

REFLEXIONES

Experiencias con pacientes víctimas de narcisistas traumatizantes o con pacientes que actúan como tal, en sus relaciones o en la relación terapéutica.

Adriana Gutiérrez Fernández de Velasco.¹

Daniel Shaw concibe el narcisismo desde una perspectiva relacional, entendiendo el narcisismo clínico o patológico como un trauma del desarrollo relacionado con el apego, siendo una mirada menos estigmatizante. El narcisismo no es solo un conjunto de rasgos de la personalidad, sino que describe un tipo de relación.

Este tema me evoca a una paciente que llamaré Rebeca, la cual ha sido víctima durante toda su vida de un padre narcisista traumatizante y, al mismo tiempo, actuó como tal en la relación terapéutica conmigo. A continuación, intentaré plasmar en profundidad su caso.

Rebeca tenía 24 años cuando coincidí con ella como residente de psicología clínica en el Hospital de Día de mi hospital. Su sufrimiento tenía que ver con que desde los 6 años había sido víctima de abusos sexuales por parte de su padre, ocasionándole episodios disociativos muy graves. Cuando inició su proceso terapéutico, Rebeca pensaba que estaba *loca* y no entendía el sentido de sus síntomas, subestimando la nocividad de su padre. En su primera etapa en hospital de día, su padre acudía con ella, expresando la *locura* de su hija, como si esta no tuviera nada que ver con los patrones relacionales de su vida. El equipo, al inicio, fue también víctima de este sometimiento de su padre y tardó en ver la gravedad de lo que ocurría.

Rebeca fue dándole un sentido al lugar que ocupó desde pequeña en la relación con su padre, entendiendo que éste había violado los límites que diferencian la pasión adulta de la ternura infantil. En su infancia, Rebeca se había sentido en una posición de privilegio con su hermana, ya que mientras su padre pegaba su hermana, ella recibía el abuso sexual camuflado en cariño. Fue difícil para Rebeca desprenderse de la culpa y la vergüenza de haber sido sexualizada. El trabajo con ella fue dirigido a que pudiera llorar y recordar, pero sin *revivir* una

¹ Psicóloga clínica residente PIR. Graduada en la Universidad Complutense de Madrid en Psicología. Formación en Ágora Relacional.

y otra vez de forma retraumatizante lo sucedido. Para ello, fue necesario permitirle retroceder a la dependencia a través del vínculo terapéutico de una manera nueva y no traumatizante.

Fue complicado para Rebeca comprender la falta de amor de su padre. Parafraseando a Fairbairn (1952), *el mayor trauma que un niño puede experimentar es la frustración de su deseo de ser amado y de que su amor sea aceptado*. Rebeca se resistía a renunciar al vínculo con su padre; perderlo era asumir la ausencia de su amor. No sentirse reconocida por su padre era también una forma de no recibir su amor. Citando a Fromm, *la esencia de la crueldad del hombre hacia el hombre no es el instinto de muerte, sino el narcisismo de una persona que se niega a reconocer al otro*. Rebeca era vista como un objeto gratificante para su padre, no como un sujeto con su propia subjetividad. Desde niña, aprendió a adaptarse a la figura parental narcisista a expensas del desarrollo de su propio deseo y agencia. Para un narcisista traumatizante como su padre, la subjetividad del otro era una amenaza de la propia subjetividad.

Durante mi rotatorio en Hospital de Día, vinculé de un modo especial con Rebeca y conecté mucho con su sufrimiento. Recuerdo un lunes que acudió a la unidad y contó que su padre había abusado de ella ese fin de semana, generando un impacto emocional muy fuerte en todo el equipo y en el grupo de pacientes. Ese día, lloré con ella y siento que, de alguna manera, sentir con ella su dolor nos unió más.

Ese día, Rebeca estaba paralizada, no podía entender cómo su amor y su odio hacia su padre eran verdaderos al mismo tiempo. De hecho, todavía no ha sido capaz de denunciar a su padre debido a la ambivalencia que sigue sintiendo. En este punto, me parece interesante la posición de Shaw sobre perdonar a los agresores. Defiende que perdonar a un maltratador debe ser siempre una elección cuidadosamente meditada, con la clara opción de rechazarla. Señala la importancia de hacer el duelo de lo sufrido antes, lográndose a través del desarrollo de la autocompasión. Rebeca necesitaba que la compasión del equipo terapéutico le ayudara a despertar su autocompasión.

Paradójicamente, desde la posición de víctima se tiende a pensar que el autodesprecio es más tolerable que la autocompasión, pero no es así. El autodesprecio y verse a uno mismo como vergonzoso da un sentido a lo que se ha sufrido y genera una falsa sensación de control a través de una identificación con el agresor. Pero la real curación se logra a través de la consolidación de un apego seguro interno, en el que las partes heridas puedan confiar en las compasivas.

Fue tal el vínculo que hice con Rebeca, que cuando finalizó mi rotación, mantuve el contacto con ella. Incluso, cuando me fui a vivir a Buenos Aires durante unos meses. En ese periodo de tiempo, contactó conmigo para contarme un incidente que había tenido con su padre, en el que éste entró a su domicilio y la agredió físicamente. Me pidió que no lo compartiera con el equipo de Hospital de Día, como si de un secreto entre nosotras se tratase. Este hecho me posicionó en un lugar complicado, viéndome en la encrucijada entre mantener el secreto para preservar nuestra relación terapéutica o “traicionarla” a costa de salvaguardar su integridad física. Afortunadamente, me di cuenta de que no me podía hacer cargo de esta situación sola. Se lo expliqué a Rebeca y, aunque se sintió contrariada, decidí contárselo al equipo terapéutico del Hospital de Día. Creo no hubiera podido tolerar sola la carga emocional que me suponía esta situación si no lo hubiera compartido. Shaw recomienda en sus textos que el terapeuta obtenga apoyo de sus compañeros para manejar el estrés y la frustración que el terapeuta naturalmente sentirá. Pienso que es importante no quedarse *solo* como terapeutas y contar con un *tercero*, en el sentido más literal de la palabra. Compartirlo con un *tercero* permitió que no me sometiera a la parte de ella que exigía que nadie dijera nada sobre su destructividad. Sin embargo, esto no fue fácil para mí, no solo por la traición que supuso hacia Rebeca, sino porque también implicó renunciar a mi idea narcisista de sentirme en una relación de privilegio con ella.

Mi sorpresa fue cuando el equipo de Hospital de Día me desveló que Rebeca había falsificado las pruebas de la agresión física de su padre. Todo apuntaba a que más que un funcionamiento disociativo, se trataba de un *acting* en la relación terapéutica conmigo. Estaba *actuando* conmigo algo que no era capaz de verbalizar. Trataba de hacer visible un sufrimiento que había permanecido invisible durante mucho tiempo.

Estaba tan centrada en ver lo que Rebeca trataba de comunicar a través de su *acting*, que tardé en conectar con la traición de Rebeca y con el enfado que esto generaba. Me olvidé de mis propias necesidades y lo único en lo que podía pensar era en que Rebeca necesitó *actuar* así porque no era capaz de relacionarse intersubjetivamente de un modo más sano.

Pero los *acting* de Rebeca no terminaron ahí. Tras ese suceso, traté de tomar distancia de ella, pero no fui capaz de cortar la relación por completo. Yo seguía en Buenos Aires y era el día de Nochebuena cuando Rebeca me llamó. Al principio, no contesté, no sabía qué podría querer, pero una parte de mí no quería saber. Al final, sucumbí a su insistencia y me confesó que estaba embarazada de su padre. No sé si fue la distancia física que nos separaba, pero en el momento en el que recibí la noticia no fui capaz de elaborarla y la dejé en un rincón disociado de mi mente. Cuando pasaron las fiestas navideñas, contacté con el equipo de Hospital de

Día para contarles la noticia de Rebeca. Al contarlo, tomé conciencia de lo que había ocurrido y lo sentí más real. Lo viví con impotencia, pero una parte de mí no terminaba de elaborar la gravedad de lo que me había contado.

A los días, Hospital de Día me confirmó que Rebeca me había vuelto a mentir. Esta vez siento que pude reaccionar más que anteriormente y me permití contactar con mi enfado. Mi enfado me permitió pensar en el enfado de Rebeca y en cómo no había estado presente en su vida con anterioridad. Pienso que en su relación conmigo, replicando el patrón relacional de su padre, estaba saliendo la ira que había tenido reprimida tanto tiempo. En palabras de Shaw, cuando las personas maltratadas y con trauma dirigen una agresión no regulada hacia los demás, están luchando por expulsar el odio tóxico depositado en ellas por su agresor. Cuando se reniega la ira es imposible ser completo, por lo que por muy doloroso que fuera, Rebeca estaba pudiendo hacer algo diferente. Desde esta mirada, me gusta pensar que sus *acting* eran necesarios en su proceso terapéutico. Creo que el hecho de que pudiera exteriorizar la ira de ese modo permitió que no fuera dirigido hacia sí misma.

Esto también me lleva a pensar en el sentido que tenían sus síntomas disociativos, transmitiendo también la ira reprimida a través de ellos. Rebeca tuvo varios episodios disociativos en los que no era capaz de reconocer a su madre. Pienso que esto tiene que ver con la ira que sentía hacia ella por no haberla sabido proteger frente a los abusos de su padre. Para Shaw, el estado disociativo es el resultado de una experiencia de apego desorganizado. La disociación es la respuesta frente a una situación de *miedo sin solución*. A Rebeca le produjo especial alivio que sus síntomas disociativos fueran reconocidos con esta función, ya que le permitió desprenderse del estigma que cargaba.

Para Rebeca, era difícil distinguir lo que era verdad y lo que era disociación en su vida. Y justamente eso es lo que me generó en el vínculo conmigo. A través del vínculo conmigo me ayudó a entender mejor la confusión que tenía ella. La ambivalencia que ella sentía hacia su padre yo también la sentía hacia ella.

El hecho de que me costase expresar el enfado con ella me hizo pensar en que nuestra relación carecía de mutualidad, siendo una relación de complementariedad en la que yo me sometía a ella. El narcisismo traumático se puede entender como una forma de relación de complementariedad (Benjamin, 2017) en la que uno somete y otro es sometido. En una identificación con su padre, Rebeca empezó a *actuar* como tal a través de la relación terapéutica. Había aprendido a funcionar en una relación con su padre en la que daba sin recibir, como si eso fuera suficiente. Y conmigo, parecía que estaba empezando a ocurrir lo

mismo. Entre nosotras surgió el *conflicto no formulado* (Stern, 1997; Bromberg, 1998) en el que una no podía dar lo que quería dar y la otra no podía recibir lo que quería recibir. Rebeca trataba de vincular conmigo, pero sus *acting* perversos en los que me engañaba y me asustaba eran una forma de alejarse de mí y no aceptar mi amor.

Me parece interesante lo que plantea Shaw de que no hay una solución mágica para este tipo de pacientes tan carenciados de amor, ya que dar amor al paciente no es suficiente si ha sido traumatizado. Más allá del amor, se necesita un *enactment*, que haya ruptura y luego reparación. Stern (1985) decía que su aspiración en el trabajo terapéutico era ayudar a sus pacientes a desarrollar la fe en el conocimiento de que las alteraciones en las relaciones pueden repararse, utilizando de ejemplo su relación terapéutica. La relación analítica puede servir como modelo experiencial de lo que es posible en el amor humano.

Como en ese tiempo, técnicamente, Rebeca no era mi paciente, no tuve la oportunidad de elaborar con ella el *enactment* que se ponía en juego en nuestra relación. Sentí que lo más sano para ambas era que tomara distancia definitivamente. Pero esa distancia fue física únicamente, Rebeca seguía estando en mi mente y de forma indirecta pude seguirle el camino. Sé que mejoró y se acercaba su alta terapéutica. Yo ya estaba de vuelta en mi hospital y no sé si llamarlo destino, pero justo me crucé con ella el día que recibía el alta de Hospital de Día. Nos saludamos, y aunque no se explicitó nada, hubo cariño en las miradas de ambas. Tras este encuentro, me escribió para vernos. En mi respuesta, le devolví que era mejor no hacerlo y pude verbalizar lo que no había hecho hasta el momento, no deslegitimando en esta ocasión mis sentimientos. Fue triste, pero siento que con ese mensaje se pudo cerrar la historia. Haber continuado la relación con ella hubiera implicado engañar a Rebeca haciéndole creer que no tenía límites. Leyendo a Shaw, me doy cuenta de que me hubiera gustado hacer el cierre mejor. No fui capaz de decirle a Rebeca que no había sido capaz de ayudarla a reconocer su agresividad a través de la identificación con su agresor. Pienso en lo difícil que es como terapeutas señalar partes del trauma que sostienen la crueldad de sus perpetradores.

Creo que me pude equivocar en muchos aspectos en el trabajo con Rebeca, pero al menos, poder entender su caso desde esta perspectiva, hace que pueda tener una mirada más autocompasiva hacia mí misma. Durante este tiempo, he vivido con culpa mi relación con Rebeca, sintiendo que me había sobreimplicado y traspasado los límites de lo terapéutico. He pensado mucho sobre si me había equivocado dándole mi número de teléfono y sobre si mi distancia posterior le habría podido enloquecer más. Ahora puedo entender la parte terapéutica de haber mostrado mi subjetividad, avergonzándome menos de ello y

comprendiendo que si hubiera dado sin necesidad de recibir, la psicoterapia también habría fracasado.

Me gustaría acabar este texto contando un final feliz de Rebeca tras su alta en el hospital de día, pero tristemente no es así. Justo el día en el que estoy escribiendo esto, Rebeca ha sido ingresada en la planta de psiquiatría del hospital con un cuadro disociativo y alucinaciones visuales de lobos que le atacan. Trabajando con ella, siempre usábamos la metáfora del cuento de Caperucita Roja, identificando a su padre con un lobo seductor que siempre le acababa engañando. Solo espero que Rebeca acabe pudiendo enfrentarse a todos los lobos y confío en que esto es una parte más de su proceso terapéutico, sin entender sus síntomas como un retroceso.

Referencias

- Shaw, D. (2013). Lo relacional del narcisismo. Capítulo 1 de su obra *Narcisismo traumático. Sistemas relaciones de subyugación*. (v. castellana: Lima: Gradiva, 2019)
- Shaw, D. (2005). Madness and Evil: An Insider's View of the Sullivanian Institute. *Contemporary Psychoanalysis* 41:765-773.
- Shaw, D. (2010). Enter Ghosts: The Loss of Intersubjectivity in Clinical Work With Adult Children of Pathological Narcissists. *Psychoanalytic Dialogues* 20:46-59.
- Shaw, D. (2020). Make Someone Happy: Reflections on Giving and Receiving in Love and Psychoanalysis. *Psychoanalytic Perspectives* 17:385-399
- Shaw, D. (2023). Shame and Self-Alienation: A Trauma-Informed Psychoanalytic Perspective, *Psychoanalytic Inquiry*, DOI: 10.1080/07351690.2023.2226021
- Shaw, D. (2023) The Role of Shame in Cults, from Recruitment to Recovery, *Psychoanalytic Dialogues*, 33:6, 779-795, DOI: 10.1080/10481885.2023.2263056

Original recibido con fecha: 23/7/2024 Revisado: 30/1/2025 Aceptado: 30/3/2025

English Title: Experiences with patients who are victims of traumatizing narcissists or with patients who act as such, in their relationships or in the therapeutic relationship

Cita bibliográfica / Reference citation:

Gutiérrez Fernández de Velasco, A. (2025). Experiencias con pacientes víctimas de narcisistas traumatizantes o con pacientes que actúan como tal, en sus relaciones o en la relación terapéutica. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (1): 191-196. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2025.190114