPO-R). Su labor empírica publicada se centra en la STIPO y en la evaluación estructural de la personalidad. Tiene una consulta privada en la Ciudad de Nueva York.

Otto F. Kernberg, MD, fue, hasta el pasado año 2022, profesor de psiquiatría y director del Instituto de Trastornos de la Personalidad del Hospital Presbiteriano de Nueva York-Weill Cornell Medical College,analista formador y supervisor del Centro para la Formación y la Investigación Psicoanalítica de la Universidad de Columbia, y profesor invitado distinguido de psiquiatría en la Escuela de Medicina Albert Einstein (NY). El Dr. Kernberg es miembro honorario de muchos institutos psicoanalíticos internacionales, antiguo presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional y miembro vitalicio distinguido de la American Psychiatric Association (APA). Ha recibido el Premio al Servicio Distinguido de la APA, el primer Premio Sigourney por sus Contribuciones Distinguidas en el Ámbito del Psicoanálisis, el Premio Edward A. Strecker del Instituto del Hospital de Pensilvania y el Premio Heinz Hartmann de la Sociedad e Instituto Psicoanalítico de Nueva York, entre otros honores. El Dr. Kernberg ha dirigido investigaciones y ha publicado libros y artículos trascendentales sobre psicoterapia psicoanalítica, teoría psicoanalítica de las relaciones objetales y trastornos graves de la personalidad.

Índice

Nota del consejero editorial a la edición original en inglés 9
Elliot Jurist, PhD

Agradecimientos 11

Prefacio.
Una perspectiva relacional-objetal aplicada al trastorno narcisista de la personalidad 13

Capítulo 1. Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia: una introducción 21
Narcisismo normal (adaptativo) y patológico 27
El enfoque de las relaciones objetales aplicado al tratamiento del TNP 31
Ejemplos de casos 34
Ejemplo de caso: Mark, trastorno narcisista funcionando en un nivel elevado 34
Ejemplo de caso: Rebecca, trastorno narcisista funcionando en un nivel *borderline* 37
Ejemplo de caso: Michael, narcisismo maligno con una organización *borderline* de la personalidad 39
El TNP y la organización de la personalidad 41

Niveles de organización de la personalidad 43
El *self* grandioso patológico 48
Presentaciones del TNP: grandiosa (de piel gruesa) y vulnerable (de piel fina) 51
Prevalencia del TNP y relación con otros trastornos 53
Comorbilidad y TNP 55
El TNP es más prevalente cuando es diagnosticado por profesionales clínicos 56
Deterioro funcional a sociado al TNP 59
TFP aplicada al narcisismo patológico: la teoría de las relaciones objetales llevada a la práctica 60
Evidencia de investigación para la TFP 62
Visión general de los contenidos del libro 65
Resumen y conclusión 65

PARTE I
Conceptualización del narcisismo patológico

Capítulo 2. Itinerarios del trauma: del trauma janetiano al trauma relacional. Funcionamiento intrapsíquico en el narcisismo patológico 69
Relaciones objetales internalizadas 70
El desarrollo del narcisismo normal y patológico 78
Características estructurales del narcisismo patológico 85
El narcisismo patológico en los diferentes niveles de organización 87
Personalidades narcisistas de alto funcionamiento 87
Narcisismo patológico en la organización *borderline* de personalidad (OBP) de bajo nivel 91
El síndrome del narcisismo maligno 94
Narcisismo de piel gruesa (grandioso) y de piel fina (vulnerable) 96
Ejemplo de caso: Laura, narcisismo de piel fina 98
Ejemplo de caso: Thomas, narcisismo grandioso o de piel gruesa 102
Comentario 103
Investigación en favor de la distinción grandioso/vulnerable 104

Algunas presentaciones caracterológicas adicionales de la patología narcisista 108
Presentación narcisista-masoquista 108
Presentación narcisista-histriónica 109
El síndrome de la madre muerta 109
Depresión narcisista 110
El *self* grandioso patológico 111
Investigación empírica sobre la grandiosidad 118
Alteraciones de la identidad en el trastorno narcisista 121
Utilización de las defensas en el trastorno narcisista 124
La contratransferencia como fuente de información sobre las defensas narcisistas 130
Ejemplos clínicos de defensas narcisistas 131
Regulación de la autoestima y trastorno narcisista 133
La vergüenza en el trastorno narcisista 134
Tendencias suicidas en el TNP vinculadas a la desregulación de la autoestima 135
Resumen y conclusión 138

Capítulo 3. Funcionamiento interpersonal en el narcisismo patológico 139
Interrelación padres-hijo y desarrollo del narcisismo patológico 140
Investigación empírica sobre los estilos de interrelación padres-hijo 144
Investigación empírica sobre el temperamento, el género y los factores evolutivos 145
El papel de la desatención y los abusos/malos tratos infantiles en el desarrollo del narcisismo patológico 148
Desarrollo adolescente y narcisismo 150
Apego, mentalización y trastorno narcisista 153
Modelos internos de apego y representaciones mentales 154
Entrevista de evaluación del apego en adultos (AAI) 157
Convergencia entre los conceptos relacional-objetales de narcisismo patológico y la investigación y teoría del apego 158
Déficits de mentalización y narcisismo patológico 164

Investigación sobre los cambios en el apego y en la mentalización en pacientes con narcisismo patológico 167
Alteraciones en el ámbito de las relaciones interpersonales, la intimidad y la empatía en el trastorno narcisista 170
Empatía y narcisismo patológico 177
Investigación sobre narcisismo y empatía 180
Reconocimiento facial, empatía y trastorno narcisista 183
Empatía y correlatos neurológicos del TNP 185
Valores morales y prueba de realidad 188
Resumen y conclusión 191

Capítulo 4. Visión general de la TFP-N 195
Fases de la terapia 201
Fase de evaluación y contratación pretratamiento 201
Fase inicial de la terapia 204
Fase intermedia de la terapia 209
Fase avanzada de la terapia 212
Fase de finalización 214
Técnicas más importantes de la TFP 215
Asociación libre 216
Neutralidad técnica 218
Interpretación 219
El proceso de interpretación en la TFP-N 223
Clarificación y confrontación: preparar el terreno para la interpretación 224
Análisis de la transferencia 229
Comparación entre la visión de la transferencia y la contratransferencia en la TFP y en los enfoques neokleiniano y relacional 232
Visión general de los estilos transferenciales y contratransferenciales predominantes 235
Utilización de la contratransferencia en la TFP-N 240
Investigación empírica sobre los estilos transferenciales y contratransferenciales en el TNP 244
Ilustración clínica 246
El papel de la relación terapéutica en sí 256
Combinación de la TFP-N con otras intervenciones 258
Resumen y conclusión 259

PARTE II
Tratamiento del narcisismo patológico

Capítulo 5. Evaluación y diagnóstico del narcisismo patológico y el TNP 263
- Diagnóstico estructural y evaluación clínica del narcisismo patológico y el TNP 263
- Evaluación del TNP mediante la entrevista estructurada para la organización de la personalidad revisada 267
  - Evaluación de la identidad 267
  - Evaluación de las relaciones objetales narcisistas 271
- La entrevista estructural: ejemplos de casos 273
  - Ejemplo de caso 1 273
  - Ejemplo de caso 2 278
- Consideraciones sobre la evaluación relacionadas con los niveles de patología narcisista 282
- Diagnóstico diferencial del narcisismo maligno 285
- Instrumentos para la evaluación del TNP 287
  - Resumen y conclusión 290

Capítulo 6. Contrato de tratamiento y marco terapéutico 291
- Los pacientes pueden preguntar: ¿Vale la pena comprometerse con la TFP-N? 294
- Las diversas funciones del contrato de tratamiento 295
  - Ejemplo de caso 1: la función del marco en lo relativo a promover el proceso exploratorio 296
  - Ejemplo de caso 2: mostrar también la función del marco dentro del proceso exploratorio 297
- Información respecto de terapias anteriores 299
- Hablar de la impresión diagnóstica 300
- Los contenidos del contrato 303
  - Prestar atención a la contratransferencia durante el proceso de contratación 304
  - Responsabilidades del paciente 305
  - Frecuencia de las sesiones 307
  - Honorarios 309
  - El papel del paciente en las sesiones 310
  - Responsabilidades del terapeuta 312
  - Resistencias conductuales al proceso exploratorio 315

Valorar la aceptación del contrato por parte del paciente 318
Abordar la ganancia secundaria durante la fase de contratación 319
Pacientes con rasgos antisociales 321
Pacientes TNP en el nivel inferior de organización *borderline* 326
Pasar del contrato a la terapia 328
El proceso de contratación durante el transcurso de la terapia 328
Resumen y conclusión 329

Capítulo 7. Fases iniciales de la TFP-N 331
¿Qué hace que las interpretaciones sean eficaces? 335
Abordar las resistencias narcisistas 337
Abrirse camino por entre las resistencias 340
Fases 1 y 2: Clarificar y contener la experiencia afectiva inmediata y definir las relaciones objetales dominantes activadas en el momento 344
Interpretar desde la proyección 352
Fase 3: Trabajar las inversiones de los papeles 366
Ejemplo de caso: inversiones de los papeles 368
Resumen y conclusión 372

Capítulo 8. Fases ulteriores de la TFP-N 373
Fase 4: Identificar las díadas de relaciones objetales con una valencia efectiva opuesta que se erigen como defensas las unas de las otras 374
Ejemplo de caso: díadas relacionales-objetales que defienden a las unas respecto de las otras 380
Elaboración: la disolución del *self* grandioso 387
Abordar la agresión en la transferencia 391
La oscilación entre la presentación narcisista de piel gruesa (grandiosa) y de piel fina (vulnerable) 392
Movimiento en dirección a la posición depresiva y aparición de las transferencias depresivas 395
Fase 5: Integración 396
Ejemplo de caso: aumento de la reflexión, tolerancia a la envidia y disolución del *self* grandioso 402

Abordar la pérdida, la limitación y la desidealización 405
De qué forma el enfoque relacional-objetal fomenta la integración y la reflexión 409
La elaboración de las cuestiones edípicas en el trastorno narcisista 410
Finalización 415
Resumen y conclusión 418

Capítulo 9. TFP-N para pacientes con patología narcisista y límite combinada 421
Ejemplo de caso: Rebecca-TNP/TLP 422
Características de los sujetos con TNP/TLP 426
TFP-N para pacientes con TNP/TLP 429
La AAI: implicaciones clínicas 432
Dinámica del apego en el proceso clínico 440
Resumen y conclusión 455

PARTE III
La patología narcisista en las relaciones íntimas y en la sociedad

Capítulo 10. Narcisismo maligno: aspectos clínicos y sociales 459
Implicaciones sociales del narcisismo maligno 468
Narcisismo maligno con organización *borderline* comórbida de la personalidad 471
Ejemplo de caso: Michael 473
Definir las relaciones objetales dominantes 477
Inversiones de los papeles en la transferencia 481
El proceso de integrar las díadas relacionales-objetales persecutorias e idealizadas que se erigen como defensas las unas respecto de las otras 485
Las fases avanzadas del tratamiento 495
Movimiento en dirección a la posición depresiva 497
Resumen y conclusión 501

Capítulo 11. Relaciones amorosas narcisistas 503
Evaluación de las parejas con conflictos narcisistas 514
La dinámica narcisista de la relación amorosa en la transferencia 516

La relación entre los conflictos preedípicos y edípicos de las personalidades narcisistas 518
Contratransferencia 519

Capítulo 12. Epílogo 523

Referencias 533

Autoría 573

Índice analítico 575

Si desea más información o adquirir el libro diríjase a:

www.octaedro.com



PSICOTERAPIAS

Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia focalizada en la transferencia

Llenando un vacío crucial en la bibliografía clínica, este libro ofrece una visión contemporánea del narcisismo patológico y presenta un enfoque innovador de tratamiento. Los destacados autores exploran las dificultades especiales para tratar a pacientes —ya sea con rasgos narcisistas o con un trastorno narcisista de la personalidad plenamente desarrollado— que se retraen de la realidad para adentrarse en una grandiosidad narcisista, poniendo con ello en peligro sus vidas y sus relaciones interpersonales.

Los procedimientos de evaluación y las estrategias terapéuticas han sido adaptados de la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP), que es un tratamiento manualizado y basado en la evidencia para su aplicación originalmente al trastorno límite de la personalidad. Abundante material de casos ilustra la forma en la que la TFP-N permite al profesional clínico implicar a los pacientes más profundamente en la terapia y ayudarlos a superar los problemas de relación y de conducta de diferentes niveles de gravedad.

El volumen integra la teoría y la investigación psicodinámicas con los hallazgos derivados de la cognición social, el apego, la mentalización y la neurobiología.

Octaedro

ISBN 978-84-19690-16-6

9 788419 690166