
LA FUNCIÓN NARCISIZANTE DEL OBJETO EN LA PSICOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS*

INJECTING NARCISSISM DURING PSYCHOTHERAPY IN INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE MISUSE

Pilar Puertas Tejedor**

RESUMEN

Desde el trabajo con pacientes anoréxicas y bulímicas, la autora plantea una reflexión sobre el poder narcisizante de la relación terapéutica. Permitiendo equipar al paciente de una vivencia pensable de autovalía.

PALABRAS CLAVE: anorexia, narcisismo, adicción.

ABSTRACT

From her work with anorexic and bulimic patients, the author proposes to ponder on the power of injecting narcissism during the therapeutic relationship, allowing the patient a thinkable experience of self-worth.

KEY WORDS: Anorexia, narcissism, substance misuse.

INTRODUCCIÓN

Mi interés por las adicciones surge de mi trabajo con pacientes anoréxicas y bulímicas, trabajo publicado en *Altxa* en 1999. Desde entonces me sigue asaltando el “enigma de la violencia de la incursión en lo adictivo”, violencia que testimonia una búsqueda desesperada de “calma”, para una angustia que se reedita sin fin.

Mi experiencia con este tipo de pacientes me llevo a comprobar el poder narcisizante de la relación terapéutica, poder que abre una oportunidad inestimable para proporcionar una salida a su agonía infinita.

La función narcisizante dentro de la relación terapéutica tiene dos niveles, el básico el que se va tejiendo más

allá de las palabras, del intercambio verbal, en la investidura afectiva que se transmite con la mirada el tono de voz, la atmósfera creada en el encuentro. Se crea así la textura que permita la apertura a una sensorialidad garante del vínculo, una sensorialidad que irá calmando allí dentro la agonía sin fin para ir pudiendo abrir un espacio pensable, un segundo espacio que va a nutrir el segundo nivel narcisizante, el llamado narcisismo secundario, el que equipa al sujeto en una vivencia pensable de autovalía.

Pero antes de adentrarme en la especificidad del intercambio narcisizante voy a detenerme en los aspectos estructurales de la patología adictiva.

ASPECTOS ESTRUCTURALES EN LA PATOLOGÍA ADICTIVA

Lo adictivo expresa el fracaso del funcionamiento mental en manejarse a través de los recursos psíquicos. Es un acting que indica el rebasamiento del yo en tratar de contener la angustia que invade al sujeto.

Estamos ante la llamada “clínica de la dependencia¹ (Rousillon1)” en donde la esclavitud a los objetos adictivos testimonian el fracaso en el equipamiento psíquico durante el periodo de la dependencia primaria con el objeto. Dice Rousillon “la clínica de las formas de dependencia nos abre a las dependencias subjetivas que participan en el establecimiento de la identidad del sujeto y aparecen como condición si ne qua non del sentimiento

* Ponencia presentada en el XXIV Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título “Adolescencia Hoy: Intervenciones Terapéuticas” tuvo lugar en San Sebastián el 20 y 21 de abril de 2012. Reconocido como actividad de interés científico-sanitario por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

** Psicóloga Clínica. Psicoanalista. Miembro Asociado de la APM. Correo electrónico: pilpuertas@gmail.com

¹ La naissance de l'objet (Rousillon & Golse, 2010), PUF

de ser o de la continuidad del ser. Ese objeto, droga, comportamiento se han convertido en componentes esenciales de la identidad del sujeto ... complementos indispensables de su organización y cohesión narcisista. Este es el dominio de la adicción”.

La comprensión del trastorno adictivo exige que me detenga en sus aspectos estructurales por separado para después verlos en conjunto.

En efecto, lo adictivo pone en relación un trastorno depresivo en negativo, sin mentalizar, un yo incapaz de manejarse con la angustia depresiva no mentalizada, recurriendo a la descarga para sosegar el exceso de tensión y un uso fetichista del objeto adictivo. Además de esto tenemos en estas coyunturas clínicas un narcisismo anegado por dos frentes: el estructural, el déficit de base y el frente que se va erosionando debido al funcionamiento mental y sus recursos defensivos, la deriva adictiva sabemos que es un mecanismo antidepresivo que desgasta más y más la vivencia narcisista del sujeto.

Voy a hablar de estos cuatro aspectos estructurales: la angustia depresiva, el YO, el fetiche y el narcisismo que quedará más explicitado en los siguientes apartados cuando hable de la adolescencia y la psicoterapia.

Deteniéndome ahora en este tipo de angustia diría que se trata de una angustia depresiva pero cualitativamente se presenta sin contenido simbólico, sin fantasías, sin representaciones. Es por lo tanto una angustia impensable que se vive como una efracción del yo, un desasosiego invasivo que amenaza desde dentro la vivencia de continuidad del ser, de continuidad en el apuntalamiento narcisista y yoico. El contener esta angustia es imprescindible ya que supone una amenaza en los cimientos de la vivencia del sí mismo.

En efecto la emocionalidad que se presenta de esta manera al yo, es un conjunto de vivencias angustiosas sin mentalizar, “agonías sin nombre” que no permiten que el yo pueda recurrir a un manejo “calmante” vía psíquica. Son enclaves en negativo que conviven con contenidos emocionales representados, es decir pensables. Enclaves donde residen vivencias de vacío en el sentir y en el ser, vacíos afectivos y de sostén narcisista. Enclaves que secuestran la elasticidad regresiva del yo para cobijarse en anidamientos libidinales que permitan un refugio para pasar la ola depresiva que aquí se presenta como un tsunami.

El mundo interno por lo tanto está colonizado por territorios invadidos de un malestar agónico impensable,

experiencias de tensión sin representación, sin salida, sin recursos internos o externos para hacerlas frente. Estados más allá de la falta y la esperanza que llevan a una desesperación existencial. Enclaves escindidos y blindados por defensas narcisistas antiobjetales, defensas que incapacitan al sujeto para encontrar un alivio en lo relacional.

El acting adictivo es el método autocalmante que el yo va a utilizar como último socorro para asirse a algo del exterior que le sostenga ante la amenaza de desorganización interna.

Para entender el uso del objeto en la adicción voy detenerme en subrayar la diferencia entre el objeto transicional y el fetiche.

En el artículo de Winnicott sobre objetos y fenómenos transicionales el autor habla del fetiche como un aborto, un accidente en los procesos mentales que se sostienen con los objetos y fenómenos transicionales. Son estos los procesos de elaboración de la frontera yo-no yo, de aquello que se llama la elaboración de la alteridad, procesos que discurren en sincronía con los procesos de elaboración de la ausencia es decir, de la aceptación de que el objeto se escapa al control omnipotente... y que su ausencia no es un acto de maldad, es una circunstancia.

El niño mediante el uso de los objetos transicionales va procesando paulatinamente una representación y vivencia de la realidad externa como algo ajeno al yo pero no por ello amenazante. Dicho uso convertirá lo externo en algo familiar con una carga afectiva que lo hace tolerable e incluso deseable.

Sabemos que la función del objeto primario en este procesamiento es fundamental para que la mente desarrolle estas capacidades.

Los desajustes en esta función objetal provocan carencias precoces en el equipamiento psíquico que obligan a estrategias defensivas radicales para mantener su equilibrio.

Una de las estrategias es la que hoy nos ocupa siendo la deriva adictiva una vía de sostén ante la precariedad en la que la angustia depresiva no mentalizada coloca al sujeto.

Volviendo al fetiche, el objeto adictivo va a presentar las características de un fetiche que aborta el trabajo de simbolización. En lugar de ayudar a elaborar la ausencia como haría un autentico objeto transicional, la reniega, de ahí que su uso genere un empobrecimiento en el equipamiento psíquico, a la vez que esclaviza al sujeto en una dependencia infinita. Si la característica de los objetos

transicionales es el sostén elaborativo, el fetiche lo impide y sutura la hemorragia narcisista ante la percepción de la ausencia: Ausencia intramitable ya que en el interior las provisiones afectivas no permiten el juego dentro-fuera (es decir, me sostengo dentro me sostengo fuera) propiciado en las evoluciones favorables.

A diferencia de este potencial, el fetiche reniega siempre la ausencia y sostiene al sujeto en la ficción de completud, seguridad y protección, en una plataforma omnipotente y exigua en tanto que se sostiene sobre la negación de la realidad. El fetiche aborta por lo tanto el acercamiento a la conciencia del límite, no permite la elaboración de la omnipotencia infantil y limita el desarrollo del pensamiento.

El clínico se va a ver retado a una complejidad importante: el objeto está y no está dentro, el funcionamiento neurótico se ve interrumpido por una vivencia de “desamparo angustiante (Smagda)”, que todo lo invade y que no cuenta con una asistencia interna autocalmante, en permanencia. Es esto lo que provocará el acting autocalmante fuera, vía motricidad-descarga, a la búsqueda de un asidero que ponga fin al vértigo interior.

El yo se cliva y asiste atónito, al efecto aterrador de una vivencia que no entiende. El arrebatado adictivo se presenta en forma de compulsión a la repetición, no se trata de una manifestación que el yo pueda utilizar para darle sentido, se trata más bien (parafraseando a Green) “de un eco siempre susceptible de vibrar de forma penosa y no de una huella trabajable ... en origen el malestar del sujeto demanda que el despertar de la herida fuese reflejado, sentido por el otro como manifestación de empatía. Si esto no se produce, el objeto es captado en déficit tutelar, descalificado para jugar el rol protector necesario ... la máquina de la compulsión a la repetición se pone en marcha sin estado anímico o mejor dicho para cortocircuitar los estados anímicos”¹.

Estas palabras alusivas a la compulsión a la repetición nos sirven para insistir en ese déficit empático narcisizante en el origen de estos estados vivenciales. Vemos también que los asentamientos narcisistas del yo han sido afectados tanto a nivel de equipamiento básico como por

el funcionamiento mental que va empobreciendo la vivencia identitaria.

El reparar esa falla tutelar a la que aludía Green va a ser uno de los objetivos terapéuticos. La empatía jugará aquí un rol determinante.

Resumiendo pues, la adicción sostiene un equilibrio psíquico desfalleciente en su capacidad de navegar por una situación crítica debido a la emergencia de enclaves deficitarios en la estructura de base, enclaves que pueden coexistir con un funcionamiento neurótico pero que presentan su potencial desorganizador en tanto que vivencias agónicas y no representadas que eclosionan en momentos de duelo o circunstancias traumáticas. Recordemos que Michel Fain sostiene la hipótesis de la existencia de un núcleo traumático en la base de diferentes estructuras mentales que activándose toma la forma de vida operatoria o de una depresión privada de sintomatología clínica. El cuadro corresponde a las depresiones sin expresión también descritas por Smagda. Donde lo adictivo pues, sería un intento de ligazón con lo traumático no simbolizado por medio de un asidero fetichista. El objeto adictivo haría la función del fetiche.

Voy a ilustrar estas particularidades con una viñeta clínica de una paciente que atendiendo individualmente hace algún tiempo. Presentaba una sintomatología bulímica masiva que remitió pero sigue persistiendo en momentos puntuales. Me dice, “de repente me lanzo a la comida antes de dormir, cojo un paquete de galletas para picar algo y me lo como entero ... es asombroso, en cuestión de segundos y sin un atisbo previo, no puedo parar, sigo y sigo”. Yo le digo que quizás eso que le pasa tiene que ver con la dificultad en hacerse cargo de los sentimientos que tiene cuando se retira a descansar. Me contesta, “claro, siempre malos, pienso que me voy a morir y como me las voy a arreglar estando sola, siempre tengo que comer aunque esté llena, no puedo ir a la cama sin pasar por la cocina”. Le contesto “sí es como llevar a mamá en el estómago”. Se observa que mis intervenciones tratan de dar sentido al acting alimentario para posibilitar una activación de la elaboración depresiva mentalizándola y objetualizándola, y así tolerar la soledad sin asirse al fetiche-comida.

¹La compulsión de repetición (Green et al, 2011), PUF

Voy a tratar de transmitir ahora la encrucijada adolescente con su potencial traumático y su deriva adictiva.

COYUNTURAS ADOLESCENTES Y SOLUCIÓN ADICTIVA

Sabemos que la adolescencia, con su encrucijada de duelos puede constituir un momento crítico donde el funcionamiento psíquico se enfrenta a un reto desestabilizador que pone a prueba el equipamiento neurótico del sujeto. Este momento evolutivo nos enfrenta muy a menudo no tanto a pacientes borderline sino a situaciones borderline que enmascaran con una sintomatología invasiva e incapacitante un potencial neurótico muy aprovechable, si la crisis logra remontarse. Es el caso de las manifestaciones adictivas que sostienen una depresión “sin expresión (Smagda)” decantada por un duelo inelaborable que remite al antiguo: aquel que no pudo cosechar una función objetualizante estable.

Este duelo inelaborable es el duelo adolescente, duelo de múltiples caras tanto a nivel externo como interno.

El trabajo de duelo requiere una sostenibilidad narcisista que permita los movimientos regresivos y progresivos en lo intrapsíquico, los anidamientos libidinales a los que antes aludía.

Lo que está retado en la adolescencia es su nivel de depresividad, que yo entiendo como capacidad para contener y elaborar el sufrimiento depresivo sin descompensarse.

Cuando hay una buena salud de base, se puede realizar el duelo de los padres idealizados, importantísimo para el equipamiento del llamado narcisismo secundario, este duelo va a permitir una cosecha muy importante que es el desarrollo de la vivencia fálica de poder y solvencia que constituye un garante en lo interno a la hora de sentirse equipado de fuerza y consistencia amparando la andadura vital.

Por el contrario en las coyunturas que estamos describiendo los enclaves deficitarios en el narcisismo primario intervienen significativamente con una tolerancia a la depresividad mínima, que va a impedir este trabajo de resignificación identitaria. La vivencia de poder y de fuerza está muy lejos de su alcance. Nuestro adolescente adicto se siente atrapado en una dinámica mortífera que va degradando más y más la imagen admirable de sí mismo y lo va aislando de sus objetos. La soledad y la

vergüenza va añadiendo gravosidad a su estado anímico.

La psicoterapia va a constituir la gran oportunidad para enriquecer los niveles de mentalización y tolerancia depresiva que permitan abordar el trabajo de duelo pendiente y garantice un equipamiento psíquico más sólido para los duelos venideros.

Quisiera poder transmitir lo trascendente de esta oportunidad que nos brindan nuestros pacientes para mejorar su calidad de vida.

LA PSICOTERAPIA Y SU FUNCIÓN NARCISIZANTE EN ESTAS COYUNTURAS CLÍNICAS

Si la psicopatología adictiva es la expresión actuada de un estado depresivo no mentalizado con enclaves narcisistas deficitarios atrincherados en defensas antiobjetales, el objeto deja de constituir una vía de rehabilitación del núcleo depresivo debido a un blindaje defensivo antiobjetal que preserva una vivencia narcisista muy vulnerable.

Uno de los objetivos de la relación terapéutica sería la de romper esta barrera defensiva para devolver al objeto su función antidepresiva y rehabilitadora narcisísticamente. El gran drama de estas situaciones clínicas es la incapacidad de hacer uso del objeto para reparar el vacío afectivo y narcisista.

Pero antes de hablar directamente de estas funciones, vamos a repasar brevemente la constitución de las bases narcisistas del yo, aquellas que sostienen su función refleja (saberse, sentirse, pensarse, ...). Sabemos que se constituyen en la dinámica generada por la función del “doble”, es decir, la relación con un otro vivido como un doble de sí mismo que permite con su investidura una internacionalización que va a constituir una función yoica: la de autoinvertirse amorosamente. Es decir, mirarse con una carga libidinal suficiente como para poder soportar estados angustiosos conteniéndolos dentro y permitiendo así la función simbólica, donde el pensamiento va posibilitando el dar sentido a los estados vivenciales, para que no constituyan una amenaza en la estabilidad narcisista.

El tipo de investidura del objeto lleva implícita diferentes funciones: la narcisizante, la simbolizante y la afectiva, es decir, la que va a permitir la vivencia de “ser-siendo”, la de “pensar-pensarse” y la de “querer-quererse”.

La triple función esta mezclada por ello atendiendo a la narcisizante se potencia la autoerótica y la simbólica.

El clínico tendrá que manejarse en esta triple función que se puede concretar en investir al paciente empáticamente, tomando contacto con sus estados vivenciales, teniendo muy en cuenta quién es, captar su carisma para poder transmitir ese eco de lo que él no puede saber de sí mismo, transmitirlo en un doble registro narcisizante: el sensorial de base y el que viene a potenciar el desarrollo del narcisismo secundario el de “saberse siendo.” Navegar por los distintos estados emocionales, pudiéndolos captar sin desprecio y exigencia. La función reflexiva del YO en vías de rehabilitación exige la internacionalización de una mirada compasiva-comprensiva que vaya sustituyendo la ceguera interior promovida también por el desprecio. Dicha ceguera impide el acercamiento a verse sintiendo, previo a verse padeciendo.

El simbolizar o pensar el sufrimiento requiere la asistencia de una mirada que acompañe dentro y fuera. Se relanza así la dinámica del llamado doble retorno, el mirar-ser mirado-mirarse donde se integra también lo pasivo y lo activo en presencia del objeto, sentando de este modo las bases del intercambio objetal futuro.

La relación terapéutica tendrá pues, que generar una vivencia renarcisizante que permita reparar y sostener dentro la vivencia de ser.

Un trabajo de esta envergadura va a exigir un encuadre sólido que garantice una continuidad temporal donde puedan contenerse los emergentes de angustia de separación de sesión a sesión ya que si se distancian demasiado pueden retroalimentarse y enconar la vivencia depresiva desmentalizada y la deriva adictiva. Pienso en un encuadre

de al menos dos sesiones semanales en modalidad cara a cara en donde la investidura del terapeuta pase por lo percibido: la mirada que sostiene el afecto. La función del objeto va a ser solicitada desesperadamente desde el interior como último recurso para salir del impasse mortífero en donde lo adictivo lleva al sujeto, ya que su funcionamiento mental va generando un vaciado objetal llevándole a un atrincheramiento narcisista desobjetalizante. Dicha solicitud va a estar enmascarada muy a menudo como decíamos con defensas narcisistas como la negación de la necesidad y la desinvestidura. Este es el caso del trastorno alimentario que infiere también una desesperación contratransferencial empujando en ocasiones a intervenciones intrusivas que ocasionan una dinámica no ya de doble retorno sino de doble “trastorno”, a ver quien puede más.

La dificultad de estos tratamientos colocan al clínico ante la tentación de atajar la impotencia-incertidumbre en las que nos colocan los pacientes, con una solución fetiche donde se cae en la trampa de imbuirse de un poder de sanación mágica que ponga fin a la desesperación del desencuentro.

El trabajo psicoterapéutico tendrá por el contrario que caminar por el estrecho sendero de investir, pensar, asentar significado y transmitirlo, en un clima en donde nuestros pacientes puedan sentirse envueltos en una atmósfera que dé calor y sentido al encuentro, atravesando la tolerancia a la duda y la impotencia.

La calidad de nuestro trabajo va a pasar por asumir esta oportunidad que nos obliga a seguir esforzándonos y rescatarnos de la tentación siempre al acecho de colocarnos como elemento fetiche ... divino sí, pero desprovisto de vida.