

Narcisismo de piel fina o vulnerable y narcisismo de piel gruesa o grandioso: similitudes y diferencias



MÓNICA EIDLIN¹ & RICARDO BERNARDI²

El término *narcisismo* o el adjetivo *narcisista* se emplean por lo común a nivel clínico para designar una disposición hacia la afirmación grandiosa de sí mismo unida al desconocimiento o a la desconsideración del otro. Esta forma de entender las personalidades narcisistas estuvo presente ya en los primeros trabajos sobre el tema. Freud en el año 1931 describe un carácter narcisista que distingue a hombres que se imponen a los otros como «personalidades», capaces de servir de apoyo a los demás así como de asumir el papel de conductores. Ideas similares se encuentran en los aportes pioneros de W. Reich (1933/1975). Este autor señala la existencia de un carácter fálico-narcisista que se expresa a través de arrogancia, seguridad en sí mismo y actitudes dominantes. La idea de que la afirmación exagerada de sí se acompañe de la devaluación de la importancia del otro está en consonancia con la concepción metapsicológica freudiana de que la libido narcisista y la objetal se comportan como un sistema de vasos comunicantes, de tal modo que el incremento de una conduce a la disminución de la otra.

1 Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. monicaeidlin@gmail.com

2 Miembro pleno de Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Profesor Emérito de la Facultad de Medicina. rice.e.bernardi@gmail.com

A través del tiempo surgieron otras formas de concebir esta cuestión. Por ejemplo, para H. Kohut (1977) no se trata de que la libido narcisista se transforme en objetal, sino que ambas siguen líneas evolutivas propias a lo largo de la vida. En el narcisismo arcaico, el otro no pierde su importancia, sino que las transferencias narcisistas, sean grandiosas o idealizadoras, muestran que el otro, vivido como objeto del self, es decir, como parte de uno mismo, cumple un papel fundamental. Muchas de estas ideas tienen una gran influencia en muchas corrientes del psicoanálisis relacional actual, pero están por otra parte en contraposición con las de otros autores, como O. Kernberg, que jerarquizan el papel de la agresión y de las defensas primitivas, lo que implica una limitación para establecer relaciones profundas. También para Rosenfeld (1971) el narcisismo patológico se caracteriza por un self omnipotente, envidioso y destructivo. El psicoanálisis francés tomó otra dirección. Mientras Kohut puso el acento en el carácter inmaduro del narcisismo patológico y Rosenfeld y Kernberg, en la agresión, A. Green (1994), en cambio, subrayó los fenómenos de desobjetalización que diferencian el narcisismo tanático del trófico. En forma similar, Lacan destaca el papel inmovilizador del movimiento del deseo, obturado por la aspiración a la completud.

Al mencionar brevemente estas concepciones distintas y a veces contrapuestas, queremos destacar la variedad de cuestiones e interrogantes que continúan abiertas a nivel teórico y clínico en el psicoanálisis contemporáneo. No pretendemos abordarlas yendo desde la metapsicología hacia la clínica, sino a la inversa: dar prioridad a la descripción de los fenómenos clínicos, y desde allí discutir la forma más adecuada de conceptualizarlos y, sobre todo, de manejarlos técnicamente. Los hechos clínicos admiten por lo general más de una interpretación, aunque no cualquier interpretación. Esto pone de manifiesto lo que los epistemólogos denominan la subdeterminación de la teoría por la evidencia empírica, lo cual no debe confundirse con una indeterminación total (Bernardi, 2009, 2014). En este trabajo, luego de reseñar la literatura actual tomaremos como punto de partida ejemplos clínicos para, en forma similar a lo que propone el Modelo de los Tres Niveles para Observar las Transformaciones del Paciente (3-LM; Altmann de Litvan, 2014), estudiar a partir de estos ejemplos las hipótesis teóricas que mejor dan cuenta de las interrogantes planteadas.

Nos ocuparemos aquí en especial de una distinción a la que recientemente se le ha prestado atención en la literatura por su importancia clínica y teórica: la que existe entre el narcisismo llamado de piel gruesa (NPG), o grandioso, y el de piel fina (NPF), o vulnerable. Hoy ya no es posible pensar el narcisismo simplemente como un fenómeno de vuelta de la libido al yo, ni centrarlo exclusivamente en la grandiosidad ni equiparar esta a un desconocimiento agresivo del otro. La distinción entre diferentes formas de fenómenos narcisistas enriquece la comprensión psicopatológica y el abordaje terapéutico, y muestra la complejidad de los procesos que sostienen tanto el reconocimiento de sí mismo como el de los otros.

NARCISISMO DE PIEL FINA, O VULNERABLE, Y NARCISISMO DE PIEL GRUESA, O GRANDIOSO

La distinción actual entre dos formas de narcisismo patológico ha sido designada con diferentes nombres en la literatura. Algunos autores la denominan como narcisismo grandioso versus narcisismo vulnerable (Akhtar y Thomson, 1982; Cooper y Ronningstam, 1992; Dickinson y Pincus, 2003; Caligor, Levy y Yeomans, 2015). Otros hablan de formas del narcisismo de piel gruesa y de piel fina (Rosenfeld, 1987a).

En realidad, se han empleado muchas otras denominaciones a las que conviene pasar revista pues son ilustrativas de ideas centrales de los autores. Así, Gabbard (1989) distingue entre narcisismo indiferente, o insensible, (*oblivious*) e hipervigilante. Britton (1989) lo hace entre pacientes hipersubjetivos e hiperobjetivos. Russ, Shedler, Bradley y Westen (2008) hablan de formas grandiosas y malignas versus formas frágiles, refiriéndose también a características de nivel de funcionamiento y exhibicionismo. E. Ronningstam (2009), por último, distingue el narcisismo arrogante, abierto, grandioso, asertivo y agresivo del narcisismo tímido, encubierto, vulnerable y guiado por la vergüenza.

Vemos que es necesario incluir también en el corazón de la patología narcisista dolorosas experiencias internas de vulnerabilidad, inferioridad, vacío, aburrimiento, miedo y falta de confianza en sí mismo. Se abre, por tanto, la cuestión de cómo se articulan estos dos aspectos. ¿Se trata de dos tipos de pacientes distintos o de dos aspectos presentes en el mismo paciente?

H. Rosenfeld (1987b), que fue uno de los primeros en ocuparse de esta distinción, propone la existencia de dos tipos de pacientes narcisistas: los pacientes de «piel fina» y los pacientes de «piel gruesa». Los primeros son frágiles, vulnerables, hipersensibles, se sienten heridos con facilidad y les resulta muy difícil enfrentarse a cualquier trauma o fracaso. En contraste con estos pacientes, los pacientes narcisistas de «piel gruesa» son insensibles a sentimientos profundos, inaccesibles, se caracterizan por una intensa envidia que produce una desvalorización del analista y del análisis, así como de cualquier situación de dependencia.

Akhtar (Akhtar, 1989, 2000; Akhtar y Thomson, 1982) señala que junto a la presencia de aspectos manifiestos o visibles (*overt*) relacionados con la grandiosidad, podrían existir otros encubiertos (*covert*), tales como las dudas sobre sí mismo, la envidia, etc. No pone, por tanto, el acento en dos subtipos de personalidad narcisista, sino en aspectos manifestados abiertamente junto a otros que permanecen encubiertos.

La idea de un narcisismo grandioso manifiesto (*overt*) fue descrita por Kernberg (1975, p. 295) como la característica principal del narcisismo patológico, la investidura de una estructura patológica del self, el self grandioso pero dependiente de la admiración de los demás e hipersensible y vulnerable al rechazo. En esta línea, Caligor *et al.* (2015) agregan que lo que caracteriza en general al desorden de personalidad narcisista, sea grandioso (*overt*) o vulnerable (*covert*), es una sensación de fragilidad del self que se esfuerza en mantener una percepción de sí mismo como alguien excepcional. De todas formas, para estos autores los dos subtipos serían extraordinariamente egocéntricos y en ambos la patología específica de la formación de la identidad que caracteriza el trastorno narcisista (Kernberg, 1975, 1985) se manifiesta también a través de dificultades en la relación interpersonal; ambos necesitan profundamente de un otro que reafirme su autoestima.

Pincus y Lukowitzky (2010) hacen notar que ambos aspectos narcisistas, grandiosos y vulnerables, se pueden expresar también, tanto de manera encubierta como manifiesta, en las formas de pensar, sentir, comportarse o participar durante el tratamiento. Dickinson y Pincus (2003) aportan que a pesar de las diferencias en ambos subtipos de narcisismo, se observan sentimientos de autoafirmación y de explotación en las re-

laciones interpersonales en cada uno de ellos. Según Bateman (1998), el movimiento entre la posición manifiesta de grandiosidad y la posición manifiesta de vulnerabilidad podría incrementar las posibilidades de *enactment* en forma de agresión hacia los otros si predomina la piel gruesa, o hacia sí mismos si prevalece la piel fina. Aun así, este autor sostiene que los pacientes que se mueven entre una y otra posición son más pasibles de ser analizados, ya que las identificaciones no son tan rígidas. Desde la perspectiva de Britton (2004), se agrega que ambas cualidades, piel fina y piel gruesa, fragilidad y dureza, se alternan a su vez entre paciente y analista, y son el resultado de dos relaciones diferentes del *self subjetivo* con el *tercer objeto* dentro de la situación edípica interna. Para Britton, el tercer objeto sería la versión objetiva del analista de la experiencia subjetiva del paciente, es decir, cuando el analista ejerce su función mental independientemente de la relación intersubjetiva entre paciente y analista. En ambas situaciones, piel fina o piel gruesa, el tercer objeto, según el autor, es ajeno al *self* subjetivo sensible. Estos pacientes (Britton, 1989) no se arriesgan a imaginarse una relación con su analista en tanto objeto primario, como un tercer objeto con ideas propias, con una comunicación consigo mismo sobre ellos, porque eso representaría una amenaza a su propia subjetividad.

Las reacciones contratransferenciales del analista comunes a la grandiosidad o vulnerabilidad oscilan entre sentirse idealizado y como el único capaz de proporcionar una cura mágica o sentir que no tiene nada que ofrecer, que es devaluado, incompetente, ignorado (Caligor *et al.*, 2015; Russ *et al.*, 2008; Betan, Heim, Zittel Conklin y Westen, 2005; Gabbard, 2009), impaciente, explotado o inhibido y temeroso de herir a un paciente hipersensible (Pincus, Cain y Wright, 2014). Las reacciones contratransferenciales son útiles para el diagnóstico de narcisismo patológico (Gabbard, 2009; Pincus *et al.*, 2014).

Obsérvese que mientras autores como Kernberg ven la grandiosidad como grandiosidad del *self* (Kernberg, 1975), para otros autores, como Kohut (1971), si bien en el narcisismo la grandiosidad puede estar referida al *self*, dando origen a transferencias especulares, también puede estar dirigida a engrandecer el objeto (*objeto-self*), como ocurre en el caso de las transferencias idealizadoras.

En relación con el NPF, Rosenfeld (1987b) y Bateman (1998) marcan una divergencia con Kernberg en la forma de abordaje clínico de este tipo de pacientes. Este último sostiene que cuanto más severo es el caso, más interpretaciones deberán dirigirse a la naturaleza primaria de la agresión. Por el contrario, Rosenfeld y Bateman rechazan la idea de interpretar los aspectos más destructivos porque eso puede inhibir las posibilidades del paciente de afirmarse y construir relaciones objetales satisfactorias, aumentando los sentimientos de vulnerabilidad. Bateman (1998) define este tipo de pacientes como negadores del objeto (*object-denying*), pues continuamente se rebajan a sí mismos en busca de acuerdos que eviten la confrontación, negando así las diferencias. Para estos autores, es importante preservar los aspectos positivos de su mundo interno en la medida en que al paciente de piel fina/vulnerable le resulta muy difícil enfrentarse a cualquier trauma o fracaso. El peligro que supone la cercanía con el otro es resaltado a su vez por Caligor *et al.* (2015), al indicar que los pacientes vulnerables procuran retirarse de situaciones sociales cuando la evaluación desfavorable que hacen de sí mismos en relación con los demás despierta en ellos intensos sentimientos de vergüenza, dolor o envidia en consonancia con expectativas encubiertas de grandiosidad. Según estos autores, la depresión, la ansiedad, las autolesiones no suicidas e intentos de suicidio son más comunes en los pacientes de piel fina (Miller y Campbell, 2008; Pincus y Lukowitsky, 2010; Russ *et al.*, 2008). Este tipo de depresión, sugieren Pincus *et al.* (2014), se caracteriza más por sentimientos de vacío, inutilidad e ideas de suicidio que por el duelo y la tristeza. Expresa que en este momento en el que los pacientes consultan, sienten temor a ser decepcionados y vergüenza de necesitar a los demás, pero, a pesar de ello, son sujetos que ante la frustración de sus demandas de reconocimiento, derivan en arrebatos de ira y hostilidad que culminan en vergüenza y depresión. Esta fluctuación influye en la labilidad emocional y en la fragilidad de su autoestima (Pincus, 2013). Según Pincus (Pincus *et al.*, 2014), los sentimientos contratransferenciales de incompetencia e inutilidad del analista a veces sirven para reconocer el lugar que el paciente le está dando desde una posición de grandiosidad que no aparece visiblemente.

En cuanto a los aspectos técnicos, para Britton (2004) los pacientes de piel fina, o *hipersubjetivos*, buscan incorporar al analista en su mundo

subjetivo y eliminar cualquier diferencia entre la persona del analista y la interpretación que el paciente tiene de él. Les es muy difícil tolerar la tercera posición del analista. Buscan una transferencia positiva, superficial y envolvente a la que considera una *transferencia (materna) intersubjetiva*, que tiene muchos puntos en común con la descripción de la identificación adhesiva de E. Bick (1968) y con la identificación adhesiva de Meltzer (1975). El tercer objeto —de comprensión objetiva y penetrante, y que se siente peligroso— es objeto de una transferencia negativa.

Respecto al narcisismo grandioso, Caligor *et al.* (2015) indican que el mantenimiento de un sentido grandioso de sí mismo requiere de una retirada o una negación de aquellos hechos que ponen en tela de juicio su grandiosidad, mostrándole al paciente, por ejemplo, que los demás pueden poseer atributos de los que carecen; estos pacientes son sujetos que pueden estar relativamente libres de un desequilibrio subjetivo a menos que se enfrenten a fracasos profesionales o interpersonales (Kernberg, 1975; Ronningstam, 2005). Para Russ (Russ *et al.*, 2008), las características de grandiosidad tienden a relacionarse con abuso de sustancias y presentan una comorbilidad con desórdenes de personalidad antisocial y paranoide.

Bateman (1998) toma la idea del self idealizado en los pacientes de piel gruesa y lo identifica con un self autodestructivo cuyo propósito es vivir triunfando sobre la vida y la creatividad. Son pacientes difíciles de mantener en tratamiento, se burlan de las interpretaciones dirigidas hacia sus necesidades y su dependencia, rechazan para no ser rechazados y mantienen una impenetrable actitud de superioridad. El analista es vivido como alguien que quiere destruir este self idealizado y generar una dependencia. Dadas estas características, la pérdida del análisis o del analista, o de cualquier objeto externo no es vivida con dolor, sino que, por el contrario, los colma de sentimientos de excitación y triunfo. Como resultado, las sesiones analíticas son dominadas por actitudes defensivas y un deseo de destruir al analista como objeto fuente de bondad y de crecimiento personal. De acuerdo con esta línea de pensamiento, el narcisista de piel gruesa es definido por el autor como «destructor de objeto» («*object-destroying*»). Siguiendo esta línea, Britton (2004) declara que estos pacientes parecen inmunes a los comentarios interpretativos del analista, pero buscan una alianza con él desde lo racional, aceptando

las aclaraciones cognitivas, mientras que lo emocional es rechazado. Los define como *hiperobjetivos*, evitan la subjetividad y buscan el tercer objeto como fuente de conocimiento objetivo.

Para Dickinson y Pincus (2003), los pacientes con características de grandiosidad son activamente vengativos, explotadores, agresivos, exhibicionistas, niegan cualquier tipo de relación emocional interpersonal y no se dan cuenta del impacto negativo que producen en los demás, y, por lo tanto, tienen una visión poco realista de sí mismos en relación con otros (Gabbard, 1989; Kernberg, 1975).

En gran medida, los desacuerdos giran en torno a la agresión. Para ciertos autores, como vimos, la agresión es un fenómeno primario y esencial asociado a la grandiosidad, mientras para otros, como Kohut, la agresión al otro no es primaria, sino el resultado del fracaso en el establecimiento de una relación empática que permita sentir al otro como parte de sí mismo (actitud que el analista puede sentir como agresiva si no la comprende). Se puede relacionar esta postura con la de Winnicott, quien sostiene que al inicio, en la fase de preinquietud, la agresión es parte del amor y su finalidad no es destruir el objeto externo (Winnicott, 1950-1955/1981).

En estas discusiones es difícil decir en qué medida se está hablando de distinto tipo de pacientes o si se trata de las dificultades en el diálogo entre tradiciones psicoanalíticas diferentes (Bernardi, 2001). No pretendemos integrar aquí los distintos aportes y las distintas perspectivas a partir de determinados principios metapsicológicos. Consideramos más útil tomar nota de la complejidad que ellos ponen de manifiesto y utilizarla como la fuente de pistas o guías para explorar los casos clínicos, dejando a ellos la última palabra.

CASO CLÍNICO: LA SRA. A.

La Sra. A., de 27 años, casada, derivada por psiquiatra, consultó por sentirse desde hace un año muy deprimida, ansiosa, nerviosa y con fuertes contracturas a nivel del cuello. En la primera entrevista manifestó que pese a sentirse tan mal, le desagradaba enormemente pedir ayuda. Se describía a sí misma como alguien que siempre resolvió todos sus problemas sin

tener que pedir nada a nadie. Por lo tanto, cuando tomaba contacto con sus dificultades, su ansiedad y su angustia cobraban una intensidad tal que culminaban en intensos estallidos de rabia que contaminaban todos sus vínculos. Describió su adolescencia como una etapa de gran confusión. A los catorce años se fue a vivir con su novio, lo que fue seguido por cambios de pareja y domicilio, drogas y alcohol. Tenía serios problemas de impulsividad y violencia que no podía dominar. Tuvo varias parejas que solo duraban algunos meses. A los veintiún años conoció a su actual pareja, con quien tiene tres hijos. Logra formar una familia, se estabiliza emocionalmente durante casi seis años, finaliza sus estudios y se dedica por varios años a la actividad comercial.

La Sra. A. tiene un hermano y una hermana, ambos menores que ella. Sus padres se separaron cuando ella estaba en la escuela, y el padre se desentendió de su familia durante los años en los que estuvo en pareja con varias mujeres. Hasta el momento de la separación, estuvo convencida de que su familia era perfecta, pero a partir de allí, todo colapsó. Económicamente, tuvo que colaborar con la manutención de la casa. Admite que nunca le dijo al padre la rabia que sentía porque los hubiera abandonado. Frecuentemente recordaba este abandono entre llantos y rabia, y, a su vez, destacaba aquellos momentos en los que la hacía sentir la más linda de la casa, pero al instante todo quedaba impregnado de una intromisión paterna muy violenta que la despojaba de todo. Su padre sufría de depresiones.

La Sra. A. le reprochaba a su madre que le hubiera perdonado a su padre sus infidelidades. Discutía muy fuerte con ella porque valoraba más a sus hermanos. Su madre era un ama de casa que siempre se sintió frustrada por no haber finalizado su carrera universitaria.

Mi madre siempre hacía cosas en la casa, no dejaba que nos faltara nada, nunca estaba para nosotros, [se sonríe] pero dentro de todo, nos crió bien. Ella es como yo, «yo puedo», exigente, hay que lograr lo que uno se propone.

Era una madre presente, controladora pero distante afectivamente. Según la paciente, su madre se interesaba por ella cuando lograba determinados éxitos.

Luego de la crisis familiar, la Sra. A. crece sintiendo que el mundo es un lugar peligroso que la puede despojar de sus cosas más preciadas, y dedica la mayor parte de su tiempo a trabajar casi obsesivamente, con el objetivo de ganar mucho dinero, recuperar la «dignidad familiar» y cumplir con el mandato materno de que ella siempre iba a conseguir todo lo que quisiera, como forma de obtener su aprobación. Se describía como una persona impulsiva, loca pero buena persona, muy exigente consigo misma y con el dinero. Reconoce que dice lo que piensa de manera hiriente, igual que su padre, y que no se siente arrepentida si hirió a alguien, porque ella siempre tiene razón y es muy raro que se equivoque. Sabe que es soberbia; todos le dicen que se las sabe todas y por eso sus amigos dependen de ella, así como también todas sus parejas, quienes, según ella, terminaban imitándola en todo. Expresa que a veces le gustaría vivir sola y muy lejos, porque no necesita de nadie. Se aburre de los vínculos de dependencia absoluta que los demás crean con ella.

La depresión se inicia cuando ella finaliza la sociedad con una amiga en un negocio que no funcionaba bien, pierde mucho dinero y comienza con contracturas en la base de su cuello, lo que promueve la urgencia de consultar a diferentes médicos. «Yo quiero tener todo bajo control, inclusive mi salud. Odio consultar con los médicos; me deprime»... «Soy muy ambiciosa. Quiero tener más y más. Me convertí en una máquina de producir». Responsabiliza a su socia de lo ocurrido y corta definitivamente la relación con ella. Este episodio, junto a la visión de sí misma enferma, le ocasiona un pico de *stress* muy importante, que deriva en una depresión con reacciones emocionales fuertes de rabia y vergüenza. En ese mismo período fue asaltada, su padre tuvo un accidente cerebrovascular y a su hermano le diagnosticaron un cáncer importante. Esto último lo relató sin preocupación ni dolor. Contaba que sentía furia por lo que le estaba pasando, bronca con la vida y que su mente le decía que se tenía que lastimar y que merecía sufrir. Pero lo que le dolía más en ese momento era que no podía cambiar las cosas que le habían pasado. Aun así, se esforzaba por mantener una percepción de sí misma como alguien superior a través del poder de la agresión o se lanzaba a un sinfín de aventuras sexuales como un modo de sentirse irresistible. Al principio, disfrutaba de estos contactos eróticos, pero si sentía que el hombre se vinculaba mucho a ella, temía que

la despojara de lo que ella tenía para dar: «vos das, das y das, y después se aprovechan y te sacan todo». La relación finalizaba bruscamente, reaccionaba de manera indiferente, sin sentir nostalgia, duelo o culpa, pues el objeto de su satisfacción erótica pasaba a ser alguien despreciable. Presu- mía con arrogancia de que nunca fue abandonada por ningún hombre y de su capacidad para enloquecerlos sexualmente.

En los primeros meses del tratamiento, la actitud de la Sra. A. estuvo marcada por una fuerte ambivalencia. Por un lado, me consideraba una analista muy buena y se describía ansiosa de asistir a la consulta porque yo la comprendía mejor que nadie; por otro lado, en algunas ocasiones llegaba tarde, casi diez minutos antes de finalizar la sesión, faltaba sin previo aviso o no tomaba en cuenta lo que yo le decía. Desde la contratransferencia, la analista (uno de los autores de este trabajo) experimentaba sentimientos de impotencia y frustración frente a estas conductas. Si bien las interpreta- ciones existían, su analista, al igual que su marido o sus amantes de turno, debía simplemente escucharla y ayudarla a sentirse mejor, pero si intentaba mostrarle algo diferente de lo que ella pensaba, lo sentía como un ataque a su persona. La sensación de perder el control sobre mí era vivida como una pérdida de su omnipotencia, que no dudaba en restablecer y en poner nuevamente en escena a través de un trato burlón, dominante y hostil: «Yo no sé si estás capacitada para entenderme [dicho entre sonrisas], es muy complicadita mi vida. Me parece que se necesitan años de estudio, y esto me está costando salado». Yo dejaba de ocupar el lugar de una analista que iba a solucionarle todos sus problemas y rápidamente me convertía en alguien incompetente que lo único que quería era sacarle dinero. Quedaba así anulada toda posible utilidad de su analista.

Fue llamativo cómo a partir de la depresión, y en momentos de crisis, la alternancia y la coexistencia de los aspectos grandiosos y vulnerables ocupaban su psiquismo. Contaba entre llantos que quería separarse de su marido pero no se animaba. Sentía mucho temor a quedar sola. Cuando se colocaba en ese lugar, se perturbaba su capacidad de reflexión, un sinfín de pensamientos inundaba su mente, no podía discriminar entre la actitud de su madre con sus hijos con respecto a la suya con sus propios hijos, el abandono de su padre y su temor a que sus hijos quedaran sin padre. Pero, al mismo tiempo, sentía mucha rabia ante lo que ella interpretaba como

debilidades que lesionaban su autoestima, la cual intentaba fortalecer a través del desprecio hacia su marido; decía que era un inútil y que ella lo tenía que mantener. Pasaba de sentirse como una niña desamparada con terror al abandono a un estado de omnipotencia. Todo ocurría como si algo amenazante sobrevolara el espacio analítico. En más de una ocasión, la analista experimentó un cierto malestar afectivo que no lograba dilucidar conscientemente y que, por lo tanto, no podía transformar y comunicar a la paciente. Pude comprender que para la Sra. A., la pérdida de su ilusión de grandiosidad significaba algo similar al impacto que producía en la analista: desasosiego, intranquilidad, ansiedad.

Quisiéramos destacar la escasa empatía y capacidad para intimar de la Sra. A. Requería la atención inmediata de los otros y era indiferente al efecto que las demandas de valoración tienen sobre los demás, como señaló Gabbard (1989). Los otros importan en la medida en que la refuerzan narcisísticamente. La Sra. A. era capaz de sentir dolor, preocupación y culpa solo por sus hijos. Estos sentimientos en ciertos momentos parecían corresponder a una parte más sana de su self, aunque en otros se confundían con aspectos más idealizados, en los que aparecía el temor a fracasar frente a su ideal de madre.

Mientras trabajaba, ganaba dinero y socialmente ocupaba un lugar de privilegio, lograba mantener intacta su grandiosidad y todo funcionaba bien; una grandiosidad que no aparecía asociada a la agresión manifiesta, sino más bien al ejercicio del poder social y económico, y a la admiración de los demás. Cuando fracasa comercialmente, pierde su posición económica y se enferma, se produce el quiebre, se deprime, y a partir de allí, se agudizan sus actuaciones y el desprecio hacia los otros. Tomar contacto con un self pobre e inestable, darse cuenta de que no puede dar el «doscientos por ciento en todo» la expone al «o podés con todo o sos una mierda». Esto da lugar a una herida narcisista que la humilla, la hace sentir despreciable, desencadenando una rabia narcisista implacable que desemboca, por un lado, en una autoagresión, se corta los brazos, pero también contamina la totalidad de sus vínculos; se aleja de sus amigos, siente que no puede atender a sus hijos y ataca especialmente el vínculo con su marido: «Quiero cortar el vínculo y no puedo, odio, odio estar así. Él no tiene un empleo importante; trabaja en una oficina

y gana poco. Siempre desvaloricé y desprecié a la gente que no triunfa; estoy acostumbrada al éxito». Necesita desvalorizarlo como una forma de aniquilarlo como objeto significativo para no reconocer su necesidad de dependencia y, por ende, sus propias carencias. Siente más vergüenza por su humillación de sentirse disminuida frente a sí misma y frente a sus amistades que por culpa de haberlos lastimado. En consecuencia, se retrae socialmente porque no quiere que la vean así, aunque persiste en la búsqueda de contactos sexuales que la colmen de sentimientos de excitación y triunfo: «Los enloquezco sexualmente y después los tiro para afuera». Su lucha está destinada a no dejarse dominar por sus aspectos más débiles.

Tengamos en mente este caso para compararlo con el que presentaremos a continuación.

CASO CLÍNICO: LA SRA. B.

La Sra. B. consulta por depresión y sentimientos de inutilidad, desvalorización y temor a las críticas. Intenta hacer su trabajo a la perfección, pero no recibe la aceptación que espera. Siente que no aprecian su esfuerzo por alcanzar la perfección. Le dicen que ella ve los árboles, pero no el bosque. No entiende por qué le dicen eso, dado que ella intenta tomar todo en cuenta. Como consecuencia, se retrae. No le gusta exponerse. Su vida social es muy reducida. Después de una experiencia que la frustró, no volvió a tener pareja. Se siente diferente a los demás, sin poder decir por qué. Sus pocas amigas son parecidas a ella, retraídas. Solo hace cosas en las que siente que le puede ir bien. Su infancia fue difícil debido a la depresión y la hostilidad de la madre, quien siempre fue rígida y crítica hacia ella, y también por el alcoholismo y la depresión del padre, que lo mantenían ausente de la vida familiar.

Hemos tomado este caso de Skodol, Morey, Bender y Oldham (2015), pues es uno de los ejemplos que fundamentan la inclusión del NPF en el DSM, propuesta que fue parcialmente aceptada al ser incluida en la sección III como tema en estudio para el futuro. Esta visión modifica sustancialmente la definición del narcisismo del DSM-IV, que considera exclusivamente al grandioso. Pero ¿por qué considerar central en la Sra.

B. el trastorno narcisista, y no otras perturbaciones que podrían a primera vista explicar también sus problemas, como ser la fobia social? Skodol *et al.* (2015) creen que el diagnóstico diferencial entre ambas es fundamental, criterio que compartimos por su utilidad para el trabajo analítico. Dada la retracción social de la Sra. B. ante la exposición pública, podría plantearse que se trata de una fobia social o de un trastorno evitativo. Sin embargo, una exploración cuidadosa muestra que el núcleo del trastorno no es el temor a ser desbordada y avergonzada por su ansiedad ante las situaciones sociales, sino que radica en la hipersensibilidad a las evaluaciones negativas que afectan sus aspiraciones de perfección. De allí surgen las dificultades de relacionamiento que la llevan a la inhibición e inadecuación social. Su problema central se relaciona con la necesidad de regular su autoestima a través de la aprobación de los demás. Necesita que se compruebe su perfección, difícil de percibir, pues permanece encubierta y solo se pone de manifiesto en sus autoexigencias. Oscila así entre la expectativa de que el perfeccionismo grandioso sea reconocido y el temor a experiencias que la frustren, y por eso ve como salida la retracción social. Si bien en los trastornos evitativos también se da la hipersensibilidad a las críticas, en el caso de la Sra. B. se agrega la dificultad para percibir lo que los otros esperan de ella y cómo valoran su actuación. Solo ve sus propias expectativas, y no logra colocarse empáticamente en el lugar de quienes ven su actuación de un modo distinto. Junto a las fallas en la empatía, están presentes dificultades para las relaciones de intimidad porque los demás interesan más como fuente de autoestima que por ellos mismos. La reciprocidad de los sentimientos es escasa, pues el otro es antes que nada un medio para regular su autoestima. Todo esto confirma el lugar central que ocupa el trastorno narcisista en su personalidad.

NARCISISMO GRANDIOSO O VULNERABLE Y NIVEL DE FUNCIONAMIENTO MENTAL

Para entender mejor las relaciones entre estas dos presentaciones del narcisismo, examinaremos su relación con los niveles de funcionamiento mental, lo cual constituye un tema relevante para la psicopatología psicodinámica actual.

Los diagnósticos clásicos, tanto en psicoanálisis como en psiquiatría, han sido de naturaleza predominantemente categorial. Esto es, ponen el énfasis en el tipo o la categoría de trastorno observado (obsesivo, fóbico, etc.). Hoy día se ha sumado un marcado interés por el diagnóstico dimensional, y en especial por el grado de severidad de los trastornos. Esta perspectiva, que es complementaria a la categorial, tiene importancia, pues —como señalan Bender, Morey y Skodol (2011)— la severidad de las perturbaciones es la variable con mayor valor para la predicción de patología concurrente o predictiva, esto es, de la existencia actual o futura de otros trastornos que afecten o puedan afectar a la persona.

Los trabajos de O. F. Kernberg (1970) fueron pioneros para determinar los criterios para evaluar la gravedad de los trastornos de la personalidad. Kernberg toma en cuenta tres variables para establecer la gravedad de un trastorno: la identidad (cohesión vs. difusión), los mecanismos de defensa (evolucionados vs. primitivos) y el sentido de realidad (conservado o no). Basándose en ellas, estableció una gradación entre el nivel neurótico de organización de la personalidad (en el que existe rigidez defensiva, pero el self es cohesivo, las defensas son maduras y el sentido de realidad está conservado), el nivel *borderline* (en el que existe difusión de la identidad y defensas primitivas, y el sentido de realidad está conservado, aunque es vacilante) y un nivel psicótico en el que juega un papel central la pérdida del juicio de realidad.

Los trastornos narcisistas se sitúan en un nivel intermedio entre el nivel neurótico y el *borderline* (Kernberg y Caligor, 2004). Existen formas especiales que presentan una gravedad extrema cuando se unen a rasgos paranoides, antisociales y sádicos egosintónicos, como ocurre en el síndrome de narcisismo maligno (Kernberg, 1984, 1986). Para otros autores, los trastornos narcisistas también se ubican dentro de las neurosis, aunque con un predominio de los aspectos duales arcaicos que lleva a una insuficiente discriminación con el otro, lo que dificulta el acceso a la propia subjetividad (Schkolnik, 1995a). Schkolnik distingue entre un narcisismo relacionado con la búsqueda de la completud, que es el que se ve en el nivel neurótico, de un narcisismo arcaico en el que está comprometida la diferenciación yo-no yo y que se relaciona con la angustia de muerte (Schkolnik, 1995b).

Como señalan Akhtar y Thomson (1982), los trastornos narcisistas comparten con el nivel *borderline* la importancia de los mecanismos de escisión y de la falta de empatía, pero se diferencian en la mayor cohesión del self, del control de las impulsiones y de las autoagresiones, y en la estabilidad del juicio de realidad.

Estas distinciones corresponden sobre todo a las formas grandiosas, que son las únicas tomadas en cuenta clásicamente (DSM-IV). Pero, como hemos visto, en los últimos tiempos creció el interés por las formas vulnerables del narcisismo. En consecuencia, el DSM-5 incluyó en su Sección III (perspectivas para el futuro; American Psychiatric Association, 2013) una versión alternativa para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad que está más cercana a una perspectiva dinámica. Al mismo tiempo, en el campo psicoanalítico se desarrollaron sistemas diagnósticos, muy afines en algunos aspectos a la versión alternativa del DSM-5, que permiten comprender mejor las vulnerabilidades narcisistas (PDM Task Force, 2006; OPD Grupo de Trabajo, 2008).

En la versión alternativa de los trastornos de la personalidad que trae la sección III del DSM-5 están incluidas las formas vulnerables, lo que, como señalan Skodol *et al.* (2015), lleva a incluir casos con nivel de organización neurótico. El trastorno narcisista es definido de este modo: «Las características de la personalidad narcisista son la autoestima variable y vulnerable, con intentos de regularla buscando la atención y la aprobación, con grandiosidad manifiesta [*overt*] o encubierta [*covert*]» (American Psychiatric Association, 2013, p. 767). La Escala de Niveles de Funcionamiento de la Personalidad (LPFS), que es uno de los criterios centrales para realizar el diagnóstico, evalúa cuatro áreas de la persona, dos de ellas relacionadas con el Self (Identidad y Autodirección) y dos con lo Interpersonal (Empatía e Intimidad). En los trastornos narcisistas deben estar perturbadas al menos dos de estas áreas. Por ejemplo, la identidad y la autodirección pueden estar afectadas por la inestabilidad de la autoestima y su excesiva referencia a los otros. La capacidad de empatía y de intimidad muestran, como en el caso de la Sra. B., la dificultad para interesarse genuinamente por los otros al quedar la relación al servicio de la autovaloración.

De acuerdo a esta escala, la Sra. B. presenta una perturbación de su funcionamiento de la personalidad de nivel moderado, lo que se podría

traducir diciendo que su trastorno supera el de un nivel neurótico leve, sin llegar al nivel de severidad *borderline* (Bernardi *et al.*, en prensa). Si se aplicaran otros sistemas de diagnóstico actuales de orientación psicodinámica, tales como el OPD-2 y el PDM, arrojarían un resultado similar.

El OPD-2 aporta una perspectiva diagnóstica de gran valor práctico y teórico, a saber, la distinción entre los problemas generados por conflictos y los relacionados con fallas de estructura. Desde esta perspectiva, podemos ver que los problemas narcisistas pueden estar relacionados con conflictos inconscientes de nivel neurótico, pero que también pueden existir fallas subyacentes a nivel de las funciones estructurales básicas que afectan la regulación de la autoestima y la percepción de sí mismo y de los demás. Es importante distinguir entre ambos, pues la posibilidad de que el paciente pueda trabajar en el análisis sus conflictos inconscientes está condicionada por el nivel de integración de dichas funciones estructurales. Ellas incluyen la capacidad de percepción de sí y de los demás, de regular sus afectos en situaciones traumáticas y de procesar emociones y comunicarse y vincularse consigo mismo y con los demás. Estas capacidades, determinadas por múltiples factores (características constitucionales, experiencias traumáticas y estilos defensivos que pueden perpetuarlas), son el soporte psíquico del funcionamiento mental y son necesarias para que pueda darse una expresión organizada de los conflictos y su elaboración en el análisis. Cuando fallan, este es el punto que la psicoterapia debe abordar en primer lugar.

Una entrevista realizada de acuerdo con los criterios del OPD-2 probablemente mostraría en la Sra. B. un nivel de integración estructural medio, lo que estaría en consonancia con la LPFS. La distinción conflicto/estructura lleva a que el analista vea si es posible comenzar el tratamiento trabajando los conflictos inconscientes nucleares o si es necesario primero buscar caminos compensatorios para las fallas en las funciones estructurales básicas, de modo de lograr un mejor funcionamiento mental.

Intentemos ahora comparar el caso de la Sra. B. con el de la Sra. A. Ambas presentan trastornos narcisistas, pero de diferentes características. En la Sra. A. predominó el narcisismo grandioso hasta el momento en el que apareció el cuadro depresivo que pone de manifiesto aspectos vulnerables encubiertos. En ambas existe una hipersensibilidad a las evaluaciones

negativas. La Sra. B. es consciente de ello, se defiende aislándose y evitando las relaciones con el otro sexo. En cambio, cuando la Sra. A. toma contacto con la vergüenza relacionada con sentirse débil, rápidamente busca transformarla en lo opuesto: una autoafirmación exagerada. Se refugia, por ejemplo, en sensaciones de hastío hacia los demás o piensa con hostilidad que le gustaría estar lejos de todo el mundo porque ellos son la fuente de su sufrimiento. En cuanto al otro sexo, busca contactos ocasionales para regular su autoestima con personas a las que luego desprecia. Si bien ambas necesitan una excesiva aprobación de los demás, la Sra. A. está convencida de que cuenta con ella hasta el momento en el que se derrumba y aparece su temor a sentirse abandonada. La Sra. B., en cambio, no se lanza a una búsqueda similar de admiración, sino que su temor a fracasar la lleva a la retracción. El otro es alguien a dominar en un caso, y a temer en el otro.

En ambos casos existen limitaciones severas de la capacidad de mentalización, es decir, en la función reflexiva que permite comprender la propia mente y la de los demás (Fonagy, Gergely y Target, 2002). La Sra. B. no logra percibir por qué los otros pueden no estar contentos con su trabajo, y la Sra. A. responde a las críticas con una actitud agresiva que no deja lugar al cuestionamiento de sí ni a la comprensión del punto de vista de los demás, ni permite relaciones reales de intimidad. La única manera de regular afectos y autoestima es o bien a través de la evitación del contacto en el caso de la Sra. B., o de la autoafirmación exagerada e intransigente de sí misma cuando se trata de la Sra. A. Si bien ambas son capaces de representar y simbolizar experiencias internas, vemos que está limitada la capacidad de integrar las distintas representaciones de sí mismo, en especial cuando se trata de integrar los aspectos grandiosos y vulnerables. En la Sra. B., sin llegar a la situación de difusión de identidad propia de los estados limítrofes, existe una afectación de la imagen del self y de la experiencia de la propia identidad. En la Sra. A., en los momentos de mayor descompensación el funcionamiento mental corresponde a un nivel *borderline*, mostrando dificultades para regular sus impulsos y su agresividad, lo que la lleva a utilizar defensas primitivas. Como sabemos, el diagnóstico de trastorno *borderline* suele modificarse favorablemente en el tiempo (Zanarini, Frankenberg, Bradford-Reich y Fitzmanrica, 2010a, 2010b) aunque las disfunciones sociales se mantienen (Gunderson *et al.*,

2011). Esto está de acuerdo con la idea del OPD-2 de que las vulnerabilidades estructurales pueden hacerse manifiestas en los momentos de *stress* y luego compensarse, mientras ciertos déficits estructurales persisten. Esto está de acuerdo con la evolución de la Sra. A. En el análisis logró equilibrar muchos de sus comportamientos: volvió a trabajar, se estabilizó en su rol de madre, disminuyó la medicación y recuperó parte de sus amistades. En ese momento, abandonó el tratamiento en forma brusca, sin lograr analizar su necesidad de grandiosidad ni sus dificultades para mantener relaciones de intimidad.

VERGÜENZA, HUMILLACIÓN Y DEPRESIÓN

Interesa destacar el lugar central que en ambas pacientes ocupa el temor a las experiencias de vergüenza y humillación, y los sentimientos de depresión que las acompañan.

El «descubrimiento» de las formas vulnerables de narcisismo coincide con estudios del desarrollo que muestran los efectos de la negligencia parental ante las necesidades específicas de reconocimiento del niño (Van Buren y Meehan, 2015). Los sistemas regulatorios de la vergüenza, ligados a las formaciones ideales del yo y al superyó, comienzan a desarrollarse muy temprano, al final del primer año de vida. La relación empática con los padres provoca en el niño un intenso aflujo de excitaciones que se expresan a través del sistema neurovegetativo, en especial el simpático, y que acompañan probables vivencias subjetivas de elación subjetiva. Las fallas inesperadas en la sintonía con los cuidadores pueden llevar a cambios bruscos en los sistemas activados y generar vivencias de depleción, inadecuación y vacío que están en la base de los sentimientos de vergüenza y humillación (Schore, 1991). Estos traumas específicamente narcisistas dificultan el desarrollo de los sistemas regulatorios internos, tales como el de los ideales del yo, y con ellos la posibilidad de regular el tono del humor básico y la autoestima (Gonchar, 1993). Todo esto aumenta el riesgo de depresión y la vivencia de depleción del yo.

Desde la experiencia psicoanalítica, H. Garbarino (1986) había señalado como típicos de la depresión narcisista el descenso de la autoestima, la falta de confianza y de la seguridad en uno mismo, la propensión al

desánimo y el disgusto por la vida. A diferencia de las depresiones en las que el duelo es por el objeto perdido, en estos casos el objeto perdido es el yo mismo, identificado con un yo ideal omnipotente.

Esta amenaza a la autoestima en cuanto sentimiento de sí mismo la encontramos tanto en el caso de Sra. A. como en el de la Sra. B. Los ideales no trascienden ni logran poner a salvo al yo frente a las necesidades del yo grandioso. Por el contrario, el desarrollo precario de los ideales del yo se realiza a favor de la conservación de un yo ideal omnipotente. Cuando el yo ideal se siente muerto, necesita vengarse para recuperarse, pues predomina el sentimiento de haber recibido un agravio. La Sra. A. logra alcanzar por momentos su ideal, pero el impacto de haberlo perdido es vivido como un ataque a su dignidad, que trae aparejadas experiencias intensas de humillación que derivan en una furia narcisista orientada a reafirmar su dominio sobre el otro. Es lo que Zuckerfeld (2014) denomina «déficit con injuria narcisista» (p. 13), englobando la constitución subjetiva y las configuraciones vinculares. Para Morrison (1989), la rabia es la respuesta a la vergüenza, así como también el desprecio de la Sra. A. hacia su marido representa la identificación proyectiva de la vergüenza. Por su parte, la Sra. B., ante la humillación que supone no ser admirada por el otro, busca retraerse para lamer sus heridas en la intimidad de su refugio, donde intenta recuperarse amparándose en sus sentimientos de perfeccionismo. En ambas pacientes, la humillación, según Morrison (1989) es una respuesta frente a la experiencia de vergüenza que impone la autopercepción de sus defectos, carencias e inferioridades con respecto a sí misma y en la relación con los otros.

La propensión a la vergüenza se relaciona estadísticamente con el narcisismo vulnerable, pero no con el grandioso (Hibbard, 1992). Una defensa narcisista exitosa no deja lugar para la vergüenza y promueve la búsqueda permanente de halago como una forma de evitarla (Hibbard, 1992). Es importante evaluar la fuerza de las defensas grandiosas y, sobre todo, el grado en el que resultan egosintónicas, pues puede ser crucial para el tratamiento. Este fue un factor que gravitó en el desenlace del análisis de la Sra. A. Cuando disminuyó la angustia, se hizo más evidente lo intolerable que le resultaba la vergüenza que le producía exponer sus debilidades en el análisis. A. Rumi (2010) señala que las experiencias más intensas

de vergüenza y de furia se manifiestan especialmente en individuos que necesitan desplegar sobre los otros un control absoluto.

En el NPF no siempre es el juicio externo el que ocupa el primer lugar. Es necesario tomar en cuenta la relación que puede darse entre el sufrimiento narcisista, el juicio del superyó y el masoquismo. Una breve viñeta puede resultar ilustrativa a este respecto.

La Sra. C., al igual que la Sra. B., teme exponerse en público pues anticipa la vergüenza que sentirá si no actúa en forma perfecta. A diferencia de la Sra. B., la Sra. C. está especialmente dotada para las tareas que realiza y su nivel de mentalización le permite darse cuenta de lo que se espera de ella, lo que la vuelve exitosa. Sin embargo, no puede disfrutar de sus éxitos ni incorporarlos a la imagen que tiene de sí misma. Se siente un fraude y se culpa por recibir una consideración que no merece. Logros que le parecían inalcanzables luego de obtenidos se le vuelven insignificantes o los atribuye al azar. Por eso tiene que buscar nuevos desafíos que nunca alcanzan para cimentar una autoestima positiva. Podemos ver que la desaprobación que la Sra. B. teme de los demás, la Sra. C. la encuentra en el sometimiento a su propio juicio interno. En el curso del tratamiento, ella misma relacionó estos juicios internos críticos con los comentarios que desde pequeña recibió de su madre. Pero su madre real no es ahora la parte principal del problema ni es hoy tan severa como la interna. La Sra. C. vacila cuando a nivel de realidad se le pregunta hasta dónde realmente cree que sus logros carecen de valor. Sabe que lo tienen, sabe que no existen brujas, pero aun así... Su propia voz y sus funciones yoicas indemnes no logran imponerse en esta batalla contra la voz materna crítica que ahora le llega amplificadas desde su interior. Como señala Freud (1924/1999), la batalla se vuelve especialmente difícil cuando el sadismo del superyó —en quien está depositada la grandiosidad— se une con el masoquismo del yo, el cual vuelve hacia sí mismo la agresión, con la consiguiente afectación de la autoestima. En este caso, que el paciente pueda permitirse logros externos es solo un primer paso que no debe hacer olvidar que el combate decisivo se juega en torno a la integración de estos logros en la percepción de sí misma y en el poder aceptar el legítimo disfrute que le producen.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La distinción entre las formas grandiosas, o de piel gruesa, y las vulnerables, o de piel fina, ayuda a comprender mejor aspectos del narcisismo que tienen interés clínico, teórico y terapéutico.

Nos habíamos preguntado en qué medida el NPF y el NPG correspondían a dos tipos de pacientes o a dos aspectos del narcisismo que están en toda persona. Los casos examinados muestran que ambas respuestas son parcialmente válidas. La Sra. A. y la Sra. B. presentan formas distintas de patología narcisista que es útil diferenciar a nivel clínico. Pero también es cierto que a nivel psicopatológico y psicodinámico, a medida que profundizamos encontramos aspectos comunes en ambos casos, tanto en relación con la grandiosidad como con la vulnerabilidad. Estos aspectos, que son en parte similares y en parte diferentes, permiten orientar el trabajo analítico.

Cuando la grandiosidad de la Sra. A. se derrumba, aparecen aspectos vulnerables, pero ellos no tienen las mismas cualidades que en la Sra. B. En la Sra. A., más que piel fina aparece una llaga viva que se pone de manifiesto en su depresión y en diversos tipos de desregulación de sus afectos y comportamientos que afectan su nivel de funcionamiento mental. Intenta escapar del sentimiento de humillación a través del desprecio explícito hacia el otro, sumado a una autocrítica feroz y a comportamientos autodestructivos.

Esto condiciona el manejo terapéutico. La Sra. A. puede aceptar la ayuda terapéutica en tanto la ayude a que ella misma retome el control de su propia vida; más allá de este punto, la ayuda terapéutica se convierte en una nueva humillación. Esto impone al analista una difícil tarea que pone a prueba su contratransferencia: mantener un contacto empático a pesar de que la paciente le haga sentir que ocupa un lugar secundario, anónimo o depositario de proyecciones. Sostener el rol analítico se vuelve difícil y es necesario tomar conciencia de que la paciente puede optar por conservar su grandiosidad en vez de analizarla. Como vimos, es lo que ocurrió en el caso de la Sra. A.

En la Sra. B., es dable suponer que su necesidad de ser reasegurada facilitaría la búsqueda de ayuda terapéutica, aunque probablemente también surgirían fuertes resistencias a analizar su sufrimiento narcisista.

Podría, como la Sra. A., interrumpir el tratamiento, pero es necesario considerar otro riesgo. Si el analista no identifica adecuadamente el significado narcisista de su sufrimiento, puede quedar fijado en el papel de madre acogedora y envolvente que protege la hipersensibilidad del paciente, atribuyendo a otras causas sus dificultades. Mientras en el NPG las resistencias al análisis de la grandiosidad narcisista están a la vista, en el NPF la situación de *impasse* puede instalarse silenciosamente. El análisis se vuelve entonces ineficaz pero interminable. Al no estar claramente identificado a nivel diagnóstico, el NPF puede no ser analizada adecuadamente. Esto repercute no solo en la vida individual, sino en los ámbitos en los que se mueve la persona. No está de más preguntarnos en qué medida el funcionamiento institucional de las sociedades psicoanalíticas (y de muchas otras instituciones) puede estar afectado por los efectos del NPF insuficientemente analizado. Esto explicaría, por ejemplo, el hecho de que muchas veces en las discusiones científicas se vuelva difícil la exposición de las ideas personales cuando no coinciden con las dominantes en ese momento en la institución, o que se tome toda discrepancia científica respecto al valor de determinadas ideas o autores como un ataque personal.

Cuando el analista intenta explorar el NPF, es muy probable que se encuentre con zonas de piel gruesa en personas en las que parecía existir solo la piel fina. Mejor dicho, es probable que más que piel gruesa, encuentre una piel dura y resbalosa o recubierta de púas. No es probable que la Sra. B. renuncie a lo que su perfeccionismo representa para ella sin defenderlo huyendo, atacando o inhibiéndose. Tampoco en el caso de la Sra. C. es dable esperar que fácilmente deje de someterse a la voz del superyó, pues la paciente está en una relación de amor masoquista con el objeto materno introyectado en sus formaciones ideales. Tal vez el término lacaniano de *goce* sea adecuado para describir esta mezcla de sufrimiento y placer en la que la transgresión hacia un «más allá» no deja de estar presente. Esta situación se pone de manifiesto no tanto en el logro de éxitos exteriores, sino en lo relacionado con la posibilidad de experimentar en forma placentera a su propio self en tanto relacionado con otros. A este respecto, Blatt (Blatt, Auerbach y Behrends, 2008) señaló que el analista, al modo de los objetos transicionales o a través de

«identificaciones proyectivas adaptativas» (pp. 252), puede servir como una base real o fantaseada para que el paciente construya nuevas formas de representarse y experimentarse a sí mismo.

Desde el punto de vista metapsicológico, hablamos de narcisismo cuando nos referimos a las investiduras de sí mismo, las cuales pueden tener distinta localización tópica, dinámica o económica, y están en íntima interrelación con las representaciones objetales (Bernardi, 1982). Esta interrelación es fundamental para comprender la polaridad NPF- NPG, la cual se sitúa en la encrucijada donde se genera la dialéctica de conjunción/disyunción que caracteriza la relación del self con el otro. Para comprender el desarrollo de la subjetividad e intersubjetividad del bebé, es necesario atender tanto las experiencias del self-con-otro como del self-versus-otro (Stern, 1991). La regulación de los intensos afectos vinculados a los sistemas de apego necesita tanto del desarrollo del sentido de la propia autonomía como de la conexión con otros (Emde, 1988). Estos sistemas regulatorios no surgen como el resultado de procesos únicamente intrapsíquicos, sino a partir de las regulaciones mutuas e interactivas entre el niño y quienes lo cuidan (Beebe y Lachman, 1988). No podemos entrar aquí a estudiar los múltiples aspectos de las experiencias de apego y de espejamiento vinculados al narcisismo, pero al menos es importante destacar que a lo largo del desarrollo, es necesario que se dé un equilibrio dialéctico entre el reconocimiento que proviene de uno mismo y el que proviene de los demás. Estos aportes ayudan a comprender la importancia que muchos autores actuales dan a los ciclos de encuentro y desencuentro, de ruptura y de reparación tanto en un tratamiento analítico como en los vínculos en general.

Esta perspectiva es afín a la de S. Blatt (2004), quien ha jerarquizado el papel que juega en la patología la polaridad entre las necesidades de autodefinición, o introyectivas, y las de relacionamiento, o anaclíticas. Ambas dimensiones de la personalidad, que en el desarrollo normal resultan complementarias, tienden a contraponerse en la patología (Shahar, Blatt y Ford, 2003).

La forma que adopta la polaridad autodefinición-relacionamiento se expresa de modo diferente en los diferentes niveles de funcionamiento mental. En el nivel de funcionamiento psíquico saludable, encontramos

que se logra un equilibrio entre las necesidades de valorarse a sí mismo y la de ser valorado por los demás (y valorarlos), lo que hace posible juegos de «ganar-ganar» en los que crece un sentido abierto del «yo parte del nosotros» («*we-go*»; Emde, 2009). En estos juegos es inevitable que se sufran o se inferan heridas narcisistas, pero los recursos internos o interpersonales permiten curarlas.

En los niveles de funcionamiento neurótico, el equilibrio entre el self y los otros se ve afectado por la rigidez defensiva frente a los conflictos inconscientes, lo que lleva a dilemas entre la afirmación de sí mismo a expensas de los demás o la búsqueda de agradar a los demás a expensas de sí mismo. En el caso de los trastornos narcisistas, estos dilemas están carentes de mediaciones dialécticas, por lo que se acentúan y se hace difícil encontrar un equilibrio entre la valoración que viene de sí mismo y la que viene de los demás. Esto va unido a una afectación mayor del funcionamiento mental que la que se da en la neurosis clásica. En las formas grandiosas del narcisismo, se suele señalar el predominio de las necesidades de autodefinición sobre las de relacionamiento. En el NPF podemos hipotetizar (aunque esto necesita ser corroborado por investigaciones empíricas) que predominan las necesidades del relacionamiento, pues el paciente no logra encontrar en sí mismo una fuente estable de autoestima, la que está colocada en lograr la valoración de los otros.

Por último, cuando existen vulnerabilidades estructurales importantes o un nivel de funcionamiento claramente *borderline*, tanto la autodefinición como el relacionamiento resultan problemáticos. El paciente no logra regular la autovaloración y a veces ni siquiera cuidarse a sí mismo adecuadamente. El relacionamiento también es problemático, y los otros pueden pasar en un instante de ser sentidos como fríos y distantes a ser rechazados por estar demasiado cerca y resultar invasores.

Queremos hacer un último comentario sobre el aspecto terapéutico. Hemos visto que los fenómenos narcisistas abarcan un abanico de sentimientos que va de la desvalorización y la vergüenza a la grandiosidad y el dominio sobre el otro. Kohut destacó la importancia de la comprensión empática para el análisis del narcisismo. Pero empatía no es simplemente simpatizar con el paciente, sino también, como señala Kernberg, el poder acercarse a sentimientos que pueden desagradarnos o repelernos, como

la agresión o la destructividad, para comprenderlos desde el interior del paciente. El narcisismo, sea de piel fina o gruesa, pone en juego nuestra propia capacidad de empatizar tanto con la grandiosidad como con el temor a la vergüenza o la humillación. Muchas veces con este tipo de pacientes sentimos que caminamos en un campo minado, pues las fallas en la empatía pueden producir tormentas transferenciales o incluso poner en peligro el tratamiento. Sin embargo, nos atreveríamos a decir que estas zonas explosivas se encuentran también en nuestra propia contra-transferencia en cuanto nos expone a sentimientos que muchas veces son conflictivos en nosotros mismos. En ese sentido, el comprender mejor en nosotros mismos los aspectos grandiosos y vulnerables, nuestra arrogancia y nuestra vergüenza, así como la relación que los une, puede ayudarnos a analizarlos mejor en nuestros pacientes. ♦

RESUMEN

El trabajo explora dos formas o aspectos clínicos del narcisismo y sus implicaciones psicopatológicas: el llamado narcisismo de piel fina (NPF), o vulnerable, y el narcisismo de piel gruesa (NPG), o grandioso. Se pasa revista a la literatura actual sobre el tema, señalando los diversos nombres y las diversas características con las que cada uno de ellos fue descrito. Se presentan ejemplos clínicos de los dos tipos de narcisismo, se analizan las similitudes y las diferencias entre ellos, y los factores que pueden dar complejidad al cuadro clínico. Se destaca la importancia de las experiencias de vergüenza y humillación. A partir de estas comparaciones, se examinan los mecanismos psicodinámicos que están en juego en ambos casos, en especial su relación con los niveles de funcionamiento mental. Se concluye que tanto el NPF como el NPG constituyen formas fallidas de hacer frente a la difícil articulación entre la afirmación del self y el reconocimiento del otro.

Descriptor: NARCISISMO / MATERIAL CLÍNICO / TRANSFERENCIA / CONTRATRANSFERENCIA / DIAGNÓSTICO / TÉCNICA PSICOANALÍTICA / FUNCIÓN SINTÉTICA / VERGÜENZA

SUMMARY

This paper explores two types of narcissism and their psychopathological implications: thin-skinned or vulnerable narcissism and the thick-skinned or grandiose narcissism. Current literature on this subject is considered, stating the names and characteristics with which each of them were described. Clinical vignettes are presented for both types of narcissism and similarities and differences among them, as well as other related factors are analyzed. The importance of experiences of shame and humiliation are underlined. Based on these comparisons, the psychodynamic mechanisms at stake are examined in both cases, especially their relation with the levels of mental functioning. It is concluded that both thin-skinned and thick-skinned narcissism constitute failed forms of facing the difficult articulation between self-affirmation and the acknowledgement of the other.

Keywords: NARCISSISM / CLINICAL MATERIAL / TRANSFERENCE / COUNTERTRANSFERENCE / DIAGNOSIS / PSYCHOANALYTIC TECHNIQUE / SYNTHETIC FUNCTION / SHAME

BIBLIOGRAFÍA

- Akhtar, S. (1989). Narcissistic personality disorder: descriptive feature and differential diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 505–529.
- (2000). The shy narcissist. En J. Sandler, R. Michels y P. Fonagy (ed.), *Changing Ideas in a Chaning World: The Revolution in Psychoanalysis. Essays in Honour of Arnold Cooper*. (pp. 111–119). Nueva York: Karnac.
- Akhtar, S. y Thomson, J. J. (1982). Overview: narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139(1), 12–20.
- Altmann de Litvan, M. (ed.). (2014). *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis -The Three-Level Model*. Londres: Karnac.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W. (1998). Thick- and thin-skinned organisations and enactment in *borderline* and narcissistic disorders. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 13–25.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (1987). The contributions of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5(4), 305–337.
- Bender, D. S., Morey, L. C. y Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346.
- Bernardi, R. (1982). La representación inconsciente de sí en los trastornos narcisistas. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 61, 73–82.
- (2001). Psychoanalytic goals: New and old paradoxes. *The Psychoanalytic Quarterly*, 70(1), 67–98.
- (2009). ¿Qué metapsicología necesitamos? Vigencia de Bleger. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 108, 223–248.
- (2014). The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. En M. Altmann (ed.), *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis - The Three-Level Model* (pp. 3–34). Londres: Karnac.
- Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L. y Oyenard, R. (en prensa). *La formulación psicodinámica de caso. Su valor para la práctica clínica*. Montevideo.
- Bernardi, R., Díaz Rosssello, J. L. y Schkolnik, F. (1982). Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 61, 93–100.
- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C. y Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162, 890–898.
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484–486.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S. y Behrends, R. S. (2008). Changes in the representation of self and significant others in the treatment process: Links between representation, internalization, and mentalization. En E. L. Jurist, A. Slade y S. Bergner (ed.), *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 225–263). Nueva York: Other.
- Britton, R. (1989). The missing link: Parental sexuality in the Oedipus complex. En *The Oedipus complex today clinical implications* (pp. 83–101). Londres: Karnac Books.
- (2004). Subjectivity, objectivity, and triangular space. *Psychoanal. Q.*, 73, 47–61.
- Caligor, E., Levy, K. N. y Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415–422.

- Cooper, A. M. y Ronningstam, E. (1992). Narcissistic personality disorder. *Review of Psychiatry*, 11(5), 80–98.
- Dickinson, K. A. y Pincus, A. L. (2003). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188–207.
- Emde, R. (1988). Development terminable and interminable II: Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 283–296.
- (2009). From Ego to "We-Go": Neurobiology and questions for psychoanalysis: Commentary on papers by trevarthen, gallese, and ammaniti y trentini. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 556–564.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Nueva York: Other.
- Freud, S. (1999). The economic problem of masochism. En J. Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete psychological works of Sigmund Freud (1923-1925): The Ego and the Id, and other works* (vol. 19, pp. 155-170). (Trabajo original publicado en 1924).
- (1990). *Tipos libidinales*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1931).
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 527–532.
- (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*, 39, 129-136. <http://doi.org/10.3928/00485713-20090301-03>
- Garbarino, H. (1986). Estudios sobre narcisismo. En H. Garbarino, *Duelo por el yo y depresión narcisista* (pp. 61–70). Montevideo: Roca Viva.
- Gonchar, J. (1993). Psychoanalysis and contemporary thought. XIV, 1991: Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. Allan N. Shore. *Psychoanalytic Quarterly*, 62(508), 187–250.
- Green, A. (1994). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gunderson, J., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Tracie Shea, M., Morey, L. C., Grilo, C. M., Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of *borderline* personality disorder. Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837.
- Hibbard, S. (1992). Narcissism, shame, masochism, and object relations: An exploratory correlational study. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 489–508.
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800–822.
- (1975). *Narcisismo normal y narcisismo patológico: Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- (1984). *Trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual Moderno.
- (1985). Book Editor's Choice. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33(S), 11-16.
- (1986). Institutional problems of psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(799), 834.
- Kernberg, O. F. y Caligor, E. (2004). A psychoanalytic theory of personality disorders. En J. F. Clarkin y M. F. Lenzenweger (ed.), *Major theories of personality disorder* (pp. 115–156). Nueva York: Guilford Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. Nueva York: International Universities Press.
- (1977). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Meltzer, D. (1975). Adhesive identification/ Identificación adhesiva. *Contemporary Psychoanalysis*, 11(3), 289–310.
- Miller, J. y Campbell, W. (2008). Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 76, 449–476.

- Morrison, A. P. (1989). *Shame: The underside of narcissism*. Hillsdale: Analytic Press.
- OPD Grupo de Trabajo. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. OPD-2*. Barcelona: Herder.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pincus, A. L. (2013). The pathological narcissism inventory. En J. S. Ogronczuk (ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 93–110). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Pincus, A. L., Cain, N. M. y Wright, A. G. C. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 439-443.
- Pincus, A. L. y Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215> P
- Reich, W. (1975). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós.
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. Nueva York: Oxford University Press.
- (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39(3), 111-121.
- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psycho-analytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169-178.
- (1987a). Afterthought: Changing theories and changing techniques in psycho-analysis. En H. Rosenfeld, *Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients* (pp. 265–279). Londres: Tavistock.
- (1987b). *Impasse and interpretation*. Londres: Tavistock.
- Rumi, A. M. (2010). Vergüenzas, una pluralidad desafiante. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 110, 71-96.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R. y Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1473-1481.
- Schkolnik, F. (1995a). Lo arcaico en la neurosis. En Asociación Psicoanalítica del Uruguay, *Lo arcaico, temporalidad e historización*. IX Jornadas Psicoanalíticas (pp. 309–14). Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- (1995b). Transferencia negativa y narcisismo. Presentado en IX Jornadas Psicoanalíticas del Uruguay, Montevideo.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Nueva York: Basic Books.
- Shore, A. (1991). Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 187–250.
- Shahar, G., Blatt, S. J. y Ford, R. Q. (2003). Mixed anaclitic-introjective psychopathology in treatment-resistant inpatients undergoing psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 20(1), 84-102.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon et al. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 136-169.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S. y Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 606-613.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.

- Van Buren, B. R. y Meehan, K. B. (2015). Child maltreatment and vulnerable narcissism: The roles of shame and disavowed need. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 63, 555-561.
- Winnicott, D. W. (1981). La agresión en relación con el desarrollo emocional. En D. W. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia. (Trabajo original publicado en 1950-1955).
- Zanarini, M. C., Frankenberg, F. R., Bradford-Reich, D. y Fitzmanrica, G. (2010a). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with *borderline* personality disorder and axis II comparison subjects. *Act Psychiatry Scand*, 122, 103-9.
- (2010b). Time to attainment of recovery from *borderline* personality and stability of recovery: A 10-year propection follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 663-7.
- Zuckerfeld, R. Z. (2014). Complejo de la madre [mujer] humillada: déficit e injurias narcisistas. *Revista de Psicoanálisis*, 4, 689-704.