

Simbiosis y narcisismo en la adolescencia. A propósito de un caso

JOSÉ ANDRÉS SÁNCHEZ PÉREZ¹ Y ALFONS ICART²

RESUMEN

Las reflexiones que mostraremos a continuación parten de la experiencia asistencial con un caso asistido por los autores del artículo en co-terapia y de las conversaciones inter-sesión. Una gran parte de las reflexiones sobre el caso las hemos podido hacer a posteriori de la experiencia terapéutica. Nuestro objetivo principal es el cuidado y atención de los menores y sus familias. Escribir este artículo permite la elaboración mental del caso y la función de presentarlo es repensarlo para seguir velando por mejorar la asistencia a la salud mental infantil y juvenil desde nuestra institución. *Palabras clave: simbiosis, narcisismo, adolescencia, gestión clínica, parentalidad, psicoterapia familiar dinámica.*

ABSTRACT

Symbiosis and narcissism in adolescence. About a case. The reflections that we are going to show are based on our care experience in co-therapy and on conversations between sessions. A large part of the case reflections has been made after the therapeutic experience. Our main objective is the care and attention of minors and their families. Writing this article allows the mental elaboration of the case and presenting it aims at reconsidering and making our institution keep on improving the mental health assistance of children and youth. *Keywords: symbiosis, narcissism, adolescence, clinical management, parenthood, dynamic family psychotherapy.*

RESUM

Simbiosi i narcisisme en l'adolescència. A propòsit d'un cas. Les reflexions que mostrarem a continuació parteixen de l'experiència assistencial amb un cas assistit pels autors en co-teràpia i de les converses inter-sessió. Una gran part de les reflexions sobre el cas les hem pogut fer a posteriori de l'experiència terapèutica. El nostre objectiu principal és la cura i l'atenció dels menors i les seves famílies. Escriure l'article permet l'elaboració mental del cas i la funció de presentar-lo és repensar-lo per seguir vetllant per millorar l'assistència a la salut mental infantil i juvenil des de la nostra institució. *Paraules clau: simbiosi, narcisisme, adolescència, gestió clínica, parentalitat, psicoteràpia familiar dinàmica.*

Introducción

En el presente caso, planteamos el diagnóstico de simbiosis madre-hija como la causa principal de la clínica tan diversa observada. Creemos que ha sido útil, en el proceso de aprendizaje, la atención en co-terapia. Somos conscientes de que la presión asistencial de la red pública, en ocasiones, dificulta este dispositivo de atención.

Recomendamos a los clínicos la importancia de escribir el caso como forma de aposentar los aprendizajes, elaborar el impacto de la clínica y evitar errores futuros en la medida de lo posible.

El interés en revisar este caso es por el fracaso de anteriores consultas, y emerge con los objetivos de pensar en la clínica, la gestión asistencial y generar una propuesta de revisión de una tipología de casos de gran calado en la red pública de salud mental infantil y juvenil.

¹Médico psiquiatra. Unidad de Salud Mental de Marbella. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

²Psicólogo. Psicoanalista (SEP-IPA). Director de la Fundació Orienta (Sant Boi de Llobregat, Barcelona) y de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente.

Contacto: sanchezperezjoseandres@gmail.com

Recibido: 24/5/18 - Aceptado: 13/9/18

Objetivos

Clínico

En primer lugar, quisiéramos generar discusión clínica sobre el grado de adecuación de hacer múltiples hipótesis diagnósticas fenomenológicas, sintomáticas o de promover un diagnóstico etiológico y relacional que nos lleve a encontrar las raíces causales del trastorno.

En segundo lugar, queremos plantear la hipótesis de que, en este caso, los diagnósticos sintomáticos pueden no ser funcionales para resolver el caso en su complejidad.

Por último, nos planteamos mostrar un marco de trabajo adecuado para estos casos que permita resolver la problemática causal del trastorno para evitar que se repita la aparición de síntomas en otras áreas psicopatológicas.

Gestión asistencial

Queríamos mostrar el recorrido asistencial del caso y, en términos de eficiencia, reflexionar sobre los recursos utilizados en diferentes niveles: sanitarios, educativos y sociales. Las dificultades de presión asistencial en la red pública complejizan esta tarea y nos lleva a buscar diagnósticos sintomáticos que, si bien son de gran utilidad para algunos tratamientos y para tener un lenguaje común, despista y entorpecen, en otros casos de mayor gravedad, las decisiones de gestión asistencial. Pensamos que la multiplicidad diagnóstica, en sí misma, puede suponer un aumento en el gasto de recursos por la dispersión de la atención, por las frustraciones generadas a la familia y a las instituciones secundarias a los fracasos terapéuticos. No obstante, vivimos como la sociedad parte de un concepto de salud y enfermedad que nos empuja a encontrar respuestas de inmediatez a la sintomatología. Esto dificulta, a veces, pensar en las causas desencadenantes del conflicto.

Investigación y docencia

Quisiéramos describir una tipología de casos de complejo manejo, no infrecuentes en los centros de salud mental infantil y juvenil de la red pública; proponer a reflexión una mirada diagnóstica útil y eficiente que describamos como psicopatología de la simbiosis (Mahler,

1972) y estructura de la personalidad narcisista (Kernberg, 2010).

Presentación del caso

Se trata de una mujer de quince años, a la que llamaremos Y, con histórico de elevado consumo de servicios de salud mental, con varios procesos en hospitales de día, atendida en dos centros ambulatorios públicos de salud mental infantil y algunos terapeutas privados. En la primera visita en el centro de salud mental ambulatorio, solicita, a pesar de tener una grave sintomatología -a nuestro modo de ver y que nos hará saber después la madre-: “quiero que me ayudéis a que yo pueda ir al colegio”. Dice no tener ningún problema, solo que no se encuentra bien en la escuela y por eso no puede ir. “Me da ansiedad y mareos” y esto le impide mantener la jornada escolar. Niega sentir ningún malestar subjetivo en otras áreas de su vida salvo la citada. La madre, que la acompaña, nos cuenta que lleva dos años sin ir a la escuela, no tiene amigas y ambas han vivido importantes situaciones de violencia doméstica. No se relacionan con las familias de su entorno. La madre la tiene que acompañar a todas partes, ya que tiene miedo a ir sola.

El terapeuta, desde el primer contacto, tiene la impresión de que la paciente y la madre viven en una situación de importante aislamiento. El elevado consumo de servicios y la impresión inicial hacían pensar en un trastorno mental severo no tratado hasta el momento. Esta idea nos llevó a hacer unas entrevistas diagnósticas buscando la causa de la clínica. Asumimos la demanda autoritaria y exigente de la paciente por el riesgo de desvinculación pero con la mirada puesta en indagar en las causas desencadenantes de la sintomatología.

Metodología

El caso Y es un ejemplo de evolución tórpida por las dificultades clínicas y el grave deterioro del funcionamiento psicosocial. La paciente ha recibido multitud de diagnósticos fenomenológicos y de todo el espectro de las clasificaciones europeas y americanas CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM-IV

(American Psychiatric Association, 2000): TEA/TGD (Trastorno del Espectro Autista/Trastorno generalizado del desarrollo), Trastornos afectivos, Trastorno disocial o Trastorno negativista desafiante (TND), Fobia social o escolar, Trastorno de Personalidad Obsesiva, Trastorno delirante de la personalidad, Enuresis primaria, Problemas de relación materno filial, Otros trastornos de la personalidad y Trastorno límite de la personalidad. A pesar de que la fenomenología haya hecho justicia a todos estos complejos psicopatológicos, hemos desgranado el caso desde diferentes perspectivas o paradigmas y mostramos cómo el diagnóstico etiológico de simbiosis y narcisismo maternal nos ha aportado luz para entender la causa que provocaba la sintomatología.

Al inicio del trabajo terapéutico, pensábamos que focalizar sobre la simbiosis nos podría ayudar a resolver *ad integrum* la situación clínica de la paciente y mejorar su contacto con la realidad. Este objetivo no sería posible si nos hubiésemos planteado la hipótesis causal de psicosis o de autismo. En este caso, optamos por incidir en la simbiosis y no realizar un trabajo de rehabilitación o centrado en lo deficiente. No obstante, hemos tenido la experiencia de que no ha habido una resolución completa del problema, a pesar de la mejoría parcial. Es posible que una intervención en edades más tempranas, y con un menor deterioro del funcionamiento global, mejore el pronóstico de esta tipología de casos.

Proponemos una revisión del caso usando la metáfora del iceberg para mostrar cómo hemos pensado la comprensión de la psicopatología. La punta del iceberg, lo visible, serían los problemas explícitos de la paciente o síntomas por los que viene o ha consultado en otros servicios (diagnósticos fenomenológicos, sintomáticos). La estructura y la base del iceberg harían referencia a la patogénesis y etiología del caso. Es decir, cómo se estructura la clínica del individuo (diagnóstico estructural de la personalidad según Kernberg, 1989) partiendo del diagnóstico etiológico, que llamaremos psicodinámico familiar. En este apartado haremos referencia a las aportaciones de Melanie Klein (la teoría de relaciones objetales [1971, 1988]), la psicopatología de la parentalidad de la escuela

de Palacio y Manzano (1999), las aportaciones de Mahler (1972) al concepto de simbiosis y las reflexiones recientes a la comprensión de la simbiosis narcisista y de carencia (Icart y Freixas, 2013).

Fenomenología: factores estresantes, síntomas, diagnósticos

En este apartado nos restringiremos a hacer un relato de los hechos e hitos de la historia clínica tal como nos cuentan que han sucedido. Intentaremos tener un discurso libre, en la medida de lo posible, de interpretaciones o juicios clínicos. La mayoría de los datos que aportamos provienen de la revisión de los informes e historias clínicas y no del relato de la familia. En la descripción del caso se omitirán detalles o se modificarán a fin de que la paciente no pueda ser identificada.

Comenzamos el último proceso asistencial, sobre el que describiremos el caso, cuando Y contaba con quince años. La paciente ha pasado por dos ingresos en diferentes hospitales de día para adolescentes, tres procesos de psicoterapia de diferentes características técnicas y llega a nuestro centro con una demanda de “tenéis que hacer algo para que vuelva al colegio”.

Antecedentes personales en salud mental. Presenta enuresis primaria hasta el inicio de la adolescencia. Hace el primer contacto con salud mental en la primera infancia. La madre hace la demanda de atención para “prevenir malestar relacionado con la pérdida del padre”. En la pre-adolescencia, la paciente agrede a la madre y se produce una visita de urgencias, en el hospital de referencia, donde se prescribe seguimiento desde salud mental infantil ambulatoria. En aquel momento, la menor reconocía problemas de relación con los iguales, absentismo escolar, aislamiento social, que no controlaba sus impulsos, no aceptaba el no ni toleraba la ansiedad.

Inicia asistencia en centro de día de adolescentes, donde se administra alta voluntaria por falta de vinculación. Se le da orientación diagnóstica de trastorno delirante.

Realiza un ingreso total posterior por sobre ingesta de fármacos. Este gesto autolesivo se produce hasta en tres ocasiones seguidas. Durante el ingreso hospitalario, es diagnosticada

de Trastorno Negativista Desafiante (TND), Fobia Social y Problemas parentales.

Solicitan atención privada en un centro de salud mental de otro territorio e ingresa en centro de día de adolescentes de otra zona, por dificultades de contención ambulatoria.

Ha estado en tratamiento con Sertralina, Fluoxetina, Risperidona y Aripiprazol. Rechazaba el uso de antipsicóticos. Se observa mayor adherencia a los antidepresivos por descenso de la clínica de ansiedad manifiesta. Una hipótesis de esta selección y adherencia a los fármacos es que la paciente no tolera aquellos que no le permiten sentir el control de sí misma o que reducen o evitan la defensa de negación y escisión de la realidad.

En la historia escolar, destacan frecuentes cambios de centro académico. De los tres a los diez, Escuela A, pública. De los 11 a los 13, Escuela B, concertada. Repite curso en Escuela C, privada, de otro territorio. Se da absentismo escolar y resistencia a vincularse y cambia a escuela privada D de otro territorio

Algunas preguntas que empezamos a hacernos tras la lectura inicial del historial clínico, fueron: ¿A qué se deben los cambios de terapia, de diagnóstico, de tratamiento y de escuela? ¿Porque no acepta la paciente los antipsicóticos y sí los antidepresivos? ¿Qué necesita controlar la paciente cuando elige el tipo de fármacos que toma? ¿Tiene un problema para vincularse con los servicios? ¿Qué se pone en juego en la familia y en las instituciones cuando paciente y familia no sostienen la relación?

Antecedentes familiares. Los padres se separan a los cuatro años de la paciente. La madre refiere que la separación fue traumática por la custodia y la participación de las familias de origen de ambos progenitores. La madre había roto la relación con su familia de origen cuando se separó del padre de Y. La madre dice que ella “no toleraba que la vieran como la oveja negra” de la familia. Dice que la veían así por la pareja que eligió y por no cumplir con las expectativas de sus padres. La familia del padre le negó el afecto a la madre por haber roto la relación de pareja. Le retiraron el apoyo pragmático para cuidar de su hija. Estas circunstancias llevaron a la madre a hacerse cargo sola y solo de su hija. Pensamos que esta realidad generó un aumento

de la simbiosis entre ambas.

Exploración psicopatológica. En términos de exploración psicopatológica sintomática, mostraremos el eje vertebrador del discurso de los servicios. Las diferentes personas que hemos intervenido hemos visto a la paciente de la siguiente forma: “estructura de pensamiento rígida con rasgos obsesivos, verbalizaciones paranoides de autorreferencialidad. Destacan una importante frialdad afectiva, insensibilidad social y egocentrismo. Muestra una actitud y comportamiento manipulador, demandas de elevada exigencia, con aumento de los niveles de ansiedad y sufrimiento interno ante la frustración que muestra de manera externalizante. No se relaciona con el grupo de iguales y presenta sonrisas y conductas inadecuadas. Se perfila un posible cuadro de trastorno de la personalidad, en una estructura límite (Kernberg, 1975) y un pensamiento irracional inmaduro”.

Su funcionamiento se ha visto gravemente alterado debido a que ha estado durante dos años sin asistir a la escuela. La socialización es escasa, llegando a precisar una profesora a domicilio facilitada por el departamento de educación y exigida por ella. Su funcionamiento global está deteriorado, con aislamiento social; no tiene amigas y la única relación de confianza es con la madre. Se observan dificultades de relación materno-filial.

¿Qué consecuencias tiene la ruptura de la madre con su familia de origen sobre la relación con su hija? ¿Es la simbiosis un mecanismo de adaptación ante la vivencia de abandono que siente la madre respecto su familia de origen? ¿Es la exigencia de Y hacia los terapeutas, fármacos e instituciones una proyección del aspecto materno? ¿Cuánta intensidad debe tener su capacidad de influir en el otro para que lo fuerce a tomar decisiones que van en contra de su autonomía?

Exploraciones complementarias. Los resultados del Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993) nos muestran: no tendencia límite; introvertida; ruda; difusión de identidad; desvalorización de sí misma; insensibilidad social; impulsividad marcada. La entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM IV, SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin,

1997) puntúa en paranoidismo y antisocial. La entrevista para el diagnóstico de autismo ADI-Revisada (Rutter, 2006) descarta la presencia de un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA): no alteraciones de la comunicación social recíproca; no alteraciones antes de los 36 meses de edad en el funcionamiento mental; no signos de alteración en patrones de conducta restrictivos, estereotipados y repetitivos. Los resultados del WISC-V (Escala de inteligencia de Weschler para niños-V [Weschler, 2015]) fueron: comprensión verbal (ICV), 86; visoespacial (IVE), 92; razonamiento fluido (IRF), 88; memoria de trabajo (IMT), 100; velocidad de procesamiento (IVP), 100; escala total (CIT), 85. Nos muestra un nivel de inteligencia por debajo de la media (CI 85) sin grandes diferencias entre los subtests y perfil bastante armónico.

Diagnóstico estructural y psicodinámico familiar

Consideramos que una forma de explicar cómo se ha desarrollado el funcionamiento mental actual de la paciente es el resultado del diálogo entre su estilo temperamental, los hitos del desarrollo y el sumatorio de estresores ambientales que han cristalizado la clínica o estructura.

En términos de Nanzer et al. (2017), el funcionamiento de la personalidad se esquematizaría por la organización en tres niveles: innato o temperamental, elementos inconscientes de la personalidad (modelado por las relaciones precoces) y los aspectos conscientes de los comportamientos, las interacciones y las imágenes de sí y de los demás (moldeado por los estresores y acontecimientos vitales).

Como hipótesis de trabajo desde un punto de vista relacional, pensamos que la simbiosis narcisista en la relación materno filial pudo iniciar el alejamiento de la figura paterna. Esto comportó unas relaciones familiares turbulentas y conflictivas que llevaron a la separación. La separación del matrimonio, la muerte del padre y la ruptura con las familias de origen potencian la simbiosis y reducen el mundo entre ambas. Las consecuencias relacionales secundarias a estos hechos, junto con las experiencias vividas por la madre con su familia de origen, parecen ser lo más relevantes en la estructuración

de la psicopatología del sistema familiar y de la paciente. La madre, que ya presentaba una dificultad para tolerar la diferencia y la triangulación, se vio abocada desde la separación y muerte del padre a una relación de simbiosis con la hija. Es posible que estuviera convencida de que tenía que dedicar su vida entera al cuidado de la paciente, aunque no fuera una necesidad real de la hija. La madre parece estar convencida de que no puede vivir fuera de ella, en un sentido simbólico.

Tanto la madre como el padre parecían mostrar dificultades de diferenciación de sus propias familias de origen. La madre de la paciente Y (M) refiere que la madre del padre no pudo cuidar de su hijo y lo crio la tía materna, provocando esto un sentimiento de culpa intenso en la abuela paterna. Durante su enfermedad, el padre se instala en casa de la madre en vez de mantenerse en el lugar de la familia. Es posible que la culpa por no haber sentido que lo cuidaba de pequeño le llevara a reparar. M ha tenido una mala relación con la familia del padre desde el inicio. La simbiosis provocó un aumento de la necesidad de apartar a las familias de origen. M fue rechazada por ellos y por sus propios padres, ya que se separó del padre en el momento peor de la enfermedad: “es como si lo hubiera abandonado en el momento que más lo necesitaba”. Fue culpada y señalada de “mala mujer” y “mala esposa”, por no hacerse cargo de estar con su pareja.

M muestra la queja de que encontró dificultades para que éste estuviera presente durante la primera fase de la separación en la crianza de la paciente pero nos preguntamos si no era la simbiosis la que impedía la entrada del padre en esta diada. Comentarios como “no es el padre que necesita mi hija”, “no es lo que ella necesita”, “no se comporta como debería comportarse” nos hacen pensar en la estructura narcisista de M. Ella piensa que la hija necesita del padre pero no se comporta como el padre que debería tener y aparece, por tanto, la queja con demanda de ayuda y el rechazo a la vez.

Etiología

Y probablemente nació con un temperamento difícil en el seno de una relación de pareja formada por dos adultos jóvenes. Como hipótesis

de trabajo pensamos que M se separa de su familia de origen para unirse a su pareja; se separa de su pareja para poder cuidar en su totalidad a su hija. En la realidad, podemos ver como M no ha podido rehacer su vida con otra pareja y tiene afectado el ámbito laboral, ya que tiene una reducción de jornada “por los problemas de la hija”. El tiempo que dedica M lo invierte en establecer relaciones con las instituciones que cuidan del estado de salud de su hija para cuidarla.

M reconoce un aspecto interno normativo, autoexigente, severo y rígido que, a modo de “mandato interno” heredado de sus padres, le ordena cómo ejercer los cuidados de una determinada manera.

El funcionamiento familiar se agrava con la muerte del padre de Y, un año después de la separación. Esto genera una relación materno-filial con un vínculo estrechísimo (simbiosis narcisista). Durante la infancia de la paciente, esto no parece generar muchos problemas o síntomas: se refuerza la simbiosis en términos de simbiosis de carencia. Cuando se proyecta la carencia en el hijo, cuidamos al hijo tal como hubiéramos querido ser cuidados nosotros y olvidamos al hijo real (Icart y Freixas, 2013). Es en la pre-adolescencia cuando los intentos de diferenciación, emancipación y autodefinición de la identidad generan la ruptura. El intento de separarse no puede ser a costa de nada, no es posible una separación neta. Es decir, si hay separación, la una se llevará de forma no controlada un trozo de la otra.

¿No es ésta la ansiedad de fragmentación que viven ambas cuando se pone en juego su relación? ¿No es adaptativo que reaccionen con defensas rígidas y primarias que mantengan la unión?

La presencia de un funcionamiento mental en M rígido, autoexigente, narcisista y omnipotente con ideas sobre la realidad bastante dicotómicas y un ideal de Yo grandioso en cuanto a los cuidados, le lleva a ejercerlos a “toda costa”, a pesar de que vaya en contra de las necesidades de Y.

En términos de la escuela de psiquiatría infantil de Ginebra (Palacio y Manzano, 1999), podríamos pensar en una *psicopatología de la parentalidad de características narcisistas*. La

madre proyecta sobre la hija la relación vivida con su propia madre. La describe como poco cuidadosa y escasamente afectiva, que la trata mal y la descuida. M, para evitar repetir esto, decide establecer una relación de cuidados en la que cuida a su hija como le hubiera gustado que la cuidaran a ella (Ideal del Yo). La experiencia de Y, pensamos, no es de ser cuidada según sus necesidades sino a imagen de lo que M piensa que necesita (Palacio y Manzano, 1999). En la actualidad, vemos cómo la paciente repite de la misma forma el patrón de relación con los terapeutas y servicios. Muestra una actitud de exigencia sobre cómo quiere ser cuidada pero no permite que le ofrezcamos la ayuda que, pensamos, que necesita. Esta posición de narcisismo primario, en la que realmente no se tiene en cuenta al otro, es lo que lleva a repetir una y otra vez el fracaso terapéutico (Nanzer et al., 2017).

La madre tiene integrados dentro de su funcionamiento mental objetos internos persecutorios y sádicos que la castigan e inciden sobre su capacidad de pensar (Turbet-Oklander, 1999). Podemos ver en las sesiones exploratorias de familia cómo M, cuando recuerda las relaciones con su madre o su padre, vive con terror la amenaza de no hacerse cargo de “todo” lo que la paciente o su familia han necesitado. Vive el peligro de ser criticada y perseguida por esas partes propias de su funcionamiento mental que la juzgan, critican y ponen en cuestión de una manera humillante. Si no se encarga de “hacer todo lo que su hija necesita”, su integridad está en peligro. Estas relaciones internas de objeto son actuadas en la paciente mediante la *identificación proyectiva* (Klein, 1971, 1988), mostrándose con una severa exigencia hacia el otro, tal como hemos vivido las diferentes personas que hemos atendido a la menor. La identificación proyectiva es siempre un empobrecimiento, y frecuentemente, motor de un incremento del odio hacia el objeto. Seligman (2009) la define como la asignación coercitiva de los propios estados mentales intolerables e imposibles de ser pensados a otra persona, perdiéndose el reconocimiento de las diferencias con el otro. Por tanto, con la identificación proyectiva, M e Y pueden evitar angustias de separación, pero el coste es elevado, pues se

instauran ansiedades persecutorias intensas, pánico, claustrofobia, etc...

Una viñeta que representa esta cuestión es cuando la paciente está en período de ingreso total en una institución privada y sale de permiso con la madre. Le dejan salir a comer. La madre nos cuenta en la sesión que Y se repliega en el suelo como un bebé, de manera fetal y ella se queda de pie mirando la situación. Estaba mal y quería volverse a casa, no quería seguir ingresada. Tal como lo explica M, parece distanciarse afectivamente de la paciente y muestra una actitud de observación, desconectando de la emoción de Y. Esto parece generar un impacto en alguien del pueblo que se acerca (probablemente al activarse sus instintos paternos) que le llevan a acercarse a la escena ofreciendo una ayuda. La madre la rechaza, le dice que no, "¡no puedes hacer nada!". El señor, a pesar de eso, decide agacharse y acercarse a la adolescente clavada en el suelo. "¿Qué te pasa?", le dice. Parece que Y se abre. Comienza a explicar que tiene problemas con la madre y que se siente mal en el centro donde está ingresada. Que la tratan mal, dice. El señor parece que intenta reforzar el cuidado que le hacen en el centro, ya que es lugareño y conoce a niños que se han tratado ahí. La madre permanece como observadora de la situación. El señor, que podría ser el padre de Y por la edad, le pide permiso para darle un abrazo, que la paciente acepta. La madre piensa que esto le ayudó y le permitió tranquilizarse. Se emociona durante el relato y puede traer al recuerdo que es posible que esta escena representara que a Y le falta el padre. Se muestra agradecida por la conducta del señor.

La sugerencia a M es que no parece que sea una situación en la que la paciente recordase la falta del padre sino más bien que estaba ávida de afecto, deseosa de funciones maternas afectivas que la madre no pudo darle en aquel momento. ¿Y por qué?, trabajamos en sesión...

Durante la misma sesión y al momento inmediato después, la madre dice que llega agotada los domingos a casa, emocionalmente desgastada por los movimientos que le generan las visitas con Y. Nos trae que es posible que esto genere que los lunes sienta que tiene que "hacer algo". Por esto se pone en funcionamiento

la actitud reactiva de decirle a los del centro qué cree ella que es lo más adecuado para Y. Empieza a analizar cuál es la situación del cuidado de su hija y si se "están haciendo las cosas bien". Suele escribir algún mail o mover alguna pieza para enterarse de qué cosas están pasando en el tratamiento de Y. Además, siente o teme que si "ella no hace lo que hace, Y puede estar en peligro". Y, por tanto, reacciona reforzando a la madre de forma suspicaz y rechazando el ingreso. La madre actúa "supervisando" el trabajo que hacen los otros.

La frustración de la madre ante su dificultad de dar afecto es proyectada en los terapeutas y ella les exige que la cuiden, controlando los cuidados que le hacen y si estos son los adecuados o no. Pensamos que este control se activa como defensa ante la angustia o tristeza que le genera ver a su hija en el estado de carencia afectiva y que ella no la puede satisfacer. Se confronta este comportamiento y nos pide un espacio para traer un recuerdo: "mi madre, cuando yo le mostraba que estaba mal por algo, me decía que esto es una cuestión que depende de uno, que uno se lo busca y que es uno el que tiene la culpa de sufrir por el motivo que sufre. Se tiene que buscar las *papas* cada uno". M abre paso en su consciencia a un momento de su infancia (repetido y como una especie de *flash back*) en el que se sintió no acogida por su madre cuando ella lo que necesitaba era eso. ¿No es lo mismo que le pasaba a Y?

Patogénesis

El narcisismo de la madre que no le permite aceptar ningún tipo de ayuda por el dolor que le produce reconocer que ella no lo puede todo, le lleva a proyectar a la hija a través de la identificación proyectiva (Klein, 1971, 1988) su imagen narcisista. La hija se identifica con esta madre narcisista y ahora es ella la que no puede aceptar ningún tipo de ayuda. Se crea una personalidad en la paciente con predominio de la escisión y negación como defensas, igual que en la madre. Se genera en el núcleo familiar un funcionamiento esquizoide, muy aislado socialmente. En esta estructura narcisista, aceptar ayuda es vivido como fracaso y como humillación.

La madre decía que su propia madre no la había cuidado. Ahora es ella la que proyecta su carencia en la hija y la cuida como ella hubiera querido ser cuidada. Tenemos a una hija con gran dedicación de su madre y, al mismo tiempo, olvidada: simbiosis narcisista y de carencia (Icart, 2018).

Los intentos de Y de mostrarse diferente de su madre son vividos por ésta como una amenaza severa para su identidad, ya que su vida ha sido dedicada exclusivamente al cuidado, ese cuidado de su parte carenciada proyectado en su hija.

Orientación diagnóstica

Desde el punto de vista fenomenológico (CIE 10): *fobia social grave* (F40.1), *trastorno narcisista de la personalidad* (F60.8). A nivel estructural: *estructura borderline de la personalidad* (Kernberg, 1970), con un nivel intelectual normal (CI: 85). Hipótesis de diagnóstico etiológico: *simbiosis narcisista de carencia* (Icart y Freixas, 2013).

Tratamiento

La intervención que se ha realizado desde nuestro servicio, una vez más, ha dado cuenta de la complejidad del caso y de los movimientos que genera la clínica de la simbiosis. Los recursos movilizados han sido:

- Terapia psicodinámica familiar para la disolución acelerada de los aspectos simbióticos que bloquean el desarrollo evolutivo de Y (una sesión semanal durante un año)
- Terapia focalizada en la transferencia individual (una sesión semanal)
- Ingreso en régimen total (dos meses)
- Coordinación con la red

Los resultados terapéuticos permitieron resolver los síntomas fóbicos inicialmente, que le permitieron retornar a la escuela. Esta mejora pudo ser vista por la madre como una amenaza a su narcisismo, ya que puso condiciones a la terapia familiar. La madre hizo todo lo que pudo para que la hija fuera a la escuela pero no pudo hacer nada para que viniera a la sesión familiar. A pesar de esto, pretendía continuar las sesiones familiares ella sola para recibir asesoramiento

para que pudiera seguir cuidando de su hija. El tratamiento ha quedado interrumpido.

Conclusiones

Consideramos que la presencia de esta tipología de casos de salud mental infantil y juvenil es frecuente. Suponen un gasto de recursos importantes y la tendencia a la disociación entre servicios y profesionales. Esto repercute en importantes frustraciones en la familia por la sensación de no sentirse ayudados, en los profesionales por sentir incapacidad para la gestión del caso, además de un gasto importante a nivel de gestión asistencial.

Promover el estudio de este diagnóstico y de la terapia focal y breve en las simbiosis narcisistas ayudaría a reducir la dispersión atencional que suelen generar en la red y permitiría potenciar la eficiencia. El proceso sería una psicoterapia familiar para la disolución acelerada de la simbiosis previo a una atención individual.

La parte más eficaz del planteamiento del tratamiento ha sido el abordaje de la familia, ya que la madre, más consciente del problema, es la que ha mantenido durante más tiempo el contrato terapéutico. La no tolerancia a la frustración y la parte más infantil de satisfacción inmediata de este tipo de adolescentes debe llevarnos al planteamiento de terapias familiares para asegurarnos la adherencia. A pesar de esto, en los casos en que la simbiosis narcisista de carencia es de alta complejidad y prematura, nos encontramos con que los tratamientos han de estar dirigidos a la disolución de la simbiosis materno-filial. Es a partir de esta psicoterapia familiar cuando el hijo/a se podría diferenciar de la madre para organizar su yo. A partir de este momento, el hijo empieza a tener consciencia de sí y de sus problemas para empezar un tratamiento individual. El problema lo encontramos en aquellos casos en los que la disolución de la simbiosis no es posible; cuando la simbiosis es el emergente sintomático y no la causa. Esto se da en familias en las que predomina en el progenitor que ejerce funciones maternas una estructura de la personalidad narcisista con un entorno familiar hostil y alta emoción expresada (Vaughn, 1976). Este contexto hostil y con frecuencia carenciado lleva a

la figura materna a una sobreprotección de sus hijos. Este conjunto de situaciones vienen a potenciar el proteccionismo del hijo aumentando la simbiosis, la indiferenciación.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA [2000]). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author (Trad. castellano, Barcelona: Masson, 2002).
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders, (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1989). *Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas*. México D. F.: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2010). Narcissistic Personality Disorder. En J. Clarkin, P. Fonagy y G. Gabbard (eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A clinical handbook*. Arlington. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Klein, M. (1988). Envidia y gratitud y otros trabajos. En *Obras completas*. Volumen 3. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1971). *Principios del análisis infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. (1972). *Simbiosis Humana, las vicisitudes de la individuación*. México: Rústica.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: NCS.
- Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2017). *Manual de Psicoterapia centrada en la parentalidad*. Barcelona: Octaedro.
- Organización Mundial de la Salud (OMS [1992]). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Palacio, F. y Manzano, J. (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.
- Rutter, M. (2006). *ADI-R. Entrevista para el diagnóstico del Autismo. Edición revisada. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, S. (2009). Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva: Observando la Identificación Proyectiva. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 26(1): 76-96.
- Tubert-Oklander, J. (1999). Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. *Aperturas psicoanalíticas*, 3. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000093>
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol.*, 15(2):157-65.
- Weschler, D. (2015). *Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC), V*. Barcelona: Pearson.