

LOS AFECTOS EN UN CASO DE PATOLOGÍA NARCISISTA

Ana Rosa Vidal¹, M^a Rosa Arriaga, Anna Segura, Françoise Soetens.

RESUMEN

A partir del estudio de los afectos en Freud y otros autores post- freudianos, presentamos este caso clínico que ilustra las dificultades de manejo de los afectos en los pacientes con patología narcisista. La capacidad de contención del entorno familiar, la dotación constitucional del niño y la gravedad de la situación traumática serán factores determinantes del valor cuantitativo de los afectos en el individuo adulto y de su aptitud para contenerlos y manejarlos adaptativamente. Estudiamos el caso de Berta, una joven de 25 años, que vive permanentemente invadida por la angustia. La angustia de pérdida de objeto aflora en ella masivamente y desborda sus capacidades defensivas. Había crecido en un ambiente familiar de escasa contención afectiva. Las dificultades personales de los padres les impidieron crear un clima afectivo adecuado para su desarrollo saludable. Los pacientes con patología narcisista requieren de un trabajo psicoanalítico adaptado a sus características personales. El vínculo con el terapeuta permite una reedición de la relación con el objeto primario. Brinda la oportunidad de gestionar la angustia catastrófica y de despersonalización ante la pérdida de objeto y facilita la evolución del modo fusional de relación.

PALABRAS CLAVE: Afectos, angustia, trauma, pérdida de objeto, narcisismo

ABSTRACT

Parting from the study of affects in Freud and other post-Freudian authors, we present this clinical case that illustrates the difficulties that patients with narcissistic pathology have in dealing with their affects. The containment capacity of the family atmosphere, the child's constitutional endowment and the gravity of the traumatic situation will be decisive factors in determining the quantitative value of affects in the adult individual and his/her aptitude to contain and deal with them in a suitable way. We study the case of Berta, a young woman who lives permanently invaded by anxiety. Anxiety for loss of the object arises massively in her and surpasses her defensive capacities. She had been raised in a family atmosphere of little affective containment. Her parents' personal difficulties prevented them from creating an adequate affective environment that could lead to a healthy development. Patients with narcissistic pathology require a psychoanalytic treatment adapted to their personal characteristics. The relation with the therapist allows a re-edition of the relation with the primary object. It offers the opportunity to cope with catastrophic anxiety and depersonalization resulting from the loss of the object and favours the evolution towards relations not based on a fusional model.

KEY WORDS: Affects, anxiety, trauma, loss of the object, narcissism.

¹Correspondencia: Ana Rosa Vidal. C/ Vilamari, 38, 4º 4ª, Barcelona 08015.
Email: arvidal.c@gma

LOS AFECTOS EN UN CASO DE PATOLOGÍA NARCISISTA

1. INTRODUCCIÓN

A partir del estudio en grupo de los afectos en las teorías psicoanalíticas, presentamos este caso clínico que, por su actualidad psicopatológica, ilustra las dificultades en el manejo de los afectos en los pacientes con patologías narcisistas (Aragonés, 1999)

El afecto, en la teoría psicoanalítica, es uno de los representantes de la pulsión y expresa sus aspectos cualitativo y cuantitativo.

El aspecto cuantitativo o quantum de afecto es fundamental para el psiquismo ya que de su moderación o exceso dependerá en buena parte la salud mental del individuo. La cualidad de los afectos reside en el yo (Freud, 1923).

Cuando el infante consigue desarrollarse saludablemente la moderación afectiva, asociada a la capacidad para simbolizar, impide la irrupción masiva del quantum afectivo en el yo.

En la segunda teoría sobre la angustia, Freud (1926) otorga un papel relevante al yo. Concibe esta instancia como depositaria de la angustia y la responsable de proteger el excesivo desarrollo de ésta. La angustia sirve al yo como alarma frente a la posibilidad de un rencuentro con lo traumático. Así, la angustia como señal se vuelve simbólica y se dota de una función defensiva, de autoprotección psíquica.

Desde el origen y de forma universal, el individuo se ve expuesto al trauma (Freud, 1926). El primer trauma del nacimiento (Rank, 1924) somete al infante al límite: al riesgo de muerte, vivida corporalmente, por la separación del útero materno. El grito que marca el paso del medio anaerobio al aeróbico es, a su vez, búsqueda de contención materna. Esta primera exposición al límite permanece como depósito inconsciente primario, siempre presto a activarse.

La capacidad de contención del entorno familiar (Winnicott, 1956, 1970, 1965) la dotación constitucional del niño y la gravedad de la situación traumática serán los factores determinantes del valor cuantitativo de la angustia y otros afectos en el individuo adulto y de su aptitud para contenerlos y manejarlos adaptativamente (Freud, 1917).

2. APORTACIÓN TEÓRICO-CLÍNICA DE UN CASO

Hemos estudiado el caso de Berta, una joven de 25 años que vivía permanentemente invadida por los afectos y, en particular, por la angustia. Había crecido en un ambiente familiar de escasa contención afectiva. La madre muy rígida y depresiva y el padre alcohólico, no pudieron crear un clima afectivo adecuado que le permitiera desarrollarse saludablemente.

Tras la separación de sus padres, a sus dos años de edad, Berta y su hermana mayor se quedan a cargo de la madre. Los fines de semana viven con el padre y con la familia paterna, a la que Berta define como una “saga que se enorgullece mucho de sí misma” y a la que, según ella, “nunca les pasa nada”. Dicen de la madre de Berta que “está loca y que es rara”.

Cuando tenía seis años, su madre inició una nueva relación de pareja, que continúa en la actualidad, y un año después nació un hermanito.

La madre, hija de policía, es una militante de todo lo alternativo en cuanto a alimentación, sanidad y estilo de vida, en general. De su madre, Berta refiere que “era muy dictadora... creaba un ambiente muy militar, de poca alegría”. A pesar de ello, dice sentirse muy unida y apegada a ella.

La madre ha sufrido varios episodios depresivos importantes desde su adolescencia, algunos de los cuales requirieron ingreso psiquiátrico. Tuvo una importante depresión post-parto tras el nacimiento de la primera hija y Berta cree que posiblemente también después del suyo.

De su padre refiere que “Era más cariñoso que mi madre...” “Siempre queríamos estar con él, porque nos lo daba todo...” “No nos ponía límites: lo podíamos hacer todo”.

El alcoholismo del padre no era motivo de preocupación para ningún miembro de su familia. Consiguió abandonar la bebida durante el transcurso de un tratamiento psicoanalítico.

Cuando Berta tenía quince años, su madre y su pareja decidieron trasladarse a una zona rural para vivir en una comuna. Berta se negó a acompañarles y se quedó en casa de su padre. Cuatro años más tarde, la madre regresa.

Tras la marcha de su madre, Berta sufrió un episodio de anorexia. De los quince a los veinte años refiere que pasó: “Una etapa un poco loca”: pasaba las tardes con los amigos, fumando porros, bebiendo, consumiendo alguna otra droga y saltándose muchas clases. Durante esa época el padre no pudo imponerle unos límites adecuados.

A los 20 años sufrió lo que ella denomina “la depresión”, tras ingerir una pastilla de éxtasis. Refiere haber sentido “mucho angustia y mucho miedo”. La madre decidió acogerla en su casa para cuidarla. A los veintitrés años, ya en el cuarto curso de carrera universitaria, Berta volvió a padecer un episodio grave de angustia. En esta ocasión sintió que “el mundo se apagaba” y que se quedaba “sola y perdida”. Su padre la llevó a urgencias psiquiátricas, donde prescribieron antipsicóticos e indicaron ingreso hospitalario. El padre pidió que no fuera ingresada y se comprometió a cuidarla en su casa.

Un año después de estar conviviendo de nuevo con el padre, Berta decidió ir al extranjero a “divertirse, distraerse y conocer gente”. Consideró que, para aliviar su sufrimiento, sus “comeduras de coco”, le convenía independizarse de sus padres y “hacer su vida”.

El trabajo psicoanalítico permite la reconstrucción histórica de su infancia, de la que Berta, inicialmente, recuerda muy poco. Inferimos cómo la separación de sus padres y las depresiones de su madre, ocurridas en los primeros años de su vida, comportaron efectos traumáticos, que alteraron profundamente su desarrollo (Winnicott D. , 1956).

La inestabilidad familiar y la pérdida intermitente de la disponibilidad afectiva de la madre con motivo de sus episodios depresivos, no permitieron la interiorización de un vínculo afectivo primario continuo. La paciente se vio expuesta a situaciones que le generaron excesiva angustia a una edad muy temprana. Berta no pudo desarrollar un yo fuerte y cohesionado y quedó atrapada en fijaciones a la etapa oral y al modo de relación fusional con el objeto materno. En posteriores relaciones, tiende a repetir esta forma de relacionarse.

La fase de anorexia y “esa etapa de cuatro años un poco loca”, según sus propias palabras, fueron manifestaciones de la negación del duelo por la separación del objeto materno. La angustia ante la separación la lleva, asimismo, al consumo de drogas, que le facilitan la fusión con el otro y promueven la indiferenciación.

Confrontada a la pérdida del objeto materno lleva a cabo una respuesta defensiva maníaca, de triunfo sobre el objeto, y búsqueda voraz de nuevas investiduras con las que establecer una nueva ligadura narcisista (Freud, 1917; Klein, 1940)

El fallo de las defensas, tras el consumo de éxtasis, comporta la brusca irrupción de angustia de extrema intensidad. La angustia de pérdida de objeto, anteriormente renegada, aflora con toda su crudeza y esto supone para ella el comienzo de su enfermedad (Maldavsky, 1989).

Al volver con su madre, se fusiona de nuevo con ella, no se puede desenganchar, aun sintiendo que no le ayuda. Durante unos años siente un intenso sufrimiento psíquico y sucumbe al repliegue narcisista: todo la angustia y asusta, no se atreve a levantarse de la cama.

Tras una segunda crisis de angustia a los 23 años, refuerza el mecanismo de negación: “No me pasa nada”. Realiza una fuga omnipotente hacia delante y decide marchar a estudiar inglés a Inglaterra, con la intención de cursar después un programa de doctorado en Estados Unidos. No puede prever cómo va a poder afrontar este reto.

Como veremos, Berta no dispone del mecanismo de angustia señal que, reprimiendo la representación peligrosa, la simboliza y permite la expresión en un síntoma neurótico. Las representaciones de descontrol la paralizan y la confunden: “Tengo miedo de enloquecerme chillando o haciendo daño a alguien”. La angustia irrumpe en el yo, como el dolor físico en el cuerpo y roban toda su energía psíquica, imposibilitándole pensar.

El miedo, la ira, la envidia, la rivalidad no contenida, la amenazan constantemente. La ideación obsesiva, no estructurada como síntoma obsesivo, no consigue detener la invasión masiva de tales afectos: Berta no chilla ni mata a nadie, pero teme hacerlo en cualquier momento. Permanentemente ha de defenderse de la desorganización psicótica.

En ocasiones, sus aspectos neuróticos consiguen imponerse, permitiéndole trabajar, estudiar y relacionarse más saludablemente. En otras, la renegación y la escisión del yo (Marucco, 1978) no son mecanismos de defensa suficientes para contener la angustia catastrófica por pérdida del objeto y recurre a reacciones maniformes.

4. CONCLUSIONES

Los pacientes con patología narcisista como Berta requieren de un trabajo psicoanalítico adaptado a sus características (Green, 1990). El vínculo con el terapeuta, descrito inicialmente por Freud (1912) en la obra de Sobre la dinámica de la transferencia, permite una reedición de la relación con el objeto primario y brinda la oportunidad de aprender a gestionar la angustia catastrófica y a separarse saludablemente del objeto.

6. REFERENCIAS

- Aragónés, J. (1999). *El narcisismo como matriz de la teoría psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1912). *Sobre la dinámica de la transferencia*. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol.12 (pp. 97-105). Buenos Aires : Amorrortu. 2ª Ed.
- (1916). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Conferencia 27: La transferencia, En S. Freud, *Obras Completas*, Vol.15 (pp. 392-407). Buenos Aires: Paidós. 2ª Ed.
 - (1917.) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Conferencia 22: Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología, En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. 15 (pp. 309-325). Buenos Aires: Amorrortu. 2ª Ed.
 - (1917). *Duelo y melancolía*, En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. 14 (pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu. 2ª Ed.
 - (1923)..*El yo y el ello*. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. 19 (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu. 2ª Ed.
 - (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En S. Freud, *Obras Completas*, Vol. XX (pp. 71-161). Buenos Aires: Amorrortu. 2ª Ed.
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniacos depresivos. En M. Klein, *Obras Completas*, Vol. I. Barcelona: Paidós.
- Maldavsky, D. (1989). Trastornos narcisistas y adicción a las drogas. En D. Maldavsky, *El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias*. Barcelona: Publicaciones Grup Ogia.
- Marucco, N. (1978). Narcisismo, escisión del yo y Edipo. Una introducción a manera de epílogo. *Revista de Psicoanálisis*, 35(2), 221-250.
- Rank, O. (1924). *El trauma del nacimiento*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 397-404). Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1970). La cura. En D. Winnicott, *El hogar nuestro punto de partida* (pp. 130-142). Buenos Aires: Paidós.