



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APLICADA

CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA CLÍNICA DEL DÉFICIT NARCISISTA

Wendel, Sandra Viviana

Año 2017

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y a mi hija, con profundo amor y alegría por tenerlas en mi vida y aprender juntas cada día el valor del afecto, la fuerza femenina y el acompañamiento recíproco.

A mis amigos, especialmente a Mariano, Rocío, Cleo y Vero, por compartir utopías que nos impulsan a avanzar. También a los amigos virtuales, como los de “La Vecindad”, fraternidad global con los que comparto ideas y miradas.

A aquellos profesores que con su espíritu me contagiaron la pasión de su vocación y la inquietud por ampliar mis conocimientos.

A Graciela, mi psicóloga, que en esta etapa de mi vida, ayudó a encontrar dentro de mí la posibilidad de seguir vislumbrando nuevos horizontes y a disfrutar el camino recorrido.

A la militancia, que me permitió aunar los proyectos personales a una visión comunitaria de la salud mental, en el marco de un proyecto nacional y popular.

RESUMEN

El presente trabajo final de grado se propone como objetivo averiguar si profesionales de salud mental de la ciudad de Río Cuarto, que trabajan desde un marco referencial psicoanalítico, utilizan técnicas específicas para el abordaje de pacientes con predominio de déficit narcisista, que pudieran ser diferentes a las que se priorizan en la clínica de las neurosis y psicosis.

Se utilizó un diseño descriptivo basado en el análisis de contenido cualitativo de los datos obtenidos a través de entrevistas en profundidad, realizadas a cuatro profesionales del área de Salud Mental: tres psicólogos y un psiquiatra, dos de ellos insertos en instituciones comunitarias y todos con desarrollo de la clínica privada.

Los resultados obtenidos revelan coincidencias en la manera de abordar estos casos, lo que permite inferir que la clínica de los pacientes con funcionamiento a predominio de déficit narcisista tiene características particulares, que la apartan, tanto en el encuadre como en el proceso, de la llamada clínica de las neurosis y psicosis.

Esta técnica clínica implica apartarse de la ortodoxia, actuando más desde la contratransferencia y de una manera creativa, para lograr objetivos mínimos que permitan construir una manera de vincularse que no se logró, por el motivo que fuera, con los objetos primarios. Las herramientas predominantes para lograr este objetivo también se modifican: se prioriza el contacto visual, lo emocional, el límite a la impulsividad, la interpretación afirmativa que cohesiona al yo, la entrega de cierta capacidad simbolizante.

Estas modificaciones a la clínica han ampliado las posibilidades de analizabilidad de estos pacientes, y los profesionales han ido orientando su labor a través de la lectura de autores postfreudianos quienes, aún desde diferentes perspectivas metapsicológicas, coinciden en la tentativa de lograr un corpus teórico que prioriza ciertas herramientas técnicas para lidiar con el déficit, y utiliza la interdisciplinariedad para obtener mejores resultados y pronósticos más favorables.

Palabras clave: *Déficits Narcisistas – Clínica psicoanalítica – Encuadre y Proceso terapéutico, características distintivas*

ABSTRACT

This Graduate Work Project aims to inquire whether mental health professionals in the city of Río Cuarto, who work with a psychoanalytic reference framework, apply specific techniques in the management of patients with a predominance of Narcissistic deficits, which may be different from those techniques which are prioritized in the clinic of neuroses and psychoses.

A descriptive design was used based on the qualitative analysis of the data obtained through in-depth interviews with four professionals in the area of Mental Health: three psychologists and one psychiatrist, two of them working in community institutions and all of them involved in the private clinic practice.

The outcome reveal similarities in the way of approaching these cases, which allows us to infer that the clinical approach of patients with a narcissistic deficit have particular characteristics that deviate, both in the setting and in the process, from the usual approach to neuroses and psychosis cases.

This clinical technique implies moving away from orthodoxy, preferably working from the countertransference and in a creative way, to achieve minimum objectives that allow to build a way of linking up to the primary objects, something which was not - for whatever reason -previously achieved.

The predominant tools to achieve this goal are also modified: priority is given to visual contact, the emotional angle, the limit to impulsiveness, the affirmative interpretation that holds the self together, and the delivery of a certain symbolizing capacity.

These modifications to the clinic have expanded the possibilities of analyzability with these patients. And the professionals have been orienting their work through the reading of post Freudian authors who, even from different metapsychological perspectives, coincide in the attempt to establish a theoretical corpus that prioritizes certain technical tools to deal with the deficit, and uses interdisciplinarity to obtain better results and more favorable forecasts.

Keywords: Narcissistic deficits - Psychoanalytic clinic - Setting and therapeutic process: distinctive characteristics.

INDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	7
Antecedentes	9
Justificación y problema	11
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	13
Delimitando la técnica clínica en psicoanálisis.....	14
Conflicto y Déficit	15
Modificaciones técnicas en la clínica actual.....	17
Contrato y Alianza de Trabajo.....	18
Estilo activo y vínculo	19
Disponibilidad emocional del analista.....	20
Construcción simbólica	20
Manejo de Transferencia y Contratransferencia.....	21
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	23
Enfoque de la investigación	24
Tipo de Investigación.....	24
Técnica de recolección de datos.....	25

Instrumento a utilizar	25
Población y muestra	25
Procedimiento	26
Estrategia del análisis de datos.....	27
Consideraciones éticas	29
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS.....	30
Descripción de los participantes.....	31
Análisis de contenido	32
1. Características de los pacientes con deficit narcisista	32
1.1 Presentación Clínica	33
2. Vinculo analista-analizado	33
3. Encuadre, contrato y alianza de trabajo.....	34
4. Transferencia y contratransferencia.....	36
5. Instrumentos que se priorizan en la clinica	37
6. Objetivo de la terapia y pronostico de evolucion	39
6.1 Objetivos.....	39
6.2 Pronósticos.....	40
7. Contexto epocal	41
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	54

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En los últimos 40 años el psicoanálisis “clásico” ha sido interpelado para ampliar las fronteras de lo analizable. La postmodernidad, con el declinamiento de las instituciones, el predominio de la imagen, las rupturas del lazo social, han exacerbado el ingreso a la clínica de pacientes no neuróticos, no psicóticos, en los cuales predomina la escisión, la idealización, y no la represión; y las cuestiones preedípicas antes que la conflictiva producto de la castración (Hornstein, 2000).

Estos pacientes vulnerables, fragmentados, con escasa capacidad de simbolización en algunos momentos, más predispuestos a la acción, con vaivenes importantes en relación a su autoestima y un déficit en su subjetividad, han dado lugar en la clínica psicológica a un frondoso análisis en relación al método terapéutico de elección y las modificaciones técnicas necesarias para su abordaje.

El tema ha sido abordado desde diversas corrientes psicológicas. Desde el psicoanálisis, numerosos autores que podrían inscribirse como “postfreudianos” han propuesto, y continúan trabajando en ello, que la clínica del déficit narcisista tiene características propias y ciertas modificaciones técnicas que permiten analizar a estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es describir dichas características técnicas, y a partir de entrevistas en profundidad realizadas a profesionales de la salud mental de Río Cuarto, que se describen con un esquema referencial psicoanalítico, acerca de su experiencia con este tipo de pacientes, conocer si ellos utilizan un contrato, encuadre, proceso terapéutico e instrumentos particulares que se privilegien, y corroborar si en este abordaje terapéutico la técnica es diferente a la utilizada en la clínica de las neurosis transferenciales que predominaron desde la creación del psicoanálisis hasta mediados del siglo XX.

Antecedentes

Esta problemática ha sido investigada desde diferentes corrientes psicológicas, a fin de mejorar las técnicas de abordaje de pacientes que hasta hace unas décadas estaban considerados inanalizables o de difícil pronóstico.

Desde una línea cognitiva conductual, Prado Abril, García Campayo y Sanchez Reales (2013) evalúan con dos casos puntuales las mejoras sintomáticas logradas en trastornos de personalidad con el uso de terapia cognitivo-interpersonal. Enfatizan la complejidad, el uso de diferentes dispositivos y la especial atención a la alianza terapéutica en el diseño de tratamientos con estos pacientes, y se centran en la disminución del malestar, sobre todo la ansiedad y la depresión de estos pacientes, para en una fase posterior poder afrontar el núcleo más profundo de psicopatología.

Asimismo, Navarro Leis y Lopez Hernandez Ardieta (2013) revisan las teorías conductistas de tercera generación o contextuales: Terapia Dialéctica-Conductual, Terapia de Aceptación y Compromiso y Psicoterapia Analítico Funcional, a las que consideran de mayor eficacia para el tratamiento de los trastornos de personalidad, englobando entre ellos a los trastornos de personalidad histriónicos, narcisistas, esquizoide y especialmente límites. Resaltan de la comparación entre las tres teorías que la aceptación emocional y las conductas orientadas a valores personales han sido elementos claves en las mejorías registradas, y que las condiciones necesarias para estos logros están basadas en el diseño de una relación terapeuta-paciente efectiva. Los procedimientos de intervención grupal e individual simultáneamente y la posibilidad de contacto telefónico con el terapeuta en una situación de crisis también se han comprobado eficaces como estrategias terapéuticas

Belinchon y Rodriguez Moya (2013) investigan desde el psicoanálisis el terreno de psicopatologías diferentes a las neurosis y psicosis, haciendo una revisión

de la *terapia expresiva* de Kernberg, y establecen la importancia de una buena alianza terapéutica así como de un encuadre y unos límites apropiados desde el principio, utilizando una entrevista estructural como medio de valoración y diagnóstico

Aquí se utilizan las técnicas de clarificación, confrontación, interpretación e interpretación de la transferencia. También hacen mención a la relación cara a cara para establecer contacto no solo a través de las palabras sino con la mirada, el encuadre más contenedor, la evitación de la interpretación transferencial al inicio de la relación analítica y enmarcarse en el presente hasta que sean posibles interpretaciones relacionadas con la historia biográfica.

Finalmente, en la ciudad de Córdoba, las tesisistas Bicego, Calleria y Galainena (2012) se propusieron conocer los abordajes y características técnicas propuestas por la literatura psicoanalítica para los trastornos del narcisismo e indagar sobre las mismas con psicoanalistas de dicha ciudad. Concluyeron que los profesionales entrevistados abordan los trastornos narcisistas desde posicionamientos teóricos postfreudianos, con modificaciones técnicas que permiten inferir cambios en la práctica clínica actual, desde un lugar calificado por los propios entrevistados como “modificación del psicoanálisis clásico”. Estas modificaciones dan cuenta de un sujeto complejo, muchas veces atravesado por el déficit más que por el conflicto, y con los cuales es necesario realizar una tarea creativa y flexible.

La inclusión de estos antecedentes al presente estudio se fundamentan en el hecho de que abordan desde distintas perspectivas la complejidad técnica que implica el tratamiento de las patologías a predominio narcisista, en las cuales es más importante el déficit que el conflicto, enfatizando determinadas intervenciones para el tratamiento, teniendo en cuenta que se trata de una clínica proteica, multiforme, que

se inscribe en el paradigma de la complejidad, y que haría decir a muchos psicoanalistas de viejo cuño que los pacientes de hoy ya no son los de antes.

Justificación y problema de la investigación

La demanda clínica actual está atravesada por los cambios culturales, sociales, familiares, y ello se traduce en pacientes diferentes con los cuales las técnicas clásicas propuestas por el psicoanálisis para la neurosis no son suficientes debido a la complejidad impuesta por el abordaje tanto del conflicto como del déficit.

El psicoanálisis contemporáneo ha ido incorporando modificaciones en la técnica intentando contener en la situación clínica a pacientes con déficit narcisistas, con dificultades de simbolización y proclives al acting, con demandas masivas, con los cuales no se obtenían resultados utilizando fórmulas ortodoxas basadas en la transferencia, la asociación libre, y la interpretación.

Numerosos autores se dedican en la actualidad al tema, realizando diferentes propuestas a partir de ampliaciones del desarrollo teórico comenzado por Freud y proseguido por sus discípulos.

El problema que se plantea en esta investigación puede resumirse en la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características técnicas que asume la clínica psicoanalítica para el abordaje de los déficits narcisistas?

La investigación se propone conocer la experiencia de profesionales de la salud mental de la ciudad de Río Cuarto que manifiestan utilizar un marco referencial psicoanalítico, con amplia trayectoria en el análisis de pacientes a predominio narcisista, lo cual permitirá describir las técnicas específicas para su tratamiento.

Poder determinar técnicas específicas con las cuales se hayan obtenido resultados favorables en estos casos considerados hasta hace tiempo *en el límite de lo analizable* (Hornstein, 2000) constituiría un aporte en la tarea de unificar criterios disímiles y controvertidos respecto al abordaje terapéutico con este tipo de pacientes.

Objetivos

Objetivo general

Describir las características técnicas que caracterizan a la clínica psicoanalítica de los déficits narcisistas

Objetivos específicos

- Indagar cómo es el vínculo analista-analizado.
- Describir las características del encuadre, alianza terapéutica y contrato.
- Explorar las vicisitudes del proceso terapéutico en virtud de los tipos de defensas preponderantes en los pacientes con déficit narcisista.
- Conocer qué instrumentos técnicos se privilegian como estrategia de abordaje.
- Describir las modificaciones del manejo de transferencia y contratransferencia con este tipo de pacientes.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Delimitando la técnica clínica en psicoanálisis

Hablar de psicoanálisis implica tener en cuenta una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, imbricadas cada una en la otra de manera indisoluble. A ello cabe agregar la ética, ya que lo que le da coherencia a las normas técnicas es su raíz ética, teniendo en cuenta que el analista tiene como instrumento de trabajo su propio inconsciente (Etchegoyen, 2009).

Delimitar la técnica freudiana implica referirse a intervenciones clínicas, terapéuticas e interpretativas que permiten definir el marco de la cura psicoanalítica. Se indaga sobre la transferencia, la contratransferencia, la regla fundamental y la abstinencia, y este esquema queda delimitado por reglas denominadas técnicas: la duración de las sesiones y de la cura en sí, el número de sesiones por semana, el modo de intervención (activo o pasivo) del analista, la posición del analizante (tendido o cara a cara) (Etchegoyen, 2009).

Cuando Freud sienta las bases del psicoanálisis, en el siglo XIX, opone las neurosis de transferencia a las narcisistas, siendo las primeras aquellas en donde la libido se desplaza hacia los objetos en vez de quedar como libido yoica (narcisismo) (Freud, 1914). Asimismo, se preocupa por distinguir quiénes podrán beneficiarse con esta técnica, e incluye en este conjunto a los que pueden desarrollar una neurosis de transferencia. Freud destaca la estrategia a seguir cuando afirma: "*Sustituir su neurosis por una neurosis de transferencia*" (Freud, 1914).

Sin embargo, le corresponderá a los seguidores de Freud ahondar en estos conceptos y enlazar esa definición de narcisismo como libido vuelta hacia uno mismo,

con nociones tales como fases libidinales, aspectos de la vida amorosa, origen del ideal del yo, construcción del yo (Hornstein, 2013).

Es desde este lado del Atlántico donde Rossenfeld, Kohut y Kernberg reflaton el estudio del narcisismo, mientras que en Europa, Lacan lo convierte en una pieza maestra de su obra (Green, 1999).

Más allá de considerarle autonomía o destino de un conjunto de pulsiones que debe considerarse en estrecha relación con las demás, la cuestión es que existen estructuras y transferencias en las cuales el narcisismo está en el centro de la conflictiva, aunque no puedan pensarse aisladas sin tener en cuenta las relaciones de objeto y los nexos que tiene el yo con la libido erótica y destructiva (Green, 1999).

Conflicto y Déficit

“Los pacientes de hoy con sus ‘partes psicóticas’, sus ‘escudos narcisistas’ sus ‘self grandiosos’, su ‘pensamiento operatorio’ y sus ‘defectos alexitímicos’, parecen muy diferentes de los clásicos neuróticos de la Belle Epoque” (McDougall, 1987, p.206)

Bjorn Killingmo investiga a fines del siglo 20 acerca de estas realidades que se presentan en la clínica, en relación a lo posible de análisis a través de la transferencia y los casos en donde se presentan dificultades en la situación analítica, y para ello acude a la diferenciación entre dos mecanismos patológicos diferentes: *conflicto* y *déficit* (Killingmo, 1989).

En el caso del *conflicto* intersistémico, hay diferenciación estructural de los sistemas que se oponen: ello, yo, superyó y la realidad, y la evolución patológica sigue la fórmula deseo pulsional edípico-represión-regresión-formación de síntomas. Hay un nivel de desarrollo estructural que utilizará la represión como principal

defensa y una buena diferenciación entre representación del si mismo y del objeto (Killingmo, 1989).

Las patologías basadas en el *déficit* son anteriores a esta diferenciación estructural, las necesidades en juego no son siempre de naturaleza pulsional (libidinal o edípica), sino necesidades de fusión simbiótica, según Mahler (1975), o de afirmar el sentimiento básico de sí mismo, dirá Kohut (1977) (Citados por Killingmo, 1989).

Mientras el conflicto podría definirse como un modo de funcionamiento psíquico con existencia de tensión entre fuerzas, instancias o sistemas, que se traduce en angustia con o sin síntomas y conformación de mecanismos de defensa variados, el déficit es otro modo de funcionamiento psíquico, que se caracteriza por la necesidad de afirmación del si mismo y la dificultad en la mentalización de los afectos. Aquí lo que surge es la ansiedad difusa con escasa actividad fantasmática y se conforman mecanismos defensivos monótonos. (Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP), 2007)

Mientras en el primer caso hay una historia con predominio de constancia objetal, en el funcionamiento deficitario suele existir una historia de falta de constancia objetal, debido a carencia, exceso o inadecuación (Sociedad Argentina de Psicoanálisis, 2007)

Las patologías narcisistas quedan englobadas en las patologías del déficit, que Killingmo (1989) las caracteriza como fallas intrasistémicas, estructura defectuosa del si mismo, la falta de constancia del objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos (Kernberg, 1975), es decir, que la propia evolución de la estructura del yo ha sido dañada.

Cuando se habla de narcisismo patológico estamos en presencia de una ausencia de amor propio, que se intenta suplir con la admiración externa. Hay un yo deficitario, amenazado por la desintegración, la desvalorización o la sensación de vacío. Dentro de las patologías de déficit, las problemáticas narcisistas, de la autoestima y depresiones se solapan fundamentalmente con las problemáticas en torno a la identidad (Hornstein, 2013).

En las patologías basadas en el déficit el esfuerzo terapéutico se dirige fundamentalmente a ayudar al Yo a experimentar el significado mismo, no algo que está oculto para la conciencia sino que antes debe sentir que existe (Killingmo, 1989).

Otros autores que dedicaron su estudio al tema del déficit y su abordaje terapéutico son Balint, con su teoría de la *falta básica*; Winnicott, con su concepto de la *madre suficientemente buena* y la necesidad de *sostén (holding)*; Bowlby, que ha mostrado la existencia del impulso primario a buscar la cercanía de la madre; Green, explorando narcisismo de vida y narcisismo de muerte (Coderch, 2010).

Se está en el terreno de la organización dual narcisista por sobre la organización triangular edípica, y ello engloba tanto a las caracteropatías, la patología psicosomática e incluso las patologías de borde, como así también toda problemática en donde se ponga en jaque la alteridad. Hablamos de la consistencia del yo, el valor del yo, la construcción de la alteridad y las inhibiciones yoicas (Hornstein, 2013).

Modificaciones técnicas en la clínica actual

La clínica actual se presenta proteiforme, con pacientes con barreras difusas entre su yo y el objeto, entre el yo e ideal del yo, fluctuaciones de la autoestima, anhelos y temor a la fusión, sumamente vulnerables a las heridas narcisísticas, predominio de defensas psíquicas primitivas tales como la escisión, la renegación, la

identificación proyectiva, idealización, riesgos de fragmentación, angustia difusa, depresión vacía. Hay omnipotencia, grandiosidad del yo, necesidad de admiración, a la vez que apatía, desvitalización y crisis de proyectos y valores. Las relaciones significativas son inestables y dificultosas. Dependientes pero a la vez sin querer depender de nadie. (Hornstein, 2000)

Se trata de complejizar una metapsicología surgida de una clínica que tenía como referente a la neurosis de transferencia. Pero no se trata de un reemplazo, sino de articular aquella clínica centrada en la angustia de castración con las innovaciones que surgen de otra clínica en donde predomina la angustia de separación, de intrusión y fragmentación (Hornstein, 2000).

Las preguntas que muchos profesionales se realizan giran en torno a modalidades técnicas variables, tales como por qué debería haber una cantidad fija de sesiones semanales, o si puede demostrarse que una sesión semanal no sirve, si el diván es lo mejor para todos los pacientes, si un estilo activo, o de confrontación, o más interpretativo y silencioso es más eficaz con ciertos pacientes, o por qué con un determinado enfoque un analizado se siente seguro y otro no (Hornstein, 2006).

Contrato y Alianza de Trabajo

Las recomendaciones técnicas dan un giro en relación al promover la realidad y relaciones reales, por lo que se tornan más amplias y flexibles que en la clínica de la neurosis, teniendo muy en cuenta la alianza de trabajo. Esto incluye mantener una relación cara a cara, ayudar de manera concreta a que el paciente se adapte a la realidad, controlar impulsos, y confirmar aquellos aspectos de su conducta que indiquen un funcionamiento más sano. (Greenson y Wexler, 1969).

Uno de los aspectos más difíciles de acordar al inicio del tratamiento, especialmente con aquellos pacientes con marcada predisposición al acting, es eliminar o reducir los beneficios secundarios. Se sugiere que en el contrato quede explícito la protección de ambas partes en relación a las actuaciones, especificando condiciones determinadas que de no cumplirse darán por finalizado el tratamiento. Estas condiciones pueden reiterarse a lo largo del tratamiento y también interpretarse de acuerdo a sus aspectos transferenciales (Kernberg, 2014).

Estilo activo y vínculo

En cuanto al vínculo terapéutico, se necesita de un profesional que muestre su deseo de vincularse, teniendo en cuenta que ha habido fallas en los vínculos que debieron ser libidinizados, y es entonces algo que deberá abordarse con un dispositivo para construir vínculos. Es necesario construir este vínculo antes que interpretarlo (Fiorini et al, 2002).

De la misma manera, se discute si el estilo más silencioso e interpretativo que se utiliza como técnica para deconstruir defensas neuróticas es el ideal con este tipo de pacientes, teniendo en cuenta que cuando lo que está en jaque es la definición de identidad, ese silencio da lugar a la noción de no existencia que ya por sus características es un sentimiento habitual del paciente. Se propone entonces un estilo más activo, a veces incluso confrontativo (Fiorini et al, 2002).

"Trabajando con esos pacientes me vi obligada a comprometer en el vínculo mucho más de lo que yo hubiera deseado y me veía obligada a hablar cuando hubiera deseado callar" (McDougall, 1993).

Disponibilidad emocional del analista

Bowlby (1973) hará hincapié en que uno de los aspectos técnicos más importantes con estos pacientes es la disponibilidad emocional del profesional, pero aceptando la necesidad y el derecho del paciente a ser confirmado, o sea, comprendiendo como debe haber sido no haber recibido el reconocimiento añorado cuando más lo necesitaba y lo esperaba, justificando que se sienta así (Coderch, 2010). En consecuencia, “la verdadera tarea del terapeuta debe ser lograr la colaboración del paciente para construir una relación que sea terapéutica en sí misma, ante una situación en la que las interpretaciones son inútiles cuando no perjudiciales” (Coderch, 2010, pág. 8).

Construcción simbólica

Ante el derrame pulsional narcisista, relacionado con la falta de holding de Winnicott, de reverie materno de Bion que transforme los elementos Beta en Alfa, del deseo materno que permite al infante metabolizar, dirá Aulagnier, deberá intentarse el significar para incorporar el objeto en tanto representación (Wapner, 2006).

Con pacientes que se expresan más por actos que por síntomas, Wapner (2006) propone un profesional que construya con el paciente un armazón simbólica y fantasmática que está ausente, oscilando entre tolerar manifestaciones disruptivas y poner freno a la exoactuación, entre madre objeto y madre ambiente, intentando devolver sentido ahí donde nadie lo puso y cuando el paciente revive el derrumbe que ocurrió, el terapeuta le mostrará que en este caso está él para contener.

Todo lo dicho conduce a afirmar que en los límites de lo analizable la actitud técnica debe modificarse ante el riesgo de disolución yoica y muerte psíquica, y se le solicita algo más que su disponibilidad afectiva y su escucha: se solicita su

potencialidad simbolizante. Potencialidad que no sólo apunta a recuperar lo existente sino a producir lo que nunca estuvo.

No se trata sólo de conflicto sino de déficit (carencias) (Hornstein, 2000).

Manejo de Transferencia y Contratransferencia

Transferencia y contratransferencia tienen características particulares dadas las defensas predominantes en pacientes con déficit narcisista, que son de tipo regresivo. La escisión, la negación, la identificación proyectiva y la idealización se acompañan de montos importantes de envidia y agresividad (Kernberg, 2010).

Ante la incapacidad de depender del terapeuta, lo que se considera humillante, se intenta controlar el tratamiento de manera omnipotente. Además el profesional es idealizado o denigrado, pudiendo pasarse de un sentimiento al opuesto en relación a sentimientos de envidia consciente o inconsciente, que suelen culminar en una reacción terapéutica negativa, por la que negarán la ayuda recibida y estarán peores después de cualquier mejoría (Kernberg, 2010).

En las patologías por déficit narcisistas, Killingmo (1989) propondrá una técnica que utilice como instrumento privilegiado la *intervención afirmativa* (o empática) más que la *intervención interpretativa*, priorizando los elementos de existencia, relación, valor y de validez de la experiencia. De esta forma, trata de esclarecer las representaciones del si mismo-objeto difusas, y estructurar aspectos de las relaciones objetales que aún no se han alcanzado (Killingmo, 1989).

El profesional cumple el papel tanto de un *objeto-si-mismo de transferencia* como de un *objeto si mismo nuevo*, teniendo este último la propiedad de estimular la construcción de estructuras (Killingmo, 1989).

La interpretación de la transferencia no deja de ser una herramienta fundamental, pero muchas veces acompañada de la clarificación, a fin de explorar el entendimiento que de la interpretación efectúa el paciente (Kernberg, 2014).

Según Kernberg es de suma importancia ir interpretando de manera cauta estos sentimientos, fundamentalmente la arrogancia, lo que es clave para evolucionar desde la transferencia psicopática a una transferencia paranoide en relación a la proyección en el terapeuta de representaciones de objetos persecutorios, que puedan transformarse en transferencias depresivas cuando se ha logrado soportar la ambivalencia y reconocer los sentimientos positivos y negativos depositados en él. (Kernberg, 2014).

También suele suceder que, debido a sus aspectos sadomasoquistas, el paciente puede expresar tanto su agresividad hacia el terapeuta, humillándolo o degradándolo, para colocarse en situación de víctima cuando recibe una respuesta. Esta situación, según Kernberg (2014) requiere de interpretación.

Todas estas vicisitudes del proceso analítico en cuanto a la transferencia, pueden provocar que los profesionales, contratransferencialmente, sientan sensaciones de autodevaluación, depresión, rechazo hacia el paciente o deseos de terminar con la relación terapéutica. Son frecuentes las sensaciones de aburrimiento o sueño en la sesión, y el agotamiento ante una tarea que parece sumida en el fracaso. La disposición emocional óptima se hace difícil, y allí es cuando se propone la exploración profunda de esta contratransferencia para integrar sus implicaciones objeto-relacionales en las interpretaciones transferenciales (Kernberg, 2014).

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Enfoque de la investigación

El estudio adoptará el *enfoque cualitativo* ya que éste posibilita la aproximación sistemática a la perspectiva de los sujetos y a los significados que estos otorgan a sus acciones, con el propósito último de reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, Baptista Lucio, 2010).

Esta metodología cualitativa está orientada, según Flick (2004), a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales. En este caso se entrevistará a profesionales de la salud mental que sostienen un esquema referencial psicoanalítico de la ciudad de Río Cuarto, con una trayectoria de por lo menos 10 años en la práctica clínica.

Este trabajo no tiene como objetivo llegar a conclusiones generalizables, sino que al ser cualitativo se caracteriza por lo particular.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación será descriptivo, ya que este tipo de estudios permitirá detallar cómo es y cómo se manifiesta técnicamente la clínica del déficit narcisista, buscando especificar características propias de la misma. (Dankhe, 1986). Se intentará dar cuenta, a partir de este diseño, de las características de la clínica psicoanalítica con pacientes con déficit narcisista (Hernandez Sampieri, 1991).

Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos seleccionada será la entrevista en profundidad, flexible, dinámica, no directiva, no estructurada ni estandarizada y abierta. Encuentros con los profesionales que conformen la muestra, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen sobre el objeto de investigación: en este caso, las características técnicas de la clínica con pacientes con déficit narcisista. Interlocutores que se convierten en los observadores del investigador, sus ojos y oídos en el campo, para describir lo que sucede y el modo en que se percibe (Taylor y Bogdan, 1992)

Se procederá a grabarla, previo consentimiento por parte del entrevistado, para poder obtener mayor exactitud al momento de realizar la transcripción y decodificación. En caso de no contar con la aprobación para utilizar la grabación se tomarán notas de manera exhaustiva.

Instrumento a utilizar

El instrumento para recolectar los datos, referente a la técnica de la entrevista, será el *guión de entrevista* (Anexo II), el cual contiene los temas y subtemas que deben cubrirse, de acuerdo a los objetivos de la investigación (Valles, 1999). Se pretende que los entrevistados proporcionen información en relación a los ítems preestablecidos en el guión de la entrevista, pero el curso de la conversación no se sujetará a una estructura formalizada.

Población y muestra

La población en estudio estará formada por profesionales de la salud mental que se describen con un esquema referencial psicoanalítico, de la ciudad de Rio Cuarto, y con una experiencia clínica de por lo menos 10 (diez) años.

El tamaño de la muestra se determinará bajo el criterio de saturación, es decir, se incluirán tantos casos como sean necesarios para responder a los objetivos de la investigación atendiendo a la cantidad y diversidad de ideas que puedan aportar los sujetos entrevistados (Martínez-Salgado, 2012).

La técnica de muestreo seleccionada es no probabilística, ya que no es posible asignar probabilidades a priori a los individuos de ser parte de la muestra. Se utilizará ya que resulta útil en situaciones como la presente, en que se pretende profundizar el conocimiento sobre algunos casos (Bologna, 2011).

Se empleará específicamente el muestreo denominado bola de nieve o en cadena, debido a que la elección de los profesionales que compondrán la muestra se realizará partiendo de dos de ellos y solicitándoles que recomienden a otros que pudieran tener interés en la investigación, hasta conseguir una muestra suficiente. (Bizquerra Alsina, Rafael, 2009).

De todas maneras, se intentará lograr una muestra diversa, en cuanto al ámbito del desempeño, utilizada en investigaciones cualitativas cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado (Miles & Huberman en Hernández Sampieri et al., 2010).

Procedimiento

Se procedió en primer lugar a contactar al primero de los profesionales que conformarían la muestra, se les explicó en qué consistiría su participación en la investigación y se acordó el momento y lugar de la entrevista.

Así se inició el proceso de recolección de datos, realizado tanto en los consultorios particulares de los mismos como en los institucionales donde dos de ellos llevan a cabo su tarea.

Todas las entrevistas fueron grabadas previa autorización, no superaron en ningún caso los 60 minutos, y anteriormente se les entregó una carta informativa y un consentimiento informado, que firmaron.

El primer entrevistado nos condujo al segundo, que a su vez nos contactó con el tercero y el cuarto.

Una vez colectada y organizada la información, se procedió al análisis de datos de acuerdo a lo establecido en el apartado anterior. Si bien en un primer momento se suponía iban a realizarse por lo menos cinco entrevistas, la saturación de la información detuvo el proceso tras realizarse la cuarta.

Estrategia del análisis de datos

Con el material obtenido de las entrevistas (Anexo III) se realizó un *análisis cualitativo de contenido*, procedimiento definido como: “una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio” (Mayring en Cáceres, 2008, pág.56).

Las distintas maneras de interpretar los textos dan fundamento a los principales componentes del análisis de contenido cualitativo. Según Abela (2002) los numerosos procedimientos de análisis de contenido cualitativo desarrollados en los últimos años, han seguido dos orientaciones fundamentales: a) desarrollo de categorías inductivas y b) aplicación de categorías deductivas.

Las categorías de análisis elaboradas a partir del material teórico fueron el punto de partida de este trabajo. Estas categorías se plantearon de manera exhaustiva y excluyente respecto del primer objetivo específico, consistente en *describir las características técnicas que caracterizan a la clínica psicoanalítica de los déficits*

narcisistas. Sin embargo, con relación a los otros objetivos específicos, si bien se plantearon categorías de análisis previas, terminaron siendo ejes orientadores de la exploración.

Como consecuencia de lo antedicho, el análisis combinó dos procedimientos: el *deductivo*, en relación con la descripción requerida por la investigación; y el *inductivo*, en relación al contexto particular en que estos casos se presentan en la clínica actual y los objetivos que se buscan en líneas generales en esta clínica.

En primer lugar se efectuó un pre-análisis de la información obtenida, a partir del cual se puso a prueba el sistema de categorías elaborado previamente. Seguidamente, se reformularon las categorías para obtener una categorización definitiva del texto (López et al., 2010).

El análisis previo de la información obtenida, con lo cual se puso a prueba el sistema de categorías elaborado previamente, hizo que el mismo se reformulara de manera definitiva (Lopez et al, 2010), tal como se indica a continuación:

Categorías de Análisis

- Características del paciente a déficit narcisista
- Características del vínculo analista-analizado
- Especificidades de la alianza terapéutica y contrato
- Tipo de encuadre utilizado con pacientes con déficit narcisista
- Características de la transferencia y contratransferencia
- Instrumentos que se privilegian en el abordaje
- Objetivo de la terapia y pronóstico de evolución de estos pacientes
- Contexto epocal en el que se presentan estas patologías

Consideraciones éticas

A los profesionales que participen de la presente investigación se les entregará una carta explicándoles que deberán firmar una nota de consentimiento informado. En la misma se les presentará el objetivo de la investigación, la tarea que deberá realizar quien participe de manera voluntaria, a cargo de quien estarán las entrevistas, además de hacerles conocer el tratamiento confidencial y anónimo que se realizará de la información suministrada.

Cada entrevistado recibirá asimismo un consentimiento informado (Anexo I) y se le pedirá que lo firme, dejando constancia de que se les hizo saber todo lo que figura en la carta de presentación y que han estado de acuerdo en participar de la investigación.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE DATOS

ANÁLISIS DE DATOS

Descripción de los participantes

Esta investigación se efectuó entrevistando a profesionales de salud mental que dicen utilizar un marco teórico psicoanalítico, todos residentes en la ciudad de Río Cuarto, con el requisito de poseer más de diez años de experiencia clínica que los avalaran.

A fin de obtener variaciones en los datos, se trató de incluir tanto a terapeutas con trabajo preponderante en la clínica privada como en instituciones de salud mental, detallándose a continuación las características de dichos participantes.

Entrevistado	Género	Edad	Profesión y ámbito de trabajo	Años de experiencia clínica	Formación académica
E1	F	48	Lic.Psicología Clínica privada	21 años	Magister en Psic. Clínica Especialista en psicósomática
E2	F	48	Lic. en Psicología Serv. Salud Mental N.H.Río Cuarto Clínica privada	16 años	Diplomada en Salud Mental Docente cátedra Adictivas en US21
E3	M	48	Médico Psiquiatra y Psicoanalista Serv. Salud Mental N.H.Río Cuarto Clínica privada	20 años	Maestría Clínica Psicoanalítica Maestría en Salud Mental Docente Teoría I (Psicoanálisis) en US21.
E4	F	59	Lic. en Psicología Clínica privada	34 años	Supervisora clínica psicoanalítica en Colegio de Psicólogos de Río Cuarto Matrícula de especialista en Psic. Clínica Docente de Teoría Psicoanalítica en Univ. De Mendoza Grupo de estudio APDEBA

Análisis de contenido

1. Características de los pacientes con déficit narcisista

Que estemos refiriéndonos a una clínica que aún se encuentra en exploración, y que ha dado lugar a numerosas teorizaciones en los últimos cincuenta años, tanto en cuanto a sus características como a las técnicas a emplear para permitir su analizabilidad, quedó reflejado en la necesidad de cada uno de los entrevistados por encontrar una definición precisa de los pacientes a que se hace referencia.

Indefectiblemente cada uno aportó cuestiones no solo referidas a la metapsicología, citando a quienes desde diferentes marcos teóricos postfreudianos se ocuparon de delimitar este fenómeno, -Lacan, Kohut, Kernberg, Bion, Green, Bleichmar, Mc Dougall, Killingmo, Hornstein, Nemirovsky y otros-, como a la florida presentación clínica.

Hay coincidencias en agrupar en esta categoría a sujetos que han vivido una desilusión temprana muy grande en cuanto a la frustración del objeto amoroso.

“Hay un déficit en la conformación subjetiva primaria, que deja una secuela en la vida adulta que no permite tener una visión del si mismo adecuada, sin haber podido introyectar aspectos amorosos” (E2)

Los cuatro estuvieron de acuerdo que la delimitación efectuada por Killingmo al diferenciar las patologías en aquellas a predominio de conflicto y las a predominio de déficit, ayudan a demarcar el terreno de la patología narcisista, en la cual la falla intrasistémica da lugar a la preeminencia de componentes preedípicos.

Mencionan los entrevistados el continuum que va desde una cierta prevalencia de componentes de déficit narcisista en la personalidad neurótica a los casos de

pacientes severamente perturbados, o borderline, quedando englobados también aquí los pacientes psicósomáticos y los adictos.

1.1 Presentación Clínica

Las características preedípicas del déficit narcisista dan lugar a una florida presentación clínica, que reúne matices tanto del orden de la falta como del exceso, y que le confiere su particularidad. “Una mixtura clínica”, dirá E2.

Clínica del vacío para otro de los entrevistados, haciendo referencia a la falta de un “algo que no está libidinizado” (E3), identidad borrosa, el desdibujamiento del sí mismo, impulsividad y acting, búsqueda de límites sin noción del riesgo, labilidad, poca capacidad para simbolizar, manipulación y necesidad de controlar, omnipotencia y omnisciencia. “Surgen los aspectos menos evolucionados de la mente”. (E4)

Las defensas también son más primitivas: la escisión, la identificación proyectiva, la proyección, la distorsión y la negación, todas puestas al servicio de no ofrecer fisuras por donde se cuelen el afecto a manera de dolor, enojo o angustia extrema. “Estamos frente a patologías del desgarrar”, comentó la segunda entrevistada.

2. Vínculo analista-analizado

Estas características que se mencionan unifica la noción de estar frente a una clínica distinta, en el que el vínculo entre el paciente y el profesional es diferente, más intenso y comprometido.

“Aunque la analogía pueda parecer extrema, es similar a cuidar un bebé” (E1), “Te los llevas de tarea a tu casa” (E4), “Generan preocupación” (E3), “Más que con cualquier otro paciente, aquí pones el cuerpo y la mente a disposición del otro” (E4). Todas las frases citadas dan cuenta de pacientes de los que hay que estar pendientes, cuya labilidad y tendencia al acting los obliga a obrar con suma cautela.

Se resaltan como características imprescindibles del profesional la permeabilidad, la recepción intelectual y más que nada emocional del problema, “lo que Bion denomina “at one ment”, estar en contacto, lo que Ferro llama atención empática, dejarse penetrar, y que el otro sienta ese contacto emocional” (E4).

También la paciencia y la tolerancia a la frustración propia importan, y mucho. De estas cualidades que se ponen en juego más que nunca con estos pacientes van a depender que se eviten ciertos acting out, que disminuya la transferencia negativa y también reacciones terapéuticas negativas,

“Hay que metabolizarles la realidad” enfatizó E3, destacando la importancia de poder ser sostén y acompañamiento durante mucho tiempo.

3. Encuadre, contrato y alianza de trabajo

El encuadre, el contrato y la alianza de trabajo adquieren aquí diferencias importantes.

Con distintas expresiones, los entrevistados dan cuenta de un encuadre interno terapeuta-paciente, pero que contempla como principal acción el sostén y la contención, especialmente en los primeros tiempos.

“Vas a generar un encuadre que tienda a tener estabilidad, sabiendo de antemano que puede ocurrir que debas agregar una sesión en la semana, o que pongas una sesión más y no vengan” (E1).

Es común ofrecerles el teléfono, el whatsapp, la posibilidad de un mensaje, ya que la labilidad y vulnerabilidad que caracterizan al paciente a déficit hace que el desborde sea frecuente ante situaciones que un yo más fuerte podría soportar en soledad.

En cuanto al contrato, es necesario que queden bien explícitos el manejo de los turnos, los tiempos, cómo comunicarse en caso de ser necesario o urgente porque, como remarcó otra profesional, “debe estar todo ordenado porque son pacientes que también necesitan límites” (E2)

Todos los entrevistados coinciden en las dificultades para establecer la alianza de trabajo, y el prolongado tiempo que conlleva. Siendo un trabajo de construcción permanente, con estos pacientes el riesgo estriba en que “si se debilita no sabés si podés volverla a construir, además de que se tome cualquier intervención en sentido literal, con la violencia que ello conlleva” (E1)

Las mayores complicaciones surgen cuando hay descompensación, y es ahí donde se juegan el tiempo y la eficacia del abordaje empleado para construir esta alianza, que incluirá acuerdos de cooperación mutua para ir armando estrategias de acción ante la crisis. ”Se trata de lograr acuerdos del tipo...si no te estás sintiendo bien, la forma para que recibas asistencia es ésta. Y le das algo bien pautado” (E2)

El diván, uno de los puntales del encuadre ortodoxo, es aquí desaconsejado. No se trata de contener la regresión, sino de construir sobre la base de lo que ha faltado, de hacer holding, sostener lo que no puede serlo desde un yo escindido y precario.

Cuando predomina la vulnerabilidad yoica, el uso del diván aumenta las ansiedades persecutorias y las fantasías de ataque.

Todos los entrevistados coinciden en que el cara a cara es fundamental, que la posibilidad de la mirada es una manera de construir y una necesidad para quien siente que no la ha tenido de parte de sus objetos primarios.

Contención que toma la manera de ser tenido en cuenta y sostenido desde la mirada, el gesto, el contacto corporal incluso. “La mirada en estas patologías, donde todo está desarmado, sostiene, contiene, ordena y tranquiliza” (E2).

4. Transferencia y contratransferencia

Ante este paciente que no puede expresar lo que siente, con dificultades para aunar pensamiento y afecto, que intenta por todos los medios no sentir lo que duele, la contratransferencia es en muchos casos la que guía la clínica.

“Se vivencia contratransferencialmente al paciente a predominio de déficit”, mencionó E1. Contratransferencia que se convierte en instrumento cuando permite aportar una simbolización de transición, la posibilidad de ofrecer un afecto propio que actúe como significante para empezar a tramar un sentido.

Son pacientes que generan diferentes reacciones pero siempre intensas. Irritan, frustran, enojan, aburren, agotan, duermen al analista o les despiertan mucha necesidad de cuidarlos.

“A veces lo que te produce el paciente no te ayuda a cercarte. Hay gente que puede ser muy agresiva en su presentación, y otras veces expulsiva” (E3).

Aburrimiento y sueño suelen ser constantes, comentaron. “Las defensas son extremas y la identificación proyectiva es masiva y apunta a dormirte para que no pienses. No solamente opera sobre su propio aparato, para que no piensen, adormeciéndolos, sino que adormece al otro. Literalmente se te caen los ojos, y se va el paciente y estás despierto nuevamente” (E4)

De acuerdo a lo posible, ninguno de los entrevistados toma en análisis más de uno o dos pacientes con estas características, a fin de preservarse. En los casos en que no es viable la elección, como lo es en instituciones de Salud Mental, se intenta

espaciarlos temporalmente en la semana, o que sea el último turno, o hacer un corte posterior a la atención.

Hay que tener en cuenta asimismo que la transferencia es masiva, ya sea idealizando al terapeuta o convirtiéndolo en objeto persecutorio. La demanda es importante, el vínculo se torna adhesivo, es frecuente que cueste terminar la sesión, hacer un corte. El malestar psíquico de estos pacientes es expulsado o proyectado en los otros, incluido el profesional actuante. Muchos acting son dirigidos específicamente a él. La interpretación no se privilegia, pero sí el vínculo transferencial con el terapeuta.

Es así que nos referimos a una transferencia masiva e intensa, a la que hay que poner el cuerpo, y una contratransferencia que requiere de cierta experiencia, mas un autoanálisis personal amplio y la permanente supervisión de los casos, porque su intensidad abruma y en ciertos casos pueden llevar a que el profesional somatice todo lo que es depositado en su figura.

5. Instrumentos que se priorizan en la clínica

Ante la irrupción de pacientes con déficit narcisista, lábiles, proclives al acting, con escasa o menor capacidad de simbolización, necesitados de sostén y con un yo vulnerable, los instrumentos de la clínica varían notablemente en relación al paciente neurótico.

Aquí la interpretación no es el instrumento privilegiado para ninguno de los entrevistados, precisamente por esa menor capacidad de simbolización. La presencia de un pensamiento operatorio presente en muchos casos y en variadas ocasiones, hace de la interpretación un instrumento a ser utilizado con mucha precaución.

“Con estos pacientes una intervención de este tipo puede ser tomada en sentido literal, se pierde el sentido metafórico, con lo violento que ello puede llegar a ser” (E1).

Más consenso tienen la “interpretación afirmativa” que propone Killingmo, en donde el elemento de existencia y la validación de la experiencia tienen mucho peso, a la par que enfatiza la empatía del profesional con su paciente.

La interpretación, si es que llega, tiene que ver con el aquí y ahora, interpretando el vínculo entre ambas partes a fin de poner en evidencia mecanismos que el paciente utiliza a repetición en el espacio terapéutico como en el externo. También implica tener en cuenta una alianza de trabajo construida a través del tiempo, en donde el paciente pueda experimentar confianza en este nuevo vínculo creado.

Hay una observación constante de lo que no puede ser registrado, poniéndolo en evidencia a través de señalamientos, con la intención de ayudar a pensar e ir logrando una integración de lo que está escindido.

También se usan clarificaciones a fin de someter lo vivido a otros puntos de vista.

“La clarificación es muy útil para relativizar esa sentencia que el mismo paciente hace dentro de su extremismo” (E1).

La función de “holding” y la noción de metabolizar lo que no está en condiciones de efectuar en el momento, atraviesan esta clínica como en ningún otro caso y condicionan los instrumentos a priorizar.

6. Objetivo de la terapia y pronóstico de evolución

6.1 Objetivos

Surge como primer objetivo de las terapias psicoanalíticas con pacientes a predominio de déficit narcisista el sostén y la contención necesarios para lograr estabilidad.

El manejo cuidadoso y estratégico de la técnica y los instrumentos con que se cuenta se ve potenciado ante un yo frágil y vulnerable, y las intervenciones tienden a enfatizar la disponibilidad afectiva y empática, al mismo tiempo que a poner límites al acting. El acompañamiento es mayor que el habitual.

Ordenar y limitar son palabras utilizadas por todos los entrevistados, al igual que el poner a disposición mente y cuerpo para metabolizar lo que no fue en su momento.

Se trabaja mucho en la construcción del vínculo y con objetivos muy pequeños que vayan ofreciendo la confianza necesaria para una continuidad de la tarea.

La prevención de la recaída, la necesidad de historizar, reconstruir, ayudar a pensar, desdramatizar situaciones, ayudar al paciente a visualizar un proyecto de vida y programarse un porvenir son moneda corriente en esta clínica.

“A veces se trata de una tarea más orientativa, y otras hay que intervenir indicativamente” (E3).

La importancia del afecto que pueda circular en esa vía transferencial-contratransferencial generada es el punto de partida para logros mayores, como evitar los impasses, prevenir conductas autodestructivas, internalizar procesos que sean

llevados consigo y empezar a generar un espacio de simbolización que reemplace paulatinamente a las conductas producto de mecanismos más primitivos.

“Si logramos una mayor integración de los objetos, que el paciente pueda empezar a aceptar sus partes más enfermas y ubicar las más saludables, estamos yendo al objetivo de esta clínica” (E2).

Una clínica de la construcción e integración en la cual los profesionales son los que van realizando aportes, a manera de codificación y sentido.

6.2 Pronósticos

A medida que se avanza en el conocimiento particular de estas patologías, los pronósticos van siendo más favorables, y del criterio de inanalizables del que se partía hasta mediados de siglo pasado se ha pasado a considerar viable la terapia con estos pacientes, aunque afrontando dificultades que pueden complicar la tarea.

Por parte de los terapeutas, hubo consenso en remarcar la necesidad de una actitud empática, permeable, una gran dosis de paciencia y tolerancia a la frustración mayor que lo habitual, sumado a la experiencia para manejar una clínica tumultosa, variada en las sintomatologías.

La experiencia, el análisis personal y la supervisión de los casos se considera indispensable para cometer menos equivocaciones y no fomentar así reacciones terapéuticas negativas.

No ceder a la omnipotencia de trabajar solo, y conformar equipos interdisciplinarios resulta indispensable con el paciente a déficit.

Así lo remarcaron tres de los entrevistados. Equipo de trabajo que en el caso de la institución hospitalaria, es brindado por los profesionales psiquiatras, psicólogos y guardias permanentes.

En la clínica privada, es aconsejable contar con el apoyo de acompañantes terapéuticos y psiquiatra, en un trabajo que cubra todos los flancos cuando de pacientes severamente perturbados se habla.

Por parte de los pacientes, lo fundamental es poder darle continuidad al tratamiento a fin de establecer una buena alianza de trabajo, que permita fortalecer el vínculo emocional con el terapeuta, lo que le servirá de sostén y la posibilidad de llevar a su vida cotidiana lo que se pueda ir internalizando en esta nueva relación.

La familia, cuando es contenedora, también es un gran apoyo en el tratamiento. La vida del paciente transcurre más allá de los límites del espacio terapéutico, y contar con aliados en ese contexto es favorecedor en gran medida.

El trabajo en grupo también suele presentarse como complementario de la terapia individual, ya que el grupo permite al paciente ir trabajando aspectos identitarios que encuentra reflejados en el resto de los demás participantes, siendo apoyo en red y posibilidad de reflexión sobre su propia condición.

7. Contexto epocal

Las opiniones en relación al aumento de casos de pacientes con déficit narcisistas no pudieron ser corroboradas por unanimidad.

Los entrevistados, con amplia experiencia en la clínica psicoanalítica, marcaron la dificultad en algún caso de expresar la transición entre ésta clínica actual y la de sus inicios, aunque coincidieron en que ciertas condiciones epocales, relacionadas con la declinación de la ley paterna y la laxitud de los vínculos, más una cultura de la imagen y el incremento de las presiones sociales en pos del éxito y el consumismo exacerbado, fomentan la aparición de estas patologías.

En terreno de las instituciones de Salud Mental sí se resalta, aunque no estadísticamente, que la mayoría de los casos de ingreso a los servicios se corresponde

con pacientes que tienen estas características, atribuidas en parte a condiciones socio-económicas-ambientales en las cuales la familia ya no está en condiciones de cumplir con las necesidades de sostén que requieren los infantes y adolescentes para un buen desarrollo en cuanto a internalización de los objetos primarios.

La clínica privada también da cuenta de un aumento de este tipo de pacientes, aunque aquí las opiniones se dividen entre un incremento real y la experiencia y el contínuo entrenamiento y estudio de los analizantes, que va aguzando la escucha y eso permitiría apreciar fenómenos que un psicoanalista novel podría pasar por alto.

No es despreciable asimismo el aporte de numerosos psicoanalistas postfreudianos que han dedicado su atención a este fenómeno en los últimos decenios, resaltando sus características específicas y dándole una impronta diferente a la técnica.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos en esta investigación, se puede afirmar que las características técnicas de la clínica psicoanalítica en relación a pacientes con déficits narcisistas, ha sufrido numerosas modificaciones que la apartan, en muchos puntos, de la clínica de la neurosis.

Tanto encuadre como proceso han debido ser objeto de revisiones, adaptándose a situaciones diferentes en relación a pacientes marcados por características tales como la labilidad emocional, el acting out y los déficits de simbolización.

Ello dio lugar a numerosos estudios sobre el tema, en los cuales se han tenido en cuenta lo contextual, la marca de la época, los criterios de analizabilidad de los que se partió y las condiciones que debieron ir modificándose para poder llevar adelante una terapia.

Mucho se ha avanzado desde la época de Freud a la actualidad para que hoy un amplio espectro de sujetos con padecimientos de esta índole pueda ser analizado, dando lugar a una terapia particular marcada por el sostén, el acompañamiento, el límite y el ayudar a pensar, metabolizando de alguna manera lo que no se constituyó en los primeros años de vida.

La rigurosidad de una técnica ortodoxa con un encuadre también riguroso, en cuanto a la constancia en relación a horarios, número de sesiones, lugar de sesión, distancia formal del analizante, uso del diván, pedido de asociación libre al analizado y atención flotante del analista, han quedado desbaratadas con estos pacientes, para los cuales se debieron flexibilizar las prácticas dando lugar a técnicas que se están

consolidando por su buen resultado. Técnicas que no se apartan del saber psicoanalítico pero adquieren otro tipo de relevancia en esta clínica.

El cara a cara en vez del diván a fin de sostener con lo gestual y la mirada, una cierta flexibilidad de horarios, lugares, tiempos del analista para dar marco contenedor a lo pulsional desbordado, la atención empática en reemplazo de la atención flotante, lo afectivo creando espacios en los cuales poder receptor lo ofrecido por el paciente y devolverlo metabolizado, la interpretación afirmativa que colabora en la construcción de una identidad desdibujada.

Transferencia intensa y demandante, o intensa y expulsante, idealizante o persecutoria, que impactan contratransferencialmente en el cuerpo y la mente del profesional, que asume una tarea de alta exigencia y de la cual debe preservarse al mismo tiempo en el que se expone. Porque con la contratransferencia se trabaja especialmente para dar sentido a lo que nunca tuvo, ayudando a poner en palabras lo que el paciente no puede expresar o distinguir.

Todos los profesionales consultados resaltan el riesgo presente en estos pacientes y la alta disponibilidad que demandan, la necesidad de contener y poner límites al mismo tiempo que se trata de construir, historizar y ordenar vivencias muchas veces caóticas, confusas, atravesadas por defensas primitivas tales como la escisión, la proyección masiva, la negación y en muchos casos también, la desmentida.

Hablan de un amplio espectro que abarca la psicósomática, las adicciones, los pacientes límites o borderline, en los cuales predomina el acting como demanda de simbolización exigida en una transferencia masiva, y que solicita del profesional un estado de equilibrio y una formación y experiencia que le permitan afrontar el reto.

Clínica que corre sus propios bordes para lograr la tarea de contener en su seno a los inanalizables, clínica del vacío, clínica del desgarró, en clara diferencia con la clínica del conflicto intersistémico.

Clínica que se sostiene desde un marco referencial psicoanalítico, pero que más allá de esto, interpela al profesional en una tarea humanizante, de mucho compromiso humano, en la cual es preciso crear estrategias y aportar un caudal deseante en donde no lo hubo.

En general, hay coincidencias de los entrevistados en relación a las herramientas utilizadas e incluso con los autores consultados y tomados en cuenta en aras de ampliar saberes que permitan sostener esta clínica particular. Desde este esquema de referencia y de acuerdo a los profesionales consultados, parecería que la posibilidad de encontrar criterios de analizabilidad para estos pacientes se produce mediante un avance de la interdisciplina, tomando la teoría de la complejidad como pivote desde el cual encuadrar creativa y humanamente una tarea, que muchas veces excede las posibilidades del profesional para manejarse solo, requiriendo del apoyo de equipos de colaboración y también recurriendo a herramientas que posibiliten una red de contención que traspasa el espacio clínico para abarcar a los demás vínculos del analizado.

Lo vincular se convierte en el eje del tratamiento, pero más allá de la particular relación que se establece con cada paciente, surge además la necesidad de constituir una red de contención que excede el espacio estrictamente analítico para extenderse a familiares, amigos y otros profesionales de la salud mental, en un aquí y ahora, que pueda surtir efecto ante la crisis o el desborde.

No es desdeñable el papel del contexto epocal en la producción de nuevas subjetividades marcadas por el déficit narcisista. Si el sujeto “es un sistema abierto autoorganizador porque los encuentros, vínculos, traumas, realidad, duelos, lo autoorganizan y él recrea aquello que recibe” (Hornstein, 2008) , y lo que recibe es una cultura envuelta en una crisis de valores e ideales, con predominio del exitismo, la laxitud de los vínculos y la entronización de la imagen, se acentuaría la vulnerabilidad de los sujetos y con ello la preponderancia de estas patologías.

Un sistema marcado por la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, en donde priman el carácter transitorio y volátil de las relaciones (Bauman, 2000), conforman un estado de cosas en el cual aumenta la posibilidad de una deficiente vinculación con los objetos primarios, lo cual marca una diferencia entre la clínica hospitalaria, donde la mayoría de los casos son de ésta índole, y la clínica privada, a la que llegan sujetos cuya estructura familiar quizás ha tenido mejores posibilidades de contener y aportar el sostén necesario para la constitución psíquica del infante. Hay que destacar, sin embargo, que las producciones sociales de la época hacen que también en sectores de clase media y alta de la población se note un aumento de las consultas de pacientes, especialmente jóvenes, con patologías narcisistas.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, sería deseable enfatizar en cada profesional de salud mental que adhiere a un marco referencial psicoanalítico la importancia del caso a caso, la aceptación de la incertidumbre y lo heterogéneo de la clínica contemporánea, a la par de la necesidad de realizar una apertura que permita la interdisciplina en aquellos casos en que ésta sea posible, más un amplio margen de creatividad que ayude a suplir lo que nunca advino.

Específicamente, profesionales que toman contacto con la neurobiología, la sociología, la psiquiatría y los avances obtenidos desde otras corrientes teóricas psicológicas, para ampliar el espectro de posibilidades que alivien el malestar de estos pacientes. Profesionales interpelados también en su omnipotencia y omnisciencia, que transitan junto a sus pacientes una clínica en la cual, muchas veces, el mayor logro radique en la permanencia del mismo en terapia, y el alivio del padecimiento subjetivo a través del sostén y el acompañamiento, aún poniendo de sí cuerpo y mente en la tarea.

Por otra parte, las necesidades de acotar los programas de estudio en las carreras de los profesionales de salud mental, para hacerlos viables, han dejado de lado muchas veces, a modo de “letra chica”, las patologías narcisistas y sus condiciones de abordaje específico, sin tener en cuenta que más allá de personalidades francamente a predominio narcisista, las cuestiones deficitarias de este orden podrán aparecer en muchos pacientes, en algún momento y en determinados contextos, como consecuencia del devenir particular de esa persona.

Para afrontar este reto habrá que sostenerse en la teoría, en las series complementarias, no desdeñar en absoluto la situación actual y atreverse a implicarse subjetivamente para crear conjuntamente con el paciente nuevos y mejores vínculos que le permitan desplegar una mejoría en su calidad de vida.

Esto solo puede lograrse desde una posición no dogmática, no ortodoxa, que dé lugar a las nuevas conceptualizaciones y las ordene en un corpus teórico que, a la fecha, existe, pero de manera desorganizada y parcializada, en el seno de lo transmitido a partir de Freud y que ha tenido que resignificarse y ampliarse teniendo en cuenta los cambios epocales que han dado lugar a nuevas subjetividades, en donde

el peso de lo actual juega un papel preponderante en ese entramado de un devenir identitario que no deja nunca de autoorganizarse.

Ya lo anticipaba el creador del psicoanálisis al decir “*es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas, nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa*” (Freud, (1918,[1919])), avizorando un panorama que hoy se amplía con nuevos encuadres y alianzas de trabajo, diferentes instrumentos a priorizar en una vasta “caja de herramientas” (Ungar, 2015) con que se cuenta en la actualidad, otras prácticas que van marcando una clínica singular capaz de afrontar el reto que suponen patologías cada vez más usuales, consideradas el resultado de un constructo cultural que va configurando y reconfigurando las subjetividades.

Si bien se parte de una investigación con marco teórico específico (y aún hablando de Psicoanálisis debería referirse a diferentes versiones e interpretaciones de lo psicoanalítico), y cuya representatividad queda acotada por ello así como por cuestiones de tamaño muestral, se ha pretendido mostrar el devenir clínico de los profesionales de salud mental con esquemas psicoanalíticos en la ciudad de Río Cuarto, devenir que pareciera encontrar convergencia en la utilización de nuevos corpus teóricos orientados a la técnica clínica, provenientes de autores de distinto origen y que confluyen en determinadas acciones a tener en cuenta cuando se trata de brindar asistencia al paciente atravesado por el sufrimiento que ocasiona el déficit narcisismo.

Este trabajo, primero en una línea de investigación registrada en la ciudad de Río Cuarto, si bien no puede considerarse representativo de la población en estudio, dada la muestra utilizada, su elección intencional y la consideración de posibilidad de acceso a la misma, permite visualizar cómo los profesionales de salud mental han ido

recurriendo a las nuevas teorizaciones, aun proviniendo éstas de autores y enfoques diferentes dentro de un esquema referencial psicoanalítico, para converger en una praxis con muchos puntos en común respecto a la técnica, respetando la ética necesaria en relación a cada caso particular que arriba a la clínica, aunados al deseo de encontrar los instrumentos más adecuados para paliar el sufrimiento humano.

Este intento de sistematizar líneas de acción favorables para el tratamiento de los pacientes a déficit narcisista podría dar lugar a futuras investigaciones que profundicen la temática a través de entrevistas a pacientes diagnosticados con esta problemática que fueron o están siendo tratados con las técnicas descritas, como también entrevistas a supervisores que se enfrentan a la tarea de colaborar con aquellos profesionales que adscriben a estas nuevas líneas de trabajo con estos pacientes.

Del corte transversal que permite un atravesamiento descriptivo, conciso y actual de la problemática, podría ir avanzándose en un investigación longitudinal que serviría de complemento a los hallazgos efectuados, ampliando un panorama en el que cobrarían mayor importancia los resultados obtenidos en base a la modificación de técnicas para el análisis de sujetos diagnosticado con patologías narcisistas.

El debate de los avances en este terreno dentro de diferentes corrientes psicoanalíticas propone, asimismo, una mayor comprensión de la metapsicología inherente al narcisismo y su papel no solo constitutivo del sujeto, sino en el “ir siendo” a partir de la constitución psíquica y la creación y recreación a la que todos se ven enfrentados como sujetos “solo pensables inmersos en lo socio-histórico entramando prácticas, discursos, sexualidades, ideales, deseos, ideología y prohibiciones” (Hornstein, 2008)

BIBLIOGRAFÍA

Bauman, Zygmunt. (2000). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bizquera Alsina, Rafael. (2009). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla .

Bleichmar, S. (2005). Norma, autoridad y ley. Bases para la redefinición de una legalidad en Psicoanálisis. En *La subjetividad en riesgo* (pág. 36). Buenos Aires: Topía.

Bicego M., Calleri S., Galainena M. y Juaneu L. (2013) Abordaje psicoanalítico de los trastornos del narcisismo: especificidades y modificaciones técnicas. En *Revista Tesis* [versión electrónica] Consultado el 7 de abril de 2016. Disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/2876/2742>

Bologna, E. (2011) *Estadística para psicología y educación*. Córdoba: Brujas

Coderch, J. (2010). La relación terapéutica y el déficit estructural [Versión electrónica]. *Revista de la Asociación de Psicoterapias de la República Argentina* , 1 (1).

Etchegoyen, R. H. (2009). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (3ra ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

Rodríguez-Moya, L. y Fernández-Belinchón, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: revisión. [Cognitive analitic psychotherapy and personality disorders: review]. En *Acción Psicológica*, 10(1), p. 65-74. Consultado el 14 de abril de 2016. Disponible en <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7034>

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas* (1995 ed., Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S (1918 [1919]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas* (1995 ed., Vol. XVII). Buenos Aires: Amorrortu

Green, A. (1999). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Greenson, R. y Wexler, W. (1969). La relación no transferencial en la situación analítica. *International Journal of Psycho-Analysis* , 50.

Héctor Fiorini (Ed). (2002). Abordaje psicoterapéutico del trastorno narcisista. En *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica*. Madrid: Psimática.

Hernandez Sampieri, R. e. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hornstein, L. (2006). *Las depresiones*. Buenos Aires: Paidós.

Hornstein, L. (2013). *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis: subjetividad y vida cotidiana*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Hornstein, L. (2000). *Narcisismo: autoestima, identidad, alteridad*. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg, O. (2014). El paciente narcisista casi intratable. En *Aperturas Psicoanalíticas* , 1 (46).

Kernberg, O. (2010). Trastorno de personalidad narcisista. En O. C. Kernberg, *Psicoterapia psicodinámica para los trastornos de personalidad. Manual clínico* (págs. 257-287). Arlington: American Psychiatric.

Killingmo, B. (1989). Conflicto y Déficit: Implicaciones en la técnica. *Jornal de psicoanálisis* (70), 75-81.

Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra.

Laplanche, J. y. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Martínez Salgado C. (2012) *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619

Navarro-Leis, M.; López Hernández-Ardieta, M. (2013) Terapias cognitivas conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad. En *Acción Psicológica*, 1 (10), junio, 2013, pp. 33-43, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España. Consultado el 14 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030771004>

McDougall, J. (1993). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós.

McDougall, J. (1987). *Teatros de la Mente*. Madrid: Tecnipublicaciones.

Prado-Abril J., García-Campayo, J.y Sánchez-Reales, S. (2010) Funcionamiento de la terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad: estudio de dos casos [Versión electrónica] *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (18), pp. 139-149, Consultado el 10 de abril de 2016. Disponible en http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12770/pdf_6

Sociedad Argentina de Psicoanálisis. (2007). Déficit y conflicto. Reunión Sociedad Argentina de Psicoanálisis (IPA) Mayo 2006. *Aperturas psicoanalíticas*, 2 (26).

Ungar, V. (2015): "El oficio de analista y su caja de herramientas: la interpretación revisitada". *Revista de Psicoanálisis*, 72(1), pp. 1-26, Consultado el 10 de noviembre de 2017. Disponible en <http://www.ipa.world/CMDownload.aspx?ContentKey=b2270089-6115-4a13-b6f3-80223173187b&ContentItemKey=ee2f1d6a-1753-4a65-82f0-e5a736b18302>

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de Intervención Social: Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Síntesis SA.

Wapner, J. (2006). *Metaclínica de los bordes*. Buenos Aires: Letra Viva.

ANEXOS

Anexo I

Carta Informativa sobre el Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Sandra Viviana Wendel, estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es describir las características técnicas de la clínica psicoanalítica para el abordaje de los déficits narcisistas.

A quienes accedan a participar en este estudio, les pediré me concedan una entrevista en profundidad con una duración aproximada de una hora.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que ustedes deberán firmar, posterior lectura. El mismo no será entregado a nadie, y una vez concluído el estudio de investigación y aprobado el Trabajo Final de Graduación, será destruido a los fines de preservar la identidad de los participantes.

Si tienen alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, pueden retirarse del proyecto si así lo deciden, sin que eso los perjudique de ninguna forma. Si ustedes desean información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: sandrawendel@hotmail.comy una vez finalizado el análisis de datos, y ser aprobado por la Comisión Evaluadora, se les enviará una copia del mismo.

Desde ya les agradezco su participación.

Firma: _____

Sandra V. Wendel

Estudiante de Lic. en Psicología

Legajo: PSI01052

Consentimiento Informado de participación en la Investigación

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Sandra Viviana Wendel, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en describir las características técnicas diferenciales de la clínica psicoanalítica de los déficit narcicistas

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en responder una entrevista en la cual se indagará sobre la temática mencionada.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Sandra V. Wendel. a través del e-mail: sandrawendel@hotmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

.....

Nombre del participante

(en letra imprenta)

.....

Firma del participante

Fecha:

Anexo II

Guión de Entrevista

- *Sexo:*
- *Edad:*
- *Experiencia en la clínica psicoanalítica (años):*
- *Formación específica en Clínica psicoanalítica:*

1. Mucho se menciona en la actualidad el aumento en la clínica de pacientes que funcionan a predominio narcisista, con mayor significación del déficit que del conflicto ¿Es un hecho del que puede dar cuenta?

2. ¿Qué características diferencian a estos pacientes?

3. La clínica de la neurosis propuso técnicamente un determinado encuadre y proceso para desarrollar la situación analítica. ¿Éstos (encuadre y proceso) se ven modificados con pacientes con DN?

4. ¿Es aconsejable favorecer la regresión en estos pacientes?

5. En la clínica de las neurosis se prefiere la utilización del diván como forma de favorecer la regresión del analizado. ¿Acá también es aconsejable, o posible?

6. ¿Cómo es el vínculo paciente-analista cuando estamos en presencia de un déficit narcisista y de qué manera se construye la alianza de trabajo y se elabora un contrato?

7. ¿Cuáles son los instrumentos o intervenciones más utilizadas con este tipo de pacientes?

8. Si hay déficit de simbolización, ¿la interpretación sigue siendo el instrumento privilegiado?

9. ¿A través de qué instrumentos o intervenciones concretas se trabajan la demanda masiva, impulsividad y acting de estos pacientes?

10. ¿Hay modificaciones en el registro de la transferencia y la instrumentación de la contratransferencia?

11. Si surgen otros mecanismos de defensa que los característicos en las neurosis, ¿cómo impactan en la situación analítica? ¿cómo se interviene frente a estos mecanismos?

Anexo III

ENTREVISTA 1

- *Sexo: Femenino*
- *Edad: 50*
- *Experiencia en la clínica psicoanalítica (años): 21*
- *Formación específica en Clínica psicoanalítica: Lic. en Psicología – Magister en Psicología Clínica – Especialista en Psicósomática*
- *Docente cátedra Psicoterapia I de US21*

- ***Mucho se menciona en la actualidad el aumento en la clínica de pacientes que funcionan a predominio narcisista, con mayor significación del déficit que del conflicto. Este es un hecho del que se pueda dar cuenta?***

- Bueno, mucho se menciona en la actualidad...qué entendemos por actualidad? Porque la verdad, esa actualidad clínica es bastante vieja,no?... o por lo menos tiene un tiempo, en el cual, no sé...yo por ejemplo creo que ya fui una terapeuta que trabajó con esa clínica...no sé si podría decir, he notado... (yo tengo 21 años de ejercicio de la profesión), he notado en este tiempo que eso ha cambiado. Para mí la clínica tiene esa forma desde siempre, desde mí siempre. Entonces, en la actualidad, y qué es la actualidad? Cuando uno lee los primeros textos de Green en donde se empieza a mencionar esto, y ... estamos hablando del noventa!

- ***Si, 20 años...***

- Son 20 años! que son los primeros textos de Green que yo he leído, por ahí los ha mencionado anteriormente y yo no he leído otros textos, más antiguos... Cuando lees a Kernberg, Kernberg de qué fecha es ?

- ***Ochenta y pico, noventa***

- Entonces por eso digo, cuando uno habla de construcción teórica, pensar en términos de actualidad, habría que aclarar ahí a qué actualidad nos estamos refiriendo, porque yo no sé si vas a tener oportunidad de entrevistar a personas que puedan dar cuenta de ése pasaje de una clínica más del conflicto hacia una clínica mas del déficit. Y como vos hablas de la postmodernidad y

esto, por ahí me parece que eso es una cosa en la que podrías ampliar. O sea, nuestra actualidad, que tiene muchos años, bueno, ya tiene esta forma. Y curiosamente la forma de la postmodernidad genera subjetividades a predominio de déficit y siempre pensándolo desde un modelo teórico del psiquismo que es el del psicoanálisis clásico, o sea, el psicoanálisis freudiano, aquella metapsicología de Freud, me explico... Entonces la pregunta tenía para mí esa aclaración previa.... Yo no te puedo decir, no puedo dar cuenta de que haya habido, de que yo tenga un registro de ese desplazamiento.

- ***Vos no notás en 20 años supongamos, que son más los casos a predominio narcicista, o va aumentando la cuestión del déficit, en ese lapso?***

- Lo que pasa es que, por otro lado, está la cuestión de la propia formación, no? Entonces hay cosas que se nos vuelven audibles a partir de la formación, de tener la teoría como un instrumento para pensar. Entonces yo no sé si la clínica efectivamente se desplazó, o mi formación, digamos, mi formación a lo largo de estos años de ejercicio de la profesión, me fue permitiendo a mí detectar cosas que antes no detectaba. Entonces sí te puedo decir bueno, cada vez escucho más la cuestión del deficit, y sí vivencio contratransferencialmente lo que es tener un paciente que funciona a predominio de conflicto, de lo que es tener un paciente que funciona a predominio de déficit. Ahora, si hay una progresión hacia...una progresión del conflicto al déficit, no sé si lo puedo decir como un hecho clínico. Sí puedo decir que con la formación yo he podido escuchar otras cosas.

- ***Mencionaste algo que me parece muy importante, que es la transferencia y contratransferencia con ese tipo de pacientes. Cual sería la diferencia con respecto al paciente que funciona a predominio de conflicto?***

- El paciente que funciona a predominio de conflicto, espero explicarme con esto porque va a sonar feo, es un paciente del cual uno se puede olvidar. Es decir, uno sabe que el paciente se sostiene, no? Que tiene el conflicto, por supuesto que siente angustia, que no lo pasa bien y todo eso, que tiene síntomas que son incómodos y todo lo demás, pero entre sesión y sesión, uno no está pendiente. Uno puede olvidarse en ese sentido, uno no está pendiente. En

cambio con un paciente que funciona a predominio de déficit, por ahí es un poco extrema la analogía, pero es como tener un bebé, y sabés que cada tantas horas lo tenés que amamantar, supongamos, no? Es esa sensación, de que vos podés funcionar en otras cosas, pero hay algo ahí de lo que te tenés que ocupar, entonces son pacientes que, bueno, les tenés que dar el teléfono, el whatsapp, el mensaje, permitirle esa cosa, si? Y vas a generar un encuadre que tienda a tener una estabilidad, sabiendo ya de antemano que puede ocurrir que tengas que agregar otra sesión en la semana, puede ocurrir que tengas que poner una sesión más en la semana y que no vengan, me entendés?. Tienen una inestabilidad, una labilidad, que hace que uno esté más pendiente, como que los tenés más en mente que al otro. Como el otro se sostiene, sostiene el conflicto, tiene más capacidad para contenerlo, sufre por supuesto, pero puede contener ese sufrimiento, bueno, basta con lo que se puede ir trabajando sesión a sesión, y en cambio acá, no sabés si va a bastar. Son pacientes que pueden venir y decirte hoy estoy bien, que se yo, bla bla bla, y bueno, la sesión transcurre tranquila y a las nueve de la noche te mandan un whatsapp desesperados que, no sé, llamaron a su pareja y no les contestó automáticamente y entonces ya el mundo se les desmoronó. En ése sentido. Entonces es como que estás más pendiente, eso es lo que yo noto.

- *Casualmente no estamos metiendo en esas características específicas del paciente a predominio de déficit. Cuando hay esas demandas tan importantes, cuando hay acting, cuando hay impulsividad, qué se requiere del analista ?*

- Esa capacidad para contenerlo al otro, mientras tanto. Esa capacidad para estar pendiente.

- *Esto influye por ejemplo en la cuestión de cómo se va a trabajar desde el primer momento, de cómo vas a hacer la alianza de trabajo. Hay algo en especial que acá se pone en juego cuando tenés un paciente a déficit ?*

- La alianza de trabajo, uno sabe que en los pacientes neuróticos también es inestable. Es una cosa que se construye permanentemente y que puede como derrumbarse en algún momento, para volver a construirse. Pero si uno la ha visto operando, conserva la confianza en que cuando se debilita un poco se va a

volver a construir. Con los otros pacientes, con estos que funcionan a predominio de déficit, no lo sabés. El problema con eso, digamos, cuando se debilita la alianza, es que se tome cualquier intervención en un sentido literal, se pierde la posibilidad que se tomen en un sentido metafórico, y si te pones a pensar muchas veces las intervenciones si las tomás en un sentido literal, pueden ser hasta violentas. Entonces el riesgo es ése. Por eso es que tenés que intervenir de una manera mucho más medida ... No hablamos de la interpretación no sólo por el déficit simbólico, sino porque hay que bancarse una interpretación. Tampoco sé hoy en día qué valor tiene una interpretación, o sea, cuanto de violencia tiene en sí misma una interpretación. Considerando hoy en día la riqueza que puede tener lo simbólico, y si la interpretación es una sentencia, no deja de ser un gesto autoritario, me explico? Entonces, ponelo en una persona que a veces puede perder de vista el sentido metafórico de la cosa, bueno, entonces hay que manejarse con cuidado. Por eso y por el déficit simbólico es que bueno, no tendés a utilizarla. Por lo menos no es el instrumento privilegiado.

- ***No la interpretación... y qué es lo que se utiliza más... la clarificación...***

- Si

- ***La confrontación...***

- Bueno, la confrontación ya suena a una cosa de oposición que suena violenta. La confrontación más como una observación... “decís esto, fijate que el otro día dijiste lo mismo”... eso, como un observar, como un poner en evidencia, y la clarificación como la posibilidad de someter un asunto a otros puntos de vista. “Será así? O será que?...Será que te contestó esto porque” (ponele, estoy inventando) “estaba enojado con vos?” “Será que le dolía la panza?...no te había dicho que llegó del trabajo y se sentía mal?” Me explico? es por eso, así como decía que en el encuadre mismo, la intervención de uno puede ser tomada en un sentido literal y no metafórico, de la misma manera toman las comunicaciones con los demás, entonces bueno, la clarificación es útil para eso, para relativizar esa sentencia que ellos mismos hacen, como que llamó a la pareja

y no le contestó en el momento y pensar seguro que no me quiere atender, seguro que está enojado... nunca pensar que puede estar en una reunión...

- ***Te acordás aquella vez que pensaste lo mismo y en realidad estaba en una reunión y después te llamó? Creo que quizás eso baja la angustia del momento y ayudar a pensar no ?***

- Si, y también esto que Killungmo llama las intervenciones afirmativas, pero ahí ya hablamos más... porque vos hablás de déficit narcisista, está bien, es una manera de déficit narcisista, pero no todos los pacientes con déficit narcisista tienen la misma forma, porque hay otro tipo de pacientes con déficit narcisista que entran en la categoría de los psicósomáticos, en los cuales hay que construir representación del afecto, o ver cómo aportar alguna posibilidad de que el afecto sea significado como tal, entonces ahí entra la intervención afirmativa en el sentido de ...y eso cómo te hizo sentir? Bueno, si saben, poder aportar a confirmar eso - fue enojo, fue alegría, fue angustia, fue...- si no lo saben, ver como aproximarse a eso, y ahí entra la contratransferencia como instrumento, o sea, no pretendo imponérselo al otro, pero si eso que cuenta a mí me hizo sentir enojo, bueno, enojo es un afecto, no ? es decir Silvia Bleichmar habla de simbolizaciones de transición, o sea la posibilidad de ofrecer algo...que no necesariamente es el afecto que experimentó el sujeto, uno lo tiene en cuenta a eso, pero entre nada de afecto que va a parar el cuerpo, mejor dicho, de lo cual lo único que puede dar cuenta es el cuerpo , empezar a poner ahí algún significante tras el cual se pueda empezar a hacer girar, tramar, algo de sentido.

- ***O sea que cuando en otros casos hay que desarmar, acá hay que construir***

- Construir, exactamente.

- ***Yo también me planteaba por ejemplo, el uso del diván y otras indicaciones técnicas que por ahí colaboran con la regresión Estos pacientes lo soportan ? O acá es más importante el cara a cara, la mirada...***

- Imaginate que si estamos hablando de... aportar a la construcción de simbolización, todos los recursos que podamos poner en juego son valiosos, y en ese sentido la mirada, incluso el gesto, lo que uno puede hacer frente a algo, es

útil, por eso es que no utilizo el diván con esos pacientes. Tampoco puedo yo valorar el lenguaje, por decirte, la comunicación no verbal si están en el diván. Si están hablando de un tema y toda su postura se pone tensa, o si parece que se derriten, en el diván no puedo hacer una lectura de eso, no ? Y eso son los datos que yo tengo cuando por ahí no hay palabras, o no hay mucha palabra, o no hay una palabra que hable de lo que se está experimentando. Pueden ser pacientes que te cuenten con lujo de detalles cómo lavaron el auto, y no es que el auto les represente, para utilizar una hermenéutica lineal así, el pene, o cosas por el estilo, te lo cuentan porque es el pensamiento operatorio, “como le ha ido, como estuvo esta semana?”, que se yo... “hice tal cosa, hice la otra”, y frente a ese lenguaje que no comunica más que eso que es lo que pueden comunicar, bueno, cómo lo dicen, cual es la postura del cuerpo, bueno, todo eso es material como terapeuta, por eso no el uso el diván.

- *Y la mirada como sostén?*

- Y además son, a ver, insisto, uno habla de déficit narcisista e incluye una presentación subjetiva que apunta a la diversidad, a la diversidad total, no? Lo que yo entiendo más del formato del narcisismo como presentación clínica, son pacientes con los que hay que tener cuidado porque tienen por ejemplo logros académicos impresionantes, trabajos postdoctorales publicados en las revistas científicas más destacadas, y que se derrumban porque la pareja no les contesta el teléfono. Entonces cuando uno observa ese desarrollo intelectual, te resulta re alentador, te hace pensar que...y no, no pueden sostenerse en este tipo de cuestiones que son de índole afectiva.

- *En cuanto a mecanismos de defensa, se habla de pacientes que usan la escisión, la identificación proyectiva, o sea, mecanismos que no son los que predominan en el neurótico típico. Cómo se trabaja técnicamente con eso?*

- Por eso te decía lo de la confrontación como observación, no? ésta posibilidad de ir reuniendo lo que está desconectado. El paciente lo que puede decir, y vos te das cuenta, incluso por sus gestos, que no lo está conectando con que la semana anterior te dijo lo mismo, o hace un mes atrás se refirió a la misma cosa en relación a otro asunto, pero lo que estaba comunicando era lo mismo,

entonces, como está escindido, hay que trabajar en el sentido de traer, reunir, ese trabajo de asociación que no pueden hacer, bueno, hacerlo uno

- ***Una vez leía lo de recapitular, en el sentido de la necesidad de que en la sesión se haga hincapié en "hablamos de esto", una síntesis***

- Si, no lo vimos como recapitular pero, bueno, hay también un uso de la construcción, quizás más que en el tratamiento de una persona con conflicto. Quizás con una persona que funciona a predominio de conflicto la construcción se hace sobre aquellos eventos de los cuales, más allá de la represión, no podría tener memoria. “Bueno, pero tenga en cuenta que en el momento que nació había muerto su abuela y su mamá podría haber estado medio depresiva, no tendrá que ver conque..?” O sea, nadie tiene el recuerdo del momento en que nació, de sus primeros meses, de sus primeros años, entonces la construcción en un paciente neurótico apunta más a eso. Acá no, apunta a construir historia, a la posibilidad de poner un evento dentro de un contexto que tiene una continuidad en el propio proyecto

- ***Más que a levantar represión***

- Si, más que levantar represión

- ***Y en cuanto al pronóstico con estos pacientes...***

- Mi primer pronóstico es que uno sabe que la tarea va a ser ardua. Que puede que no resulte muy gratificante... probablemente no sean esos pacientes con los que uno logre hacer cierres, y algunas veces con un poco de suerte son pacientes que pasan mucho tiempo en terapia, y en ese caso, digo, es una suerte

- ***Porque logran estabilizar su funcionamiento ?***

- Exacto. Pero es como, bueno, insisto en que puede ser muy extrema la analogía, cuando uno tiene un bebé se ocupa de que la casa , o el lugar donde el bebé tiene que estar esté calentito, que no haya ruidos muy fuertes, estén todas esas condiciones de confort, de cuidado, que un bebé no podría hacer por sí mismo y se ocupa el adulto. Bueno, acá la sensación es la misma, pero trasladalo a las herramientas que uno tiene como terapeuta

- ***Esto podría relacionarse con lo que decía Winnicott de la "madre suficientemente buena"?***

- Si, si, bueno, a mí me gusta mucho Winnicott, me resulta muy útil, pero como ahí son conceptos muy bastardeados de él, por ahí no lo uso. Salvo que uno entienda lo materno como función, puede tomarlo entonces. Pero un lacaniano por ejemplo no entiende lo materno como función, esta cosa del cuidado, de favorecer el contexto para que el otro se desarrolle, para que el ambiente no sea intrusivo, etc, si uno entiende que eso hace función, bueno, ahí sí, hablamos de una madre suficientemente buena.

- ***Bueno, agradezco tu información y tu tiempo!***

ENTREVISTA 2

- *Sexo: Femenino*

- *Edad: 42 años*

- *Experiencia en la clínica psicoanalítica (años): 14 años*

- *Licenciada en Psicología U.N.C.*

- *Formación específica en Clínica psicoanalítica*

- *Docente de la cátedra de Adictivas en US21*

Se desempeña como psicóloga clínica en la unidad de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto y en el ámbito privado

- ***La cuestión es si podemos notar diferencias en la clínica con un tipo determinado de pacientes, que serían aquellos con déficit narcisista***

- A mí me pareció interesante la categoría de déficit narcisista también porque ahí se pueden incluir un montón de manifestaciones clínicas que cada línea teórica nombra, incluso por ejemplo hay autores que no diferencian los trastornos borderline de los narcisistas. Es una clínica que se empieza a diferenciar ahora.

- ***Vos considerás que hay un incremento de pacientes narcisistas?***

- Puedo decirte que en la población hospitalaria es muy alto el porcentaje de pacientes con padecimientos vinculados al déficit, creo que es más grande el porcentaje de pacientes con trastornos de déficit que de conflicto, y en la clínica privada estoy viendo una modificación muy importante en los últimos años, y como personalmente trabajo mucho con adultos jóvenes, estoy viendo una prevalencia muy alta de patologías de déficit en jovencitos, en pacientes muy jóvenes, con una mixtura clínica, una presentación clínica muy importante, y lo veo más como un fenómeno de época digamos, como que es alto el porcentaje de gente joven con patologías de déficit, o sea que esto no es azaroso, que tiene que ver con cuestiones culturales, con modos de producción de subjetividad de una época y no de otra. Es muy alto el porcentaje.

- *Y con respecto a la técnica clínica que en general se aprende en relación a lo neurótico. Hay diferencias, notás que hay maneras que son más importantes tenerlas en cuenta, yendo desde lo más simple, cara a cara o diván, a los hechos de transferencia y contratransferencia*

- Bueno, yo con estos pacientes trabajo cara a cara, por lo menos hasta que el diván llegue después de un proceso, como un paso más en el tratamiento, cuando ya hay un trabajo, puede aparecer y eso se evaluara con cada paciente. Esto tiene que ver con que en las patologías de déficit hay una vulnerabilidad yoica tan importante que el yo tiene como mucho temor a ser atacado, las fantasías son de ataque, son persecutorias en términos generales, y bueno, sabemos que el uso del diván aumenta las ansiedades persecutorias, eso por un lado, y también por otro lado, como dice Winnicott, soy mirado luego soy, y también la mirada cumple una función en estas patologías del desgarró, donde todo está desarmado la mirada sostiene, contiene, ordena, tranquiliza, entonces yo siempre arranco trabajando cara a cara y si después la evolución del tratamiento lo permite, se irá viendo, pero antes no.

En cuanto al encuadre lo explícito bien, tanto sea en el consultorio privado, donde aparece una variable que la diferencia del hospital, porque en el consultorio privado está como variable el tema del dinero, pero siempre bien aclarado el encuadre, cómo manejamos los turnos, los tiempos, bien

ordenado porque son pacientes que necesitan también límites. Es más, si uno piensa en el concepto de holding, si uno busca el verbo to hold, no solo aparece sostener, tiene como veintitrés acepciones, y varias tienen que ver con límite, demarcar, ordenar, vos fijate que la misma traducción de la palabra lo que encierra el holding es disponibilidad amorosa y límite, es superinteresante pensar el concepto porque es una construcción amorosa y también un orden. Y bueno son pacientes que requieren de mucha disponibilidad afectiva, a veces son pacientes que nos quedamos cansados después de atenderlos, de hecho yo para cuidarme cuando puedo ordenar la agenda, trato de no poner al lado pacientes psicóticos, o con patologías de déficit, porque te sentís muy cansado después, o por ahí son pacientes que uno ubica y después ponés un cortecito, o que los ubicás al último. Son pacientes muy demandantes, que también por ahí se suele presentar con algunos pacientes la dificultad para terminar a tiempo la sesión, les cuesta mucho despegarse, la separación con el objeto, por eso también es difícil trabajar el cierre de la sesión, como que hay que interpretarlo, señalarlo, o sea, interpretar el vínculo. Ahora, si vos me preguntás si la interpretación es la primera herramienta de elección, te digo que no. Por lo menos como trabajo yo. Porqué ? Porque son pacientes con tanta carencia, con tanta dificultad para armar, que a diferencia del paciente neurótico donde la interpretación por ahí lo ayuda a reencontrarse con una verdad que no tiene, o a desarmar algo que le genere un enigma al sujeto, algo que no puede saber de si mismo, acá hay que armar. Entonces cómo armamos ? Primero sosteniendo, con esta disponibilidad hasta del cuerpo, cuando en la jerga decimos que ponemos el cuerpo, bueno, es esto. Acá hay que armar, sostener desde la mirada, señalar cosas, por ejemplo el señalamiento es algo que se usa mucho para estos casos. “Fíjese usted que cada vez que tal cosa” o ayudarlos a describir situaciones para que ellos puedan ir armando, entonces uno puede señalar ...

- *Sería ayudarlos a pensar?*

- Exacto. Ayudar a pensar, porque son pacientes con una tendencia a la actuación, con una tendencia a descargas, que pueden ser en el entorno, en el propio cuerpo, que si uno se pone a pensar fino son cuestiones de economía

psíquica. Son pacientes que han vivido una desilusión temprana tan grande en cuanto a la frustración del objeto amoroso, que es tanto ese malestar psíquico que por una cuestión económica hacen lo que hacen, o la expulsan o la proyectan en los otros, tratando de manipular a los otros, o con una enfermedad psicosomática, de la piel por ejemplo, o haciendo vínculo con sustancias adictivas, actings que ponen en el cuerpo. Por ejemplo, el caso de las autolesiones... el paciente suele decirte que el dolor físico les permite aliviar el dolor mental. Algo que lo repiten generalmente, porque uno siempre los interroga al respecto. Ayer casualmente hablaba con un paciente que estoy muy contenta, porque era un paciente tan grave, un paciente tan difícil, y ahora por suerte estamos llegando a una etapa de trabajo muy interesante, y me decía que “yo por ahí vuelvo a pensar en el corte como para bajar el nivel del pensamiento, antes que me duela algo y entonces salir del pensamiento” , y vamos construyendo juntos como para lograr opciones de salida de esos pensamientos para que no tengan que ver con la autolesión, con infligirse más dolor, pero por lo menos ahora ya lo está pudiendo nombrar, y aunque parezca una cosa muy chiquita, en el caso de estos pacientes tan graves, que pueda nombrarlo, o hacerse cargo de que él está irritable, o de que él es conflictivo con los vínculos, en vez de ponerlo en los otros, parecen chiquitas pero son logros enormes en la clínica con estos pacientes.

- ***Supongo que esto significa que pueden empezar a soportar su propia vulnerabilidad en vez de taparla.***

- Si, y son pacientes que tienen como una visión muy polarizada del mundo, de las cosas y de sus propios objetos internos. Esta sensación de vacío y ésta fragilidad yoica a veces se rearma con una grandiosidad y una omnipotencia excesiva, entonces, incluso es toda una cuestión para ir trabajando en el marco del vínculo transferencial, porque o son grandiosos y no necesitan nada de nadie o son vulnerables totalmente, o como decía un paciente, una mosquita en la mano, que la podés hacer así y la aplastás. Esta percepción de sus propios objetos también están puestos en el vínculo transferencial, donde uno es o el objeto idealizado, madre proveedora, salvadora, tranquilizadora, o también el objeto perseguidor. Entonces es todo un laburo salir de ahí, poder reírse, el humor, el

humor ayuda a desdramatizar. Poder uno también como terapeuta mostrar su propia falta , que uno no es perfecto, y empezar a introducir en el trabajo una mayor integración de los objetos, que el paciente pueda ver que no es un Superman todopoderoso pero que tampoco es esa mosquita que se aplasta, así nomás, y que el terapeuta tampoco es quien va a poder satisfacer esa búsqueda de amor, idealizado, perfecto, y que también tiene sus dificultades y esto, cuando se puede hacer con estos pacientes, es muy interesante, porque es un pasaje a poder empezar a aceptar sus partes más enfermas, y poder ubicar sus partes más saludables, y poder cuidarse y poder reírse, y si logramos hacer este trabajo de integración yo creo que es, como el objetivo de la clínica, como algo que nos orienta con estos pacientes, pero bueno son pacientes donde muchas veces la vida se pone en riesgo, y a veces montan muchos actings dirigidos a los terapeutas también, realmente son pacientes difíciles, y yo creo que uno si no los supervisás y los trabajás a los casos son como...porque la demanda es muy excesiva, y a veces la angustia es muy difusa, por eso siempre pienso que es una clínica para la construcción, no para la deconstrucción como en el neurótico

- *Supongo que sería como generar represión donde no se construyó aún?*

- Si, si

- *Otra entrevistada me decía metafóricamente que la clínica con estos pacientes le recordaba el cuidado de un bebé, en el sentido que lo tenés en mente permanentemente*

- En verdad podría servir como analogía, en el sentido de que vos al paciente neurótico lo ayudas a ver, “con qué podés conectar esto, a ver, porqué pensás”, y el paciente pone en funcionamiento su cadena asociativa, recuerda una película, y bueno, con estos pacientes hacés un trabajo como con un bebé, vos cuando tenés un bebé chiquito lo ayudas a pensar... “bueno, y porqué llorás? Tendrás hambre...” y vas probando... no... no es hambre, será el pañalito, y bueno, ese trabajo de codificación donde sos vos el que le acerca cosas, y con estos pacientes es igual, constantemente. Algo cotidiano es que llegue un paciente todo cortado y le preguntés pasó algo? “No”, la familia no te puede referir nada, el

paciente no te puede referir nada, y uno trabaja realmente como con un niño en el trabajo de codificación, de historificar, ya veces uno aporta, aporta palabras,” ...porqué? estabas angustiado? Estabas enojado? ” Cuando aparece la descarga, un real, que no conecta nada, es uno el que empieza a aportar cosas, sentidos...por eso es un trabajo absolutamente diferente a la clínica con el neurótico, adonde sería un error ponerle uno un sentido.

- ***Acá no obturás con esto***

- Acá le ponés el cuerpo, y las intervenciones a veces también implican sostener del brazo...es otra clínica, otra clínica. Y aparte son pacientes muy atravesados por el sentimiento de vacío, no son pacientes atravesados por conflictos entre instancias psíquicas, de hecho hay fallas en la simbolización y por ende hay fallas en la permanencia del objeto, de ahí también que hay muchas cuestiones que vemos, cuestiones vinculares, en donde terminan judicializados, o que terminan violentando al otro ante la posibilidad de la pérdida, porque perder al otro es perderse, desgarrarse, por este tipo de vinculación de apoyo, funcional, anaclítico, que uno como terapeuta tiene que ir trabajando. Yo no trabajo con interpretaciones con estos pacientes, pero sí interpreto el vínculo. Por ejemplo, cuando es difícil cerrar las sesiones lo señalo, pero lo señalo en el momento, para que lo pueda ver ”bueno, pero fíjese, ya hemos dicho que cortamos como dos veces, pero mire como le cuesta irse, qué le estará pasando...” y a lo mejor después describe una situación con la madre, con la pareja, y ahí uno le dice “pero fíjese que es como pasó el otro día en la sesión, ya habíamos terminado y usted no se quería ir”, por ejemplo... la idea es señalar bien en el momento para que pueda identificar. En verdad son pacientes muy difíciles, mira, ahora, justamente dos semanas atrás, una paciente que la conocemos todos porque tiene internaciones frecuentes, por pasajes al acto muy severos, vino a buscar a su médico a la guardia, su médico se demoró y ella se tiró, se arrojó por una ventana, un acting bien dirigido al médico, lo que nos habla de la baja tolerancia a la frustración, de la dificultad para esperar, bueno, quedo internada con una quebradura en cadera, bueno, un desastre.

- ***Y qué se puede esperar como pronóstico de estos pacientes?***

- En el mejor de los casos la posibilidad de continuidad en un tratamiento largo .A veces lo farmacológico, a veces, para ayudar a bajar el nivel de impulsividad en pacientes que están por ejemplo con niveles de consumo altos y para bajar la ansiedad de consumo, pero bueno, yo creo que lo más eficiente es la psicoterapia, a largo plazo, y también que haya un entorno sostenedor creo que es como un indicador de buen pronóstico, que haya gente disponible de su entorno, porque también es cierto que uno cumple una función importante pero uno no está todo el día con el paciente, que haya un vínculo de su entorno amoroso, disponible, también es un indicador de buen pronóstico. También trabajamos mucho con la familia, mucho. Pero a veces es difícil la frontera, porque hay pacientes que no son permeables a que se trabaje con la familia, y son mayores de edad y por la ley no podés sabotear eso, y ahora, por ejemplo, con el cambio al nuevo Código Civil a partir de los 16 años el paciente ya tiene potestad y uno le tiene que preguntar si se puede trabajar con su familia, salvo que se considere que la vida del paciente esté en riesgo y uno puede pasar por alto esto, pero sino uno lo tiene que consultar con el paciente.

- ***Volviendo a la cuestión de transferencia y contratransferencia, como se da?***

- Son pacientes que te dejan muy cansada, preocupada, por lo menos a mí. Hay personas que les pasan otras cosas. Cuando uno comparte con otros terapeutas descubre que algunos se enojan, o se frustran mucho, A mí no, son pacientes que me despiertan muchas ganas de cuidarlos, de contenerlos. Y por ahí me entristece, por ejemplo cuando va un tratamiento avanzado y pasa algo externo que provoca un retroceso. A veces son logros que están tan sostenidos con pinzas, que cualquier contingencia externa los desarma. Realmente no hay resto, no hay resto psíquico. Por ejemplo, los cambios de trabajo, el abandono de la pareja, suelen ser insoportables. Y bueno, en esos casos, lo que a mí más me entristece y lo tengo que ver con lo mío y es la frustración que genera el tener que volver a arrancar de cero. Pero generalmente son pacientes con los que me gusta trabajar y sí, son pacientes difíciles y a veces me asusto mucho porque bueno, conlleva una gran responsabilidad, porque algunos están en una situación límite y a veces te

ponen a vos al límite y tenés que ser muy cuidadoso por cómo vas a trabajar, cómo intervenir. Hay cuestiones legales para tener en cuenta.

- ***Supongo surgirán planteos acerca de lo que es manipulación o no, o aún siendo manipulación, si implica un riesgo...***

- Incluso hay momentos, porque cuando ya tiene un vínculo establecido, hasta uno lo puede acercar a eso. “Bueno, pero a ver, porqué hiciste eso? quisiste que me preocupara por vos? quisiste como manipularme? qué quisiste hacer con esto?”, pero necesitás ya un trabajo, y una confianza con el paciente, para poder plantear esto que lo da el tiempo digamos. Son intervenciones que uno no puede hacer sin un tratamiento iniciado. Ahí sí lo podés plantear: “porqué hiciste esto? querías que me preocupara por vos ? qué querías hacer con esto ?”. Incluso en la institución es más fácil trabajar, porque uno dentro del encuadre puede darle la indicación que si no se siente bien hay guardia trabajando las 24 horas, que me puede llamar por teléfono a mí y yo puedo dar la indicación a la guardia y viene, cuando yo decido darle el celular al paciente. Si no le digo venga a tal hora, de tal forma. El tema difícil es cuando uno tiene un paciente en el consultorio privado, por ejemplo, cuando un paciente te comunica a la madrugada que está solo en el departamento y que tiene ideación suicida, por ejemplo. Esa es una situación de riesgo porque uno no puede ir solo a la casa del paciente, porque si el paciente hace una actuación y vos estás solo con él en el departamento y es muy riesgoso, aparte de lo subjetivo de lo que a uno le pasaría con algo de ese orden, creo que a ninguna nos gustaría que nos suceda por lo traumático que sería, pero además hay cuestiones legales. En esa situación hay como un montón de cosas que tener en cuenta, que si se tratara de un paciente neurótico no te pasan. Con estos pacientes vos tenés que tener el teléfono de la familia cargado, o en una agenda, a mano, en tu casa, ni siquiera en el consultorio, las veinticuatro horas, o sea que realmente son pacientes que los llevamos con nosotros, así como la cosa de niños que hablábamos. Uno los piensa permanentemente. Cuando tenés un paciente descompensado tenes que tener a mano el teléfono de amigos, de la familia, saber qué hacer, porque si vas al domicilio tenés que dar intervención a la policía, uno no puede ir solo, o un

familiar, para que te reciba el familiar, nunca ingresar al domicilio...bueno, como son pacientes de riesgo hay que ser muy cuidadoso con la información, con la historia clínica, con las maneras de actuar. Son cuestiones legales que yo siempre insisto que deberían ser transmitidas en la formación, pero bueno, no hay ninguna materia que hable de eso. Por ejemplo, ir armando con cada paciente, cuando está medio descompensado, un acuerdo del tipo... ”vamos a hacer una cosa...vos no estás bien, no te estás sintiendo bien, y si no te estás sentís bien la forma para que vos recibas asistencia es ésta”. Y le das algo bien pautado... “me buscás en la guardia, o vas al piso y llamás a tal persona, me llamás por teléfono y yo te cito en tal lado”, tiene que estar todo organizado, que el paciente mentalmente sepa cómo lo vamos a resolver, que uno está para acompañarlo a resolver eso.

Incluso en las situaciones de crisis, de desborde, uno tiene que dar la información que al paciente le ayude, sólo la información necesaria que le ayude a tranquilizarse, no dar información extra, sino “vamos a hacer esto, mañana vamos a hacer tal cosa”, bien en el trabajo de situación de crisis, o sea, ordenar.

Por eso es muy importante la tranquilidad de uno, el trabajar en equipo, la serenidad para abordar determinadas cosas, porque son pacientes en los que aparecen fuertes ansiedades persecutorias, confusionales.

- ***Calmar....***

- Calmar, sí, bien de holding, bien de madre de nene chiquito. Y a veces limitar también. A veces cuando es tanta la cuestión pulsional, el desborde pulsional, se requiere que ordenemos situaciones, del tipo “bueno usted familia se va, no pueden estar peleando acá en la guardia”, usted esto, usted lo otro, ordenar y después se analizará en otra instancia. Hay que tomar decisiones de orden, que ordenen la situación.

- ***Yo pregunto también si cuando empezamos a atender a un paciente en situaciones de riesgo, actings frecuentes, se pone algún tipo de límite en el mismo contrato, del tipo...bueno, vamos a intentar que mientras dure la terapia esto no lo hagamos...***

- Mira, desde algunas líneas cognitivas se trabaja así como parte del contrato. Por ejemplo, si vos tenés una recaída, o si volvés a autolesionarte, yo no

te atiende más. Yo no lo trabajo así, a no ser que ya sea una intervención, luego de haber probado otras varias opciones que no dieron resultado, de decir “yo en ésta no te acompaño más, cierto? Pero esto en el marco de un tratamiento donde ya se han probado muchas otras opciones. Porqué? Porque así como el psicótico delira y nadie se le ocurriría no atender más a alguien porque está delirando, estos pacientes actúan: actúan, consumen, se angustian masivamente, se autolesionan...entonces, bueno, son sus síntomas, sus formas de vérselas con el padecimiento psíquico, entonces yo no podría interrumpirles el tratamiento por eso. Pero sí, por ahí, con algún paciente si el vínculo esta ya como muy consolidado, uno puede decirle en el marco del tratamiento “mirá, yo en ésta no te acompaño más”, como responsabilizarlo subjetivamente. Porque también es muy duro ver a alguien en estas situaciones, sobre todo en el tema del consumo, es muy duro ver a alguien que uno viene acompañando, que surja permanentemente esta cosa autodestructiva, entonces uno puede hacer ahí una intervención como de corte, no es cierto? “Bueno, ahora indudablemente no podés dejar de hacer esto... querés que cambiemos de terapeuta?” Y a veces hay que hacerlo, si la situación no mejora, plantear la opción de otro tipo de tratamiento

Yo creo que lo importante con estos pacientes es trabajar en la construcción del vínculo, porque lo que traen es un abandono primario, y es importante ser muy éticos, y ser muy claros, tanto en lo que uno puede ofrecer, o en lo que uno puede acompañar, como en lo que uno no puede ofrecer también, porque sería injusto ilusionar, pensando en que son pacientes que han vivido desilusiones tempranas permanentemente, ilusionarlos en algo que después no pueda sostenerse. Por eso hay que ser muy claro. Bueno, vamos a hacer esto, o trabajar con objetivos. Por ejemplo, hay pacientes que lo que quieren es dejar de autolesionarse como primer objetivo, después aparecen otras cosas, no? Bueno, habrá que ir viendo lo que puede el paciente, lo que no, y si después de un tiempo no funciona habrá que ir buscando otras opciones, pero lo importante es ir trabajando con ellos, que no haya nada que pueda ser vivido como un nuevo abandono, porque sería muy nocivo para la persona. Yo con esas intervenciones no estoy muy de acuerdo, incluso así se trabaja en comunidades terapéuticas, pero

hay que tener en cuenta que el consumo, la autolesión, el paciente no te lo hace a vos, se lo hace a sí mismo, no puede a veces dejar de hacer eso, entonces soltarle la mano sería más como un castigo, y yo prefiero trabajar constantemente en la prevención de la recaída, o la prevención de las autolesiones, entonces por ahí el paciente va teniendo un conocimiento de sí mismo, por ejemplo, incluso pueden llegar a tomárselo con humor. Te llama uno y te dice “che, necesito ver si me podés atender porque hace cuatro días que no duermo, y vos sabés que si no duermo cuatro días, disparo”. Un paciente border sabe que si pasa varios días sin poder dormir, eso ya es una señal.... Por ejemplo, hay otro paciente que utilizaba la metáfora del semáforo, y bueno, agarré eso para trabajar desde ahí, y de pronto me decía “creo que estoy en amarillo”,”y bueno -decía yo- qué te parece si te pedimos una carpeta médica, así te quedas cuatro o cinco días en tu casa, sin ir a trabajar, para tranquilizarte”. Pero esto se puede, como decía, cuando hay un tratamiento instaurado... en los demás casos, que en salud mental son muchos, se hace lo que se puede.

- *Agradezco mucho tu participación.*

ENTREVISTA 3

- *Sexo: Masculino*

- *Edad: 45 años*

- *Experiencia en la clínica psicoanalítica (años): 20*

- *Formación específica en Clínica psicoanalítica: Postgrado en clínica psicoanalítica*

Médico psiquiatra y psicoanalista en Nuevo Hospital Río Cuarto

- A manera de presentación, comento que soy médico, y mi campo es el campo de la salud mental. Llevo 18 a 20 años de trabajo, y tengo un postgrado de formación específica en clínica psicoanalítica en el ámbito psiquiátrico y después he continuado en distintos ámbitos de formación psicoanalítica, y supervisión y análisis.

- *En tu trabajo cotidiano observás que haya aumento de pacientes con predominio de déficits narcisistas?*
- Te diría que el ámbito de la salud mental permite valorar este fenómeno del déficit, pero habría que determinar un poco como lo pienso al déficit a predominio narcisista, que yo entiendo como aquellas patologías en las que hay un déficit en la conformación subjetiva primaria, que deja una secuela en la vida adulta que no permite tener una visión de sí mismo adecuada, que no haya podido incorporar o introyectar aspectos amorosos y sigue sin poder hacerlo debido a esa cuestión deficitaria en la que está, y bueno, sin hacer una regla fija de esto, podemos hablar de esto en aquellos procesos deteriorados en el vínculo filial, más una coincidencia casi general que permite observar cierto declive de la figura paterna, en la sociedad en general, ya es una mirada casi cultural esto, de referencias de la autoridad paterna que han caído, y esto me parece que también tiene su influencia en la constitución del sí mismo, de incorporación en la primer época de figuras más bien amorosas y no autoritarias para decirlo de alguna forma, pero sí, fundamentalmente en el ámbito de la salud mental se ven muchos casos que se podrían encuadrar en lo que hablamos, y creo que más allá de esto hacia el interior de la disciplina creo que se va mirando con mas detalle, a través de nuevos conceptos, o herramientas nuevas para mirar lo que quizás antes no se veía o no se prestaba tanta atención.

Pero si, hoy vemos pacientes jóvenes, consumidores de estupefacientes por ejemplo, que se ponen en riesgo, que pueden salir lesionados del consumo o de su práctica, en donde también podemos hacer una mirada con un enfoque en lo deficitario de su constitución, lo que no le permite cuidarse, y que es algo que no solo tenemos que enfocar desde una instancia de conflicto interno, sino más bien desde la carencia de elementos introyectados que le permitan cuidarse a sí mismo. Esta es la característica de estos pacientes, medida desde esta cuota de lo impulsivo, la tendencia a sentirse vacío, la clínica del vacío que le decimos, donde hay algo que no está libidinizado, hay un déficit, justamente. Está erogeneizado ese cuerpo, esas manitos, que siempre fue inteligente, que siempre fue algo....

Y eso muchas veces tiene que ver con la ausencia de límites, con padres que se ponen a la par, que dan lo que pida el hijo y no pueden decir que no. Es un fenómeno no sé si decir globalizado, pero por lo menos acá, que hemos vivido épocas de mucha represión, el padre termina siendo cuestionado y cuando exhibe una pizca de autoridad ya es autoritario. Entonces falta esa figura amorosa que necesita un hijo,

- ***Pero que sea capaz de marcar límites...***

- Exacto, que sea capaz de poner un límite, un límite amoroso, pero límite...o sea, “no hagas eso porque te vas a matar, te vas a herir, te va a hacer mal eso”... Un sobrino mío, chiquito, de 12 años, me decía hace poco... ”yo siempre voy al riesgo”, y me hablaba de los deportes extremos, y yo le decía, “ojo, tené cuidado, mirá que hay un montón de intrépidos que están en el cementerio”... o sea, explicitar que el límite está, aunque no lo queramos ver. Y bueno, eso me parece que va generando una cultura del no cuidado, del riesgo. Insisto, las características de este tipo de pacientes son la tendencia a la sensación de vacío, a buscar límites que no pueden ser ponderados, medidos, en exceso y en defecto, que pueden pasar también mucho tiempo encerrados, sin interés en salir, casi esquizoides, sin ser esquizofrénicos, la labilidad, esa necesidad de que haya un otro material que garantice las cosas porque ellos no pueden por si mismo, el acting. En síntesis sería eso, que no hubo una buena internalización de objeto.

- ***Y qué pasa con el encuadre y el proceso terapéutico con estos pacientes?***

- Bueno, en cuanto al encuadre, el hecho ya de trabajar en salud mental te invita a cuestionar el encuadre, me ha hecho repensar y reflexionar que hay cuestiones que son funcionales a determinada clínica, a determinado tipo de pacientes, y hay pacientes con los que no: desde los que hay que darle un abrazo a aquellos con los que hay que mostrarte distante y lejano por el tipo de característica que tienen, porque huyen u otros atraviesan líneas muy rápidamente. Creo que estamos actuando en términos de encuadres diferentes a lo planteado como tradicional.

- *Claro, por un lado me pregunto acerca de la necesidad de contención. Cómo se juega en un diván, que remite a la regresión, que impide el sostén de la mirada... También recuerdo lo que otra entrevistada me expresaba respecto a que deben ser cuidados tal como un bebé.*

- En algunos aspectos, o en algunos casos, te diría que uno tiene que tomar ciertos cuidados, recaudos, te diría que estos pacientes requieren de un compromiso diferente. En otros casos tal vez no, porque puedan llegar a elaborar un poquito más, pero si no se ha llegado a esta etapa, pasa más por el sostén y el acompañamiento, donde hay que metabolizarles la realidad, y ahí ya no estamos en el terreno de la asociación libre, sino que hay gente que necesita ser más sostenida, contar más sus experiencias actuales, la situación que están atravesando, y tal vez en algún momento pueden conectar, por ejemplo, caer en que lo que viene relatando desde hace más de un año tiene que ver con esta sensación de que nunca lo habían abrazado, mirado, la sensación de que molestó en la relación familiar, parental, algo que determinó digamos, su posición, pero bueno, lo que más necesitaba era un sostén, y si, uno tiene que acomodarse a eso no?

- *Podríamos decir que con algunos pacientes no se trata de deconstruir, o de bajar represiones, sino de levantarlas?*

- Si, exactamente, ser un metabolizador de cosas que no las tienen procesadas, y si, uno reconstruye...es como que ya lo hace naturalmente. En algunos pacientes no es automático el paso al diván, ni a la asociación libre, es cuestión de ver en qué planos se maneja cada paciente.

- *También podemos hablar de déficit de simbolización?*

- Si, en algunos casos también.

- *Ahí me pregunto si la interpretación es el instrumento privilegiado a utilizar, o se priorizan, por lo menos en algunas etapas, otros instrumentos.*

- Muchas veces, por ejemplo, los espacios grupales, de identificación con otros en situación parecida, por ahí también puede ser un recurso tan valioso como el espacio psicoterapéutico individual, para ayudarlos a sentirse mejor, a

tener una mirada sobre si mismos diferente, a plantearse algunas preguntas, porque ve a otros que en esa especularidad están sostenidos, ya que acá el problema es la identidad, más que el conflicto psíquico entre instancias. De todas maneras, eso ya es algo que se aprende a identificar empíricamente, y sabemos que hay cuestiones que no deben conmovirse, que como decís vos, por lo menos en alguna etapa no es conveniente hacerlo, aunque tal vez llegue otro momento en que sí, cuando ya hay una visión diferente y mayor capacidad para simbolizar.

- ***Es aconsejable colaborar con la regresión en el paciente?***

- Bueno, esto es el caso a caso, pero en principio como está planteado, con pacientes a déficit, te diría que en principio no, son más para sostenerlos en un primer tiempo, después se verá.

- ***Y en cuanto al uso del diván?***

- Ser demasiado dogmático o rígido en esto es por ahí correr el riesgo de que el paciente le haga mal o se vaya, o no venga más. Yo creo que hay que estar atentos a los tiempos del paciente, y si no tiene un andamiaje como para poder sostenerse, poder pensar, o abstraerse de la situación porque te necesita ver, que vos estés ahí, que le hagas un gesto...bueno, el diván justamente está ahí como para correr un poquito esa mirada, pero bueno, el paciente necesita un gesto, una aprobación, bueno, podemos decir que el diván no es para todos

- ***Se me ocurre que lo paraverbal puede tener hasta mayor importancia....***

- Si, puede ser, si, si. El tema de la gestualidad, la expresión, acá influyen másme parece.

- ***Y cómo es el vínculo paciente analista y de qué manera se construye la alianza de trabajo y se elabora el contrato....***

- Hummm, que buena pregunta, me parece que la podemos dividir en varias partes.

La relación es como que requiere de más apoyatura, a veces incluso en lo concreto, pero sí a veces hay un vínculo tal vez no tan distante en algunos aspectos pero depende, depende el caso no?

Depende de lo que vos puedas tolerar también, pero es como que es un vínculo más estrecho, se me viene a la mente el trabajo en salud mental. Estaba tratando de recordar el trabajo con algunos pacientes que requieren ser sostenidos no ? No es que venite la semana que viene...veníte mañana, veníte en cualquier horario y charlamos en otra situación, contame lo que está pasando...y el encuadre, uno le tiene que dar un encuadre interno terapeuta paciente, pero contenedor.

Y respecto a la construcción de la alianza de trabajo, y...con el tiempo, y tiene que haber algo del orden de lo afectivo ahí, que se puede manifestar más. Siempre existe, aún cuando desde el psicoanálisis más ortodoxo puedan manifestar que no, pero para mí siempre hay una circulación de afecto con el paciente. Son dos sujetos que entran en contacto y me parece que de alguna manera se tiene que establecer ese vínculo para que funcione. Algunas dirán qué horror, pero yo creo que tiene que establecerse ese vínculo, y sí ser regulado, regulado en el marco del proceso terapéutico, de acuerdo a lo que busca el paciente, de lo que el analista le permita intervenir, en estos pacientes no puede ser aséptica la cosa, ni distante. También depende de cada uno. Yo no soy una persona distante, soy formal, desde un principio, pero también me puedo reír, hacer chistes, que viene a raíz de algo en ese proceso que se está dando y que me imagino yo que va enfocado hacia algo importante del orden de lo subjetivo. No nos olvidemos que el chiste siempre trae cosas importantes, pero digo que me parece que uno se expone un poco más en lo afectivo y sabe que al otro le está provocando cosas: el hecho de darles más espacios para contenerlos, al mismo tiempo que también hay que transmitirles cierta cuestión ordenadora no?

No es que el terapeuta goza del paciente, claro, “lo quiero mucho, pobrecito...”, tiene que haber cuestiones ordenadoras. El que está en esa situación requiere de cierta intervención organizativa, y uno como terapeuta la tiene que poder decir, y por decir tiene que ser efectiva, tiene que ser eficaz. Porque también pasa, que ante tanto déficit, también hay mecanismos supletorios, manipulativos, hay algo muy deficitario pero también buscan tenerte cerca de cualquier manera.

- ***Manipulación y control....***

- Exactamente, creo que es una característica acá. Bueno, hay que estar atento a eso, no quedar siendo una pieza de esa manipulación que también ante esa caída como logra hacerse otro. Y... de esa forma.

- ***Me imaginaba la situación de poder decirle a un adicto tal vez.. no consumas antes de venir a sesión, no puedo atenderte de esa manera, no sé...***

- Pensaba en ese ejemplo también. Hay que pensar que alguien distante, por ejemplo, le resultaría difícil poder tener una postura contenedora, con ciertos visos amorosos, que también sirva de límite para el paciente que necesita esa parte. Es como que hay que lograr un equilibrio ahí

Y siempre la tarea está puesta en historizar, ayudar a pensar, desdramatizar algunas situaciones críticas que por ahí parecen terminales, programar el porvenir, ayudar al paciente a diseñarse un proyecto de vida, eso es importante, de alguna manera identificar los tipos de vínculos más saludables para su vida. Es una acción más orientativa, a veces hay que intervenir indicativamente, “bueno, me parece que éste es un vínculo sano para vos, para tu vida, que te beneficia”, o por ahí cuestionar eso para que vea que es importante que tenga vínculos sanos.

Estaba pensando que nadie está del todo exento de este tipo de déficit, no? O sea que en otras intervenciones de otro tipo de análisis también se da, lo que pasa es que en estos casos es muy marcado. Algo de las estructuras tienen todos los sujetos, no? De poetas y de locos, todos tenemos un poco, dice el dicho. De alguna manera todos tenemos algo de ese déficit, algo de una alienación con otro que le dice qué tiene que hacer, mas algunas conductas obsesivas y algo de histeria también. Lo que pasa con estos pacientes es que todo está muy acentuado no? Muy acentuado, por eso se convierte en una clínica diferente.

- ***Pensaba también en los mecanismos preponderantes: la proyección, la escisión...***

- Bueno, el grado de escisión psíquica del paciente va a determinar también el devenir del tratamiento, porque hay algunas cuestiones que son intocables, cosas que la persona no se quiere interrogar. Yo creo que hay cosas

más puntuales que se pueden resolver. Tal vez en algún caso se lo va a preguntar, pero la escisión es un carril muy primitivo, que si el paciente no lo abre es muy difícil de tocar. No es algo a lo que uno apunta, a decir vamos a tocarlo ya, porque precisamente es un mecanismo de organización, de control, trata de estar estable con eso que está escindido, aunque en su vida tenga una actividad contraria, aunque sea como ser Dr. Jeckill y Mr. Hyde, o sea que hay que trabajar mucho en el paciente para llegar a articular esos dos aspectos de la persona. La escucha es soberana y hay que darle los tiempos, y quizás hay pacientes con una disposición, una profundidad reflexiva, unos tiempos para tomarlo.

- *Y qué sucede con los fenómenos transferenciales y contratransferenciales?*

- Bueno, respecto a los fenómenos contratransferenciales, a veces lo que te produce el paciente no te ayuda a acercarte. Hay gente que puede ser muy agresiva en su presentación, no? Y otras veces expulsiva. No son pacientes en situación de falta que quieren alguien que los ayude sino que puede haber ya sea excesivo rechazo o una demanda excesiva, lo que hace que tengas que trabajar mucho lo que te produce el paciente para poder tomarlo, para poder sostenerlo. En el ámbito hospitalario a veces sucede que escuchás que el paciente se va, y se dice “éste paciente me hartó, no lo quiero ver más”, y si analizás eso que te produce quizás podés entenderlo más, entender que justamente ésa es su forma de hacerse ver, de estar en el mundo, de ser así. Pero requiere un extra de trabajo minucioso con cada uno. Y siempre generan cuestiones muy intensas, desde la frustración, el aburrimiento, el enojo. Por eso es bueno enfocarse en que al paciente hay que ayudar a sostenerlo, no a hacer grandes cambios, sostenerlo hasta que sea el momento.

El analista tiene que ser paciente, tiene que tener paciencia, esperar el momento, y el paciente tiene que venir. Son dos pacientes en realidad. Hay que poder esperar para poder decirle algo que le sirva.... Un paciente que tiene la posibilidad de sostener el tratamiento, de venir, bueno, a veces mejora, mejora mucho.

Recuerdo a una paciente que tenía cleptomanía, y bueno, nadie le tenía fe, pero era una paciente con cierta capacidad reflexiva, que pudo sostener el tratamiento, e ir mejorando en relación a estas situaciones de ponerse en riesgo, mostrándole las posibilidades de un porvenir oscuro a lo que podría llevarla su compulsión, y no digo que haya sido solo eso, pero tuvo oportunidad de irlo pensando, y controlar su compulsión, que obviamente tenía todo un sentido, un correlato con su sexualidad, una sensación de éxtasis cada vez que sacaba algo, alguna cosita, una prenda, y bueno, repensarlo mejor, en este caso en su casa, porque de alguna manera hay que tratar que se vaya pensando cosas más allá del espacio del consultorio.

La continuidad del tratamiento es crucial porque le va dando forma a su problema, y también el hecho de que se sienta contenido para ir buscando otras alternativas para sentirse mejor, que no pase por el acto, teniendo en cuenta la tendencia a actuar lo que les pasa. Pero bueno, todo esto va a depender de varios factores que van desde el modo y el estilo del terapeuta, y del paciente, su enganche, la convicción de que puede ser útil para él o no, y esa cosa afectiva que puede llegar a andar y me parece que tiene que ver, tiene influencia esa corriente transferencial y contratransferencial que tiene que darse más allá de que sea difícil, pero que les puede permitir que internalicen procesos y se los lleven con ellos. En todos los pacientes, pero especialmente con estos, esa cosa de autocuidado, que repara un poco ese narcisismo no solo por la figura del terapeuta sino con algo adquirido en el proceso terapéutico. Bueno, tal vez no fue mirado por nadie, pero pudo tener una profesión, o una carrera, y eso lo ayudo a sentirse mirado por los demás porque hay algo concreto, palpable, que es como indiscutiblemente valorado, y están buenas esas cosas, como poder terminar algo que pueda lograr una cierta reparación de lo que faltó.

Lo cierto es que estos pacientes generan preocupación, a veces un acting pueda hacer que no vengan nunca más, y bueno, en otras ocasiones si el paciente sigue viniendo se da lugar a que puedan repensarse las cosas, un acting por ahí es una demostración al analista de algo que el analista no supo interpretar, hay que darle una vuelta como para saber qué quiso decir con eso, hay que tener que lidiar

con la dificultad y el déficit en la propia lectura que puede pasar miles de veces , y que el paciente te hace notar, bueno, tomar nota de lo que el paciente niega o deja afuera, para volver a insistir quizás dentro de dos o tres meses...como por ejemplo que se nombre tres o cuatro veces como hombre y es mujer, y bueno, me llamó la atención, y tal vez en un tiempo sale a relucir y seguramente algo de ahí va a venir

- *Vos notás con tus años de experiencia que tal vez se ven más estos casos ahora como efecto cultural, de la época?*

- Yo tengo la sensación que es una clínica que se ve cada vez más, pese a que no puedo fundarme en estadísticas, pero creo que se ven un poquito más que antes, y que más gente necesita ser sostenida de tal forma que se aparta del viejo esquema del análisis. Puede ser que mi mirada esté sesgada un poco por el tema del hospital, capaz que ciertos sectores sociales han sido más vulnerados que otros para una construcción familiar, en términos de una familia capaz de sostener o de ser suficientemente contenedora, y hay que pensar que en ciertos sectores económicos la pasan peor, y esta tarea de contención primaria se hace más difícil. Hay un poco de debate con esto, pero creo que las situaciones socio familiares influyen increíblemente, y eso tiene que ver con por ejemplo un padre que no está nunca porque tiene que trabajar, y de pronto el paciente se ve obligado a prácticas que nunca hubiera pensado, como tener que cuidar de todos sus hermanos, y eso genera individuos que pueden desarrollar con mucho más facilidad estos déficits, aunque también hay individuos con una capacidad de resiliencia enorme. A mí a veces me duele pensar, cuando veo pibitos limpiando los vidrios de los autos, por ejemplo, que tal vez algunos se sostendrán entre ellos, pero que es una situación de abandono, y como tal me pregunto qué repercusiones tendrá en otros.

- *Una vez más, gracias por tu tiempo y tu predisposición a compartir tu conocimiento*

CUARTA ENTREVISTA

- *Sexo: Femenino*
- *Edad: 58 años*
- *Experiencia en la clínica psicoanalítica (años): 35 años*
- *Lic. en Psicología UNC*
- *Supervisión clínica psicoanalítica en Colegio de Psicólogos Río Cuarto*
- *Matrícula de especialista en Psicología. Clínica*
- *Docente de Teoría Psicoanalítica en Univ. De Mendoza (sede Río Cuarto)*
- *Grupo de estudio APDEBA*

- La pregunta sobre si hay más casos de déficit narcisista en la actualidad, me parece una muy buena pregunta. Había una psicoanalista que decía “a veces abrimos la puerta esperando recibir a Edipo y aparece Narciso”. Bueno, son pacientes particulares y no hay ninguna duda que el psicoanálisis ha evolucionado. A ver, ciento veinte años más o menos van desde los primeros trabajos de Freud, y cualquier ciencia en ese tiempo avanza, cambia, se transforma, recibe aportes de diferentes sectores, y en este sentido, yo creo que el psicoanálisis es el que ha tenido aportes más ricos. Justamente con estos pacientes que podemos llamarles narcisistas, pero también se les llama a veces pacientes severamente perturbados, yo suelo mencionar a Nemirovsky, que dice qué encuadre es necesario con cada paciente, y él dice qué características tienen estos pacientes y qué características tiene que tener el analista.

Podríamos partir del psicoanálisis desde lo que yo leo, estudio, estoy investigando, ya que precisamente estamos trabajando mucho sobre el campo emotivo, toda la línea de Antonino Ferro, los Ballanger, no?

Fijate que el psicoanálisis ha puesto cada vez más en foco la mirada del analista, no solo en el paciente, es decir, cuales son las características que tenemos que tener como analistas, y qué pones en juego, con todos los pacientes, pero particularmente con los pacientes narcisistas, que son pacientes severos: y es la permeabilidad. El hecho de ser permeables y receptor, no solamente intelectualmente el problema, sino emocionalmente el problema, lo que Bion le

llama “at one mind”, el estar en contacto, lo que Ferro le llama “atención empática”, en lugar de flotante. Esto de dejarse penetrar, que el otro sienta ese contacto emocional que lo podríamos modelizar como el origen de la vida de la madre con el bebé, el “reverie materno” no ? donde la madre capta las emociones y las puede transformar y devolver mitigadas, tolerables, y entonces el bebé humano va incorporando no solamente una emoción que sino es intolerable en el cuerpo, sino que incorpora también la función continente.

- ***Bion***

- Creo que si nos basamos en este modelo a mí me gustó muchísimo cuando descubrí en la profesión a Bion, porque me dije ahhh, esto que intuitivamente hacemos está teorizado, estar en contacto empático, emotivo, con el otro, eso en sí mismo ya es transformador. Después le podemos poner todas las palabras, los contenidos, el análisis de los contenidos, por supuesto, sobre todo, con pacientes neuróticos.

Con pacientes más severos, como lo son los narcisistas, se requerirá muchísimo más de esta función del analista, porque no la han tenido, o la han tenido escasamente, por eso hablan tanto de sí mismos, son los famosos yo, yo, yo lo hago bien, los otros no saben nada, no es cierto?

- ***Sería una tarea más de construcción que de deconstrucción...***

- Claro, ahí está, construyendo algo que faltó, porque sino porque tanto yo, yo yo, no hace falta... como yo me las sé todas, como la omnipotencia, la omnisciencia, todo esto que sabemos que son aspectos menos evolucionados de la mente, y sino evolucionaron es porque no hubo la posibilidad de que evolucionen, no hubo ese continente para transformarlo para que la madurez y la evolución continúen a través del aprendizaje por la experiencia, digamos.

Por eso el analista debe tener mucha paciencia con estos pacientes, muchísima permeabilidad, muchísimo contacto emocional, hacer ajustes en el encuadre, cuanto más severo el paciente el encuadre deberá ser más adaptado al paciente. No el encuadre fijo, como te manejas con el neurótico, archiconocido, y es ahí donde Nemirovsky lo explicita claramente cuando dice por ahí tenemos que prolongar la sesión, o tenemos que acompañar al paciente ese día a la casa porque

no pudo irse solo, tenemos que hablar con la familia... Cuanto más severo, mas intervención en ese sentido, no?

Y al mismo tiempo, cuanto más severo el paciente, más necesidad de trabajo interdisciplinario. El acompañante terapéutico, el psiquiatra, el trabajo con la familia, en fin, a mí me gusta mucho cuando enseño clínica en la universidad, decir, bueno, hacemos un encuadre... adonde apuntamos con una terapia breve focal?, y tienen que saber qué pacientes son para una terapia breve focal, qué características deben tener, y qué intervenciones debemos hacer. Sabemos que la terapia breve focal es un insight más intelectual, no trabajamos con la transferencia negativa, todo está armado en el foco, el foco que el paciente trae con lo actual, teniendo en cuenta los conflictos nucleares pero no los trabajamos, no contenemos porque si se produce la regresión no tenemos tiempo para transformarla, trabajamos con el foco no es cierto? Con un inicio, con un fin, la asociación no es libre, es guiada, al foco. Eso sería un abordaje para un determinado tipo de pacientes que tiene que tener un yo fuerte.

Por ejemplo, los pacientes narcisistas no son para una psicoterapia breve. No la pueden tolerar. Hay que tener un yo armado, un yo fuerte, con capacidad de insight, de pensarse, etc. Entonces, para un psicoanálisis clásico, un proceso, tenemos otro encuadre: sin límite de tiempo, sí con asociación libre, conteniendo las regresiones, las repeticiones, lo que conocemos todo.

Ahora, para un paciente narcisista, border, severamente perturbado, tenemos otro encuadre y otro abordaje. No quedar a ciegas, esto es lo que digo, no? Saber que debemos hacer un diagnóstico claro de la situación, y adaptar el encuadre a esa situación. Y poder ver también que si esa persona tiene una obra social que le cubre veinticinco sesiones, como hacés? Qué hacés frente a esa realidad, porque eso nos toca todos los días en los consultorios. Y hay que hacer muy buenos diagnósticos y hay que hacer muy buenas estrategias y saber con qué estamos trabajando. Bueno, me fui un poco de tema hablando como ha ido cambiando el psicoanálisis, y ni hablar del psicoanálisis en las instituciones, en la escuela, en la cárcel, en la Secretaría de Niñez y Familia...justamente el tema del

simposio de este año en la APA es sobre psicoanálisis en las instituciones, así que fijate el espectro que tenemos.

Ahora volviendo a tu tema, para ir particularizando un poquito más, creo que con estos pacientes el campo emotivo hay que construirlo, y que el analista va a tener que tener mucha más presencia. Dar sesiones extras, poder adaptar el encuadre, y va a tener que tener un trabajo muy duro de autoanálisis, de análisis personal y de autoanálisis que nosotros tenemos que seguir de por vida, una parte seguirá en procesos y otra parte seguirá en autoanálisis. Son pacientes que nos ponen a prueba todo el tiempo, nos desafían, nos ponen a prueba. Y va a depender de nuestra tolerancia, de nuestra comprensión, el no fomentar los acting out, las transferencias negativas, las reacciones terapéuticas negativas. Hoy sabemos mucho más de eso, que nosotros mismos podemos promoverlo sin saberlo, nuestras propias defensas inconscientes frente a la ansiedad del paciente, así que creo que cambió mucho, sí, afortunadamente en el psicoanálisis hay abundante literatura, en los simposios, en los congresos,

- ***Yo lo que noto en general es que temas de la clínica tradicional, como el uso del diván, fomentar la regresión....***

- Más que fomentar contenerla diría yo, porque no es que uno fomente la regresión porque sería iatrogénico. Lo que hacés es ofrecer un espacio en donde va a darse naturalmente ese proceso, algo de eso se va a dar y el análisis tiene que contenerlo, no fomentarlo. Eso dice Etchegoyen por lo menos, no? Hace una diferencia clara entre contener y fomentar

- ***Qué instrumentos técnicos son privilegiados con estos pacientes?***

- Por ejemplo, eso que vos decías recién. Yo no pondría a un paciente con estas características de entrada en un diván. Yo tendría las sesiones cara a cara, le diría que se siente en el diván, y mantendría la sesión cara a cara, ya que necesitan el sostén de la mirada del terapeuta, por esto que yo te decía del contacto emocional, porque hay que ir construyendo continente, hay que ir construyendo un vínculo sólido. Que después en todo caso puedan pasar al diván, eventualmente, muchas veces pasa, o simplemente solo se recuesta...y por ahí te dicen “cómo es esto del diván? Me puedo acostar ?” Y bueno, a veces solo, o a

veces vos le podés decir que lo haga, por algún sueño, por algo que ves que evolucionó, y ahí lo proponés.

Pero siempre más que interpretar contenidos, vamos a fomentar la función continente, es decir, desarrollar el aparato para pensar, en términos bionianos, y qué significa esto: justamente tener la función continente y que el paciente pueda pensar sobre lo que siente. Eso me va a importar más que el contenido simbólico, de lo que representa la rata en el sueño, y si la rata es la agresión, qué es o todo esto. Que él pueda pensar, estimular eso, que no está desarrollado. Que pueda sentir, y que pueda pensar acerca de lo que siente, porque ésa es la forma que tenemos para cambiar.

- *Y es lo que está muy disociado no? El pensar y el sentir.*

- Claro, y me parece que va a haber momentos como de dispersión e integración, e ir fomentando todo este continente como para que pueda ir integrando, para que pueda pensarse, eso más que una interpretación clásica psicoanalítica del tipo “usted se comporta de esta manera porque cuando era chico su mamá tal cosa”, “se comporta como un niño chiquito frente a una mamá que le dice que no”, suponete, que le haga una interpretación transferencial sobre un berrinche por tal cosa, hablo de un paciente adulto no. Pero bueno, más que eso, trabajaría sobre esta función, y después sobre el contenido.

En ese sentido, digo que el psicoanálisis evolucionó, y que el psicoanálisis contemporáneo me encanta. Estoy enamorada del psicoanálisis contemporáneo, en el sentido que sigue, esto no se termina acá, y nos pone todo el tiempo a repensarnos. Porqué dije esto?..por ejemplo, cada vez que nuestros pacientes tienen una transferencia negativa, es siempre repetición? O en qué estamos contribuyendo nosotros para fomentar eso? porqué el paciente interrumpe? es siempre por su resistencia? o es por la nuestra también? Cada vez adoctrinamos menos, colonizamos menos con nuestras interpretaciones. Es más difícil. Requiere de trabajo y experiencia. No digo que esto pueda salir de una, hay que ir armándolo también.

- *Pareciera que el psicoanálisis contemporáneo se nutre de otras teorías de la época*

- Sí, las teorías de la complejidad, lo contextual, las teorías de la comunicación. Sino, como dicen los chicos, estaríamos al horno. Estaríamos descontextualizados. Hoy hay sesiones por skype, o por teléfono, o videollamadas, con gente que vive lejos, que no puede venir varias veces a la semana y a lo mejor lo necesita, entonces quizás podés hacer una sesión en el consultorio y una por skype, o una mujer que está en reposo por un embarazo, o alguien que se va al exterior porque tiene un curso de seis meses, y no se va a buscar otro terapeuta por ese tiempo. Fijate como hemos avanzado en este sentido.

- *Volviendo a estos pacientes , una entrevistada utilizo como metáfora el hecho de que a diferencia del neurótico con predominio de conflicto, con los pacientes en los que predomina el déficit se sienten y se actúa de manera más similar a tener un niño chiquito, que ocupa tu pensamiento, te preocupa, tenés que cuidarlo, estar a cargo, tienen tu celular, y a lo mejor se fueron de sesión bien y te llaman a las dos horas desesperados porque el novio no les contestó una llamada....*

- Tal cual, exactamente. Es como que los analistas nos llevamos tarea para la casa,no? Y seguimos trabajando, dentro nuestro. Y estás, qué se yo, poniendo la mesa y se te cruzó algo del paciente, que es el pensamiento onírico de vigilia, se te cruzó algo, estás en transformación junto con el paciente. Estás trabajando, aunque no estés en sesión, o tenés un sueño de contratransferencia vinculado con el paciente, estás transformando, estás metabolizando algo que el paciente necesitó dejártelo y que por supuesto te toca en lo personal en algún sentido y por algún lugar, pero sigue el trabajo. Es un proceso de transformación que no abarca los cuarenta y cinco minutos o cincuenta de sesión, está en el vínculo, está en la relación.

Con más razón cuando te llaman, con más razón cuando los tenés que dejar con un colega si te tomás vacaciones prolongadas y lo trabajás con el paciente, y le dejás indicaciones acerca de con quién lo dejarás... es ir brindando eso que te dije, una función relacionada con que hay alguien que te mira, alguien que te piensa... por eso uso mucho el modelo del “reverie materno”, porque la

madre cuando se va a trabajar, no es que se desconectó del bebé, adentro sigue estando, aunque no lo esté pensando conscientemente todo el tiempo. Pero bueno, justamente tenemos que hacer todo ese trabajo que no estuvo suficientemente realizado en la constitución subjetiva.

- *Y hay variaciones en este tipo de pacientes en relación a la constitución de la alianza de trabajo, la constitución del contrato....poner límites... cuando?*

- Notablemente, e incluso hay que ser menos omnipotentes y saber que no podemos hacer todo solos. Con pacientes de este tipo, por ejemplo, no tener más de uno por vez, o dos a lo sumo, si tenés mucha tela y estás en un momento de tu vida personal, del analista, más o menos en equilibrio, porque si estás tramitando un duelo, un divorcio, o tenés hijos chiquitos, la verdad que yo te diría que te abstengas de tomar este tipo de pacientes en ese momento. A veces uno no puede elegir, son pacientes que uno ya tiene y les pasa algo... mirá, cuenta incluso la cantidad de horas que el analista durmió antes de la sesión. Esto de la disociación funcional es muy cierto, pero hasta cierto punto... la profundidad del análisis personal que se tiene es crucial.

Vos me preguntabas por las defensas del paciente a déficit, que a veces son terribles, y nos ponen en jaque a las propias, y podemos hacer intervenciones para desviar la atención de lo que está por descubrir que duele, que genera malestar, o sea que el análisis del terapeuta debe ser muy intenso.

Por eso vuelvo a la cuestión de la omnipotencia...son pacientes en riesgo que hay que trabajar en equipo, hay que trabajar con el psiquiatra y con un acompañante terapéutico entrenado específicamente para este tipo de situaciones – no cualquier acompañante terapéutico- uno que tenga instrucciones precisas de cómo operar en ciertos momentos.

Yo tengo pacientes de esta naturaleza, que tienen brotes cada tanto, por ejemplo, y trabajo con la familia, con el paciente y un acompañante terapéutico. Tenemos todo armado un equipo, y cuando vemos que se aproxima una situación de crisis operamos todos, en grupo, en la función continente, y así evitás internaciones, evitás sobremedicaciónm autoagresiones o actings determinados, y

aún en casos que no son tan graves, hay momentos en que le podés pedir a un paciente... “mire, sería conveniente que tuviera una ayuda”, sobre todo si no tiene mucha contención familiar, si está más solo, pero como decía, tener acompañantes con entrenamiento, no que vayan a jugar al buraco o hacer artesanías, que no está mal eh? Pero que sepan adonde va, a qué estamos apuntando, y que trabajen a su vez sobre lka autonomíam ya que el acompañante es un brazo ejecutor que a veces nosotros no podemos ser, porque nos saldríamos del rol. Porqué no hace esto, lo otro, o aquello, pero el acompañante lo puede hacer: detectar habilidades, capacidades o los déficits para trabajar sobre ellos.

Hoy tenemos muchas más herramientas que antes. Entonces el acompañante lo incluye en un grupo, por ejemplo. Grupo de lectura, de cine si le gusta, de artesanía si lo prefiere...lo va buscando, lo va encontrando, lo va acompañando, lo va incluyendo, va testeando cómo va eso, y vos hacés el trabajo más libremente en el consultorio. Aparece el fin de semana una crisis: ahí está el acompañante, que puede ser uno, pueden ser dos, no todo el terapeuta, sino te volvés loco, no podés con todo, y es ahí cuando establecés defensas dirigidas también, que entorpecen los procesos.

Insisto en que no es una tarea de principiantes. Requiere mucho análisis y autoconocimiento, experiencia. Es muy difícil, y hay que ir probando, y haciendo ajustes, y lo que te sirve hoy con estos pacientes, que cambian obviamente, no te sirve mañana. Lo que hacías hoy, por ejemplo el acompañante, que lo lleva, lo trae, le saca el turno (por ejemplo por el tema de las cuestiones de descuido médico que tienen, de prevención que todos usualmente tenemos y ellos no), bueno,llega un momento en que eso se instala, se trabaja, y después se retira, se fomenta la autonomía, no es de por vida. Cuando vemos que ya puede con algo, entonces buscamos otra estrategia para seguir avanzando.

- ***Teniendo en cuenta los avances de que hablamos, y las técnicas que han venido elaborándose específicamente. Hay mejoría en los pronósticos?***

- Totalmente. Antes eran pacientes inanalizables. Y hoy sabemos que no es así, sólo que necesitan un análisis con otro enfoque. Lo que no son posibles son los análisis clásicos. Nemirovsky recuerda a Freud cuando decía que estos

pacientes no le gustaban, que lo irritaban, lo ponían de malhumor, no? Y claro, él había creado una técnica para pacientes neuróticos, aunque por ahí analizaba psicóticos sin saberlo...

- ***Se dice que la contratransferencia se pone muy en jaque con estos pacientes...frustración, enojo, aburrimiento, sueño...***

- Claro que nos duermen, porque las defensas son extremas y la identificación proyectiva es masiva y apunta a dormirte para que no pienses. No solamente que opera sobre su propio aparato, para no pensar, adormeciendo, sino que adormece al otro. Te da sueño, literal, se te caen los ojos, y se va el paciente y estás despierto nuevamente. No es que no dormiste bien la noche anterior, sino que está operando esa identificación que te adormece, para no pensar.

- ***Podríamos decir que es una clínica en donde se pone mucho el cuerpo...***

- Acá se pone la mente y el cuerpo, sí. Y está bien dicho así porque cuando opera tanta turbulencia emocional, donde hay que contener y transformar todo junto, el terapeuta también puede tener situaciones de desborde que operen a modo de gastritis, contracturas, cuando desbordan su capacidad de contener, y se manifiestan desde el cuerpo. Entonces ahí hay que tener cuidado, porque hace falta más análisis, supervisar más ese paciente. La supervisión es fundamental de compartir estos pacientes, nunca tratarlos solo.

Yo sólo agregaría para terminar que sí, que hay un aumento en la clínica de pacientes a predominio narcisista, con déficit, porque cada vez hay menos función continente. La familia, la sociedad, el tejido social se ha roto, y tenemos estas eclosiones terribles, como que cada día se mata una mujer , y hay chicos abusados y golpeados por todos lados, y por más que esto sea histórico, nunca en éstas proporciones como en la actualidad. Esta ruptura del tejido social es una evidencia de lo que nos está pasando. Cada vez hay menos de esta función continente, entonces hay más predominio de estas patologías.

Virginia Ugart, psicoanalista argentina, actual presidenta de la IPA, con quien estuve mucho tiempo en grupos de estudio en Buenos Aires, escribe un

artículo muy lindo donde menciona el cajón de herramientas del analista de hoy donde analiza todos estos factores.

- ***Bueno, agradezco mucho tu tiempo y la información proporcionada.***

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo 21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor – Tesista	WENDEL, SANDRA VIVIANA
DNI	16.651.414
Título y Subtítulo	CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA CLÍNICA DEL DÉFICIT NARCISISTA. Descripción de técnicas específicas utilizadas en el abordaje de pacientes con predominio de déficit narcisista, por parte de profesionales de Salud Mental de Río Cuarto, con marco de referencia psicoanalítico.
Correo Electrónico	sandrawendel@hotmail.com
Unidad Académica	UNIVERSIDAD SIGLO 21
Datos de la Edición	RÍO CUARTO, CORDOBA. NOVIEMBRE DE 2017

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

Texto Completo de Tesis	SI
Publicación Parcial	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha: Río Cuarto, Córdoba. Noviembre de 2017.

Firma autor-tesista

Sandra Viviana Wendel

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:

_____certifica

que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma autoridad

Aclaración autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado