

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

La transferencia y la posición del analista en el caso de una paciente con neurosis narcisista.

Alumna: Tatiana Sol Lococo
Tutor: Lic. Marcos Mustar

Buenos Aires, 16 de septiembre de 2021

Índice

1	Introducción	2
2	Objetivos	2
2.1	Objetivo general	2
2.2	Objetivos específicos.....	2
3	Marco teórico	3
3.1	Transferencia en psicoanálisis	3
3.1.1	La transferencia en Freud	4
3.1.2	La transferencia en Lacan	7
3.1.3	La transferencia en la actualidad	10
3.1.4	La transferencia y el trabajo analítico	13
3.2	Narcisismo y transferencia	17
3.2.1	Narcisismo primario y secundario	19
3.2.2	Neurosis narcisistas.....	20
3.2.3	Particularidades de la transferencia en las afecciones narcisistas.....	22
4	Metodología	24
4.1	Tipo de estudio	24
4.2	Participantes	24
4.3	Instrumentos	24
4.4	Procedimiento.....	25
5	Desarrollo.....	26
5.1	Analizar el tipo de transferencia que se establece al inicio del tratamiento a partir de la demanda de la paciente.....	26
5.2	Analizar los cambios que se observan en la transferencia de la paciente durante el transcurso del tratamiento, teniendo en cuenta las intervenciones del analista	31
5.3	Analizar la posición del analista a lo largo del tratamiento y su relación con el vínculo transferencial.	37
6	Conclusiones	42
7	Referencias bibliográficas	46

1 Introducción

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) se realizó con base en la Práctica Profesional V, la cual es parte del plan académico de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo.

La Práctica se llevó a cabo en una Asociación Civil dedicada a la Asistencia y a la Docencia en Psicoanálisis abierta a la comunidad, que se ubica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Durante más de 35 años, esta institución realizó asistencia clínica comunitaria con orientación psicoanalítica a niños, adolescentes, adultos, pareja y familia.

Además desarrolla la capacitación de profesionales del ámbito de la psicología, medicina, psiquiatría, psicopedagogía y ciencias de la educación. Cuenta con Posgrados con atención clínica a través de los cuales se brindan herramientas para el saber hacer en la práctica profesional cotidiana. También se puede realizar investigación y supervisión de pacientes. Y por último la institución brinda un ciclo anual de conferencias a cargo de importantes psicoanalistas argentinos, en las cuales se abordan conceptos clínicos del Psicoanálisis.

La práctica constó de 285 hs. que se distribuyeron entre distintas actividades con modalidad virtual, incluyendo conferencias quincenales, participación en tres posgrados a elección de acuerdo a la oferta propuesta. Los mismos tuvieron una duración de tres horas semanales, distribuidas en una parte teórica y otra parte dedicada a la supervisión de casos presentados por profesionales de la institución. Por último, se realizó un curso sobre psiquiatría y psicoanálisis que constó de 15 clases asincrónicas.

Se eligió como tema a trabajar la transferencia y la posición del analista en el caso de una paciente con neurosis narcisista. Dicho caso fue proporcionado por un psicoanalista de la institución.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar la transferencia en el caso de una paciente con neurosis narcisista y la posición e intervenciones del analista durante el tratamiento, desde el abordaje psicoanalítico.

2.2 Objetivos específicos

- Analizar el tipo de transferencia que se establece al inicio del tratamiento a partir de la demanda de la paciente.
- Analizar los cambios que se observan en la transferencia de la paciente durante el transcurso del tratamiento, teniendo en cuenta las intervenciones del analista.
- Analizar la posición del analista a lo largo del tratamiento y su relación con el vínculo transferencial.

3 Marco teórico

3.1 Transferencia en psicoanálisis

La transferencia para el psicoanálisis refiere al proceso mediante el cual, a través del vínculo que se establece con ciertos objetos, se actualizan los deseos inconscientes. Esto sucede especialmente en el marco de la relación analítica, en donde los prototipos infantiles, generados en el pasado, se reeditan en la actualidad. La cura psicoanalítica se desarrolla básicamente en el campo de la transferencia y transcurre por distintos momentos: su instalación, la evolución a través de diferentes modalidades, el trabajo desde la interpretación y, finalmente, la resolución. La transferencia, como concepto, es muy amplio e incluye diversas problemáticas sobre las cuales se ha discutido y se discute permanentemente dentro del psicoanálisis. Se pueden citar algunas de ellas, como la importancia de la situación analítica para favorecer la aparición de la transferencia; su función en la cura y el valor de la repetición; qué es lo que se transfiere, es decir la naturaleza (comportamientos, sentimientos, relaciones de objeto) de la propia transferencia y otros (Laplanche & Pontalis, 2007).

Todas estas discusiones a nivel teórico sobre el verdadero significado de la transferencia como concepto están atravesadas por la práctica clínica. Green (2002) sostiene que en psicoanálisis existe una teoría clínica y un pensamiento clínico; es decir que la racionalidad de la teoría surge de la experiencia práctica; el pensamiento clínico hace siempre referencia a los pacientes y significa pensar los efectos psíquicos que devienen de la angustia, el sufrimiento y el dolor, así como las estrategias para desprenderse de ellos e intentar superarlos. Partiendo de estas premisas, el pensamiento clínico permitirá elaborar aquellos conceptos que definen cómo se manifiesta el inconsciente a través de alucinaciones, somatizaciones, actuaciones, racionalizaciones y otras formaciones. En la medida en que la terapia psicoanalítica exige que, además de un paciente que sufre, se necesite a alguien que escuche el sufrimiento (el analista), la relación terapéutica impondrá la necesidad de examinar

tanto las cuestiones relacionadas con la transferencia como las que surgen de la historia personal y el inconsciente del analista, englobadas en el concepto de contratransferencia (Green, 2002).

A partir de su descubrimiento del inconsciente, Freud (1912) propone un trabajo psíquico elaborativo que facilite el movimiento del deseo y promueva la autonomía del paciente, siempre sirviéndose de la transferencia. Para alcanzar este objetivo es imprescindible que la cura sea realizada en *abstinencia*; mandato que surge tempranamente en el psicoanálisis y que implica que el analista interpretará las demandas pero sin responderlas. La regla de abstinencia puede considerarse una respuesta al descubrimiento del cierre del inconsciente como una de las derivaciones posibles de la transferencia, cuando sitúa al analista como su objeto (Pino & Epsztein, 2009).

3.1.1 La transferencia en Freud

La elaboración teórica freudiana sigue un camino en relación al concepto de transferencia cuya evolución exige, para ser comprendida, tener en cuenta tanto sus enunciados como también sus intervenciones en los distintos historiales clínicos a los cuales se tiene acceso. A lo largo de ese camino marcado por la práctica, la transferencia, como concepto y como fenómeno, va a ser la ocasión para que surjan y se desarrollen muchos otros conceptos fundamentales del psicoanálisis, como el mismo inconsciente, la fijación, el Edipo, la identificación y la compulsión a la repetición (Bustos Ancón, 2016).

Al principio Freud (1895) consideró a la transferencia como una forma particular de desplazamiento del afecto de una representación a otra, que en el ámbito de la relación analítica tomaba la figura del analista tal como el proceso del sueño se sirve de un resto diurno que está disponible. En este caso la transferencia es el resultado de un falso enlace favorecido por la confianza que se genera a partir de la relación entre médico y paciente, pero que tiene la particularidad de convertirse en un obstáculo para el trabajo analítico. En una evolución posterior, que se puede leer en el epílogo de *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, estos falsos enlaces aparecen en plural, como transferencias, constituyendo recreaciones de mociones y fantasías infantiles, que se caracterizan por reemplazar una persona anterior por la persona del médico. Además, estas transferencias aparecen como necesarias o, aún más, inevitables, siendo la única respuesta posible para continuar hacia la cura el captarlas y transmitírselas al paciente; sólo así se convierten en auxiliares poderosos para el tratamiento. En el caso de Dora, Freud (1905) reconoce no haber trabajado la

transferencia y haber permitido que la paciente actúe (*agieren*) en lugar de llevar sus fantasías y recuerdos en dirección de la cura.

Años después, Freud (1912) va a explicar el origen de estas transferencias en una conjunción de factores innatos o constitucionales y de factores accidentales o influencias que se reciben en la infancia. Como resultado de estos factores, cada ser humano adquirirá una forma específica o *clisé* para ejercer su vida amorosa, modalidad que repetirá durante su vida, siempre que encuentre en el mundo externo objetos de amor disponibles. De esta manera, se procura satisfacer un deseo fantaseado con un objeto de la infancia, por lo que en este sentido, la transferencia estaría funcionando al servicio del principio del placer (Vega, 2006).

Al mismo tiempo, desde esta perspectiva la transferencia está ligada a prototipos, imagos, vinculados con la infancia (principalmente la imago del padre, pero también la de la madre o de un hermano). A través de esta ligazón se reactualiza la relación del sujeto con las figuras parentales, relación que se caracteriza por la *ambivalencia*. Esta ambivalencia implica sentimientos de amor y hostiles en competencia, sentimientos que en el marco de la relación analítica recaen en la persona del analista, revelando, justamente, la *ambivalencia* de los sentimientos que se ponen en juego y su relación con las imago infantiles, en especial la imago paterna. Cabe señalar que la ambivalencia en relación con las imago infantiles se encuentra exacerbada en el caso de los neuróticos, lo que explica su capacidad para colocar la transferencia al servicio de la resistencia (Freud, 1912).

Por otra parte, y desde el punto de vista de la clínica, las mociones que se ponen en juego en esta relación pueden ser tanto tiernas como hostiles, dando lugar a una transferencia positiva, cuando predominan las primeras, y una negativa, cuando lo hacen las segundas. Pero la transferencia puede volverse en contra del trabajo de análisis sin expresar sentimientos hostiles, sino poniendo en juego mociones amorosas, pero de carácter erótico. Para ejemplificar las dificultades que este tipo de transferencia le presenta en la práctica al analista, Freud (1914a) presenta el caso de una paciente mujer que se enamora de su analista. Para esta situación, propone tres resoluciones posibles: la primera sería realizar la unión de la paciente y el psicoanalista, la cual considera inaceptable desde más de un punto de vista; la segunda sería rechazar el reclamo de afecto, imponiendo un distanciamiento que podría implicar el dar por terminado el recién iniciado proceso analítico. Como ambas opciones significarían, de alguna manera, renunciar a lo que el trabajo analítico pueda lograr de bueno, Freud plantea una tercera opción que permitiría continuar con la cura y consistiría en mantener la

transferencia de amor, pero sin corresponderla. Por el contrario, el trabajo del analista deberá asumirla como un fenómeno que se da en el marco de la cura, para conducirla hacia sus orígenes inconscientes. De esta manera, la transferencia se revela como un fenómeno de gran importancia para la práctica del psicoanálisis, ya que lo que aparece en un primer momento como obstáculo para el trabajo de análisis puede convertirse en un aliado para llegar a lo más profundo de la vida pulsional de la paciente (Álvarez, 2012).

Como explicación de las causas de este fenómeno, Freud (1914b) va a sostener que una parte de las pulsiones que se movilizan durante la infancia va a alcanzar su pleno desarrollo psíquico y, por lo tanto, estarán disponibles hacia la realidad objetiva y como parte constituyente de la personalidad consciente. El resto, propuestas libidinosas no desarrolladas, quedan relegadas de la conciencia y permanecen en el inconsciente, pudiendo desplegarse sólo en la fantasía. En estas condiciones, cuando la necesidad de amor no sea satisfecha por la realidad, esas cargas libidinales se desplazarán sobre alguna figura que aparezca en cierta medida adecuada para tal fin, habiendo encontrado así una oportunidad para la satisfacción que tienen negada. De lo anterior surge que no toda la vida psíquica puede ser recordada, sino que la capacidad de volver consciente lo inconsciente tiene un límite. Es factible entonces que, en el contexto de una relación como la que se da entre el paciente y el médico, la energía libidinal insatisfecha se dirija hacia el analista. Ante esta situación éste se verá impulsado a aumentar sus esfuerzos para insertar estas acciones en la trama del análisis y es ahí donde se establecerá una lucha entre analista y analizado, entre el querer discernir y el querer actuar, que sucede en torno a la transferencia.

La transferencia aparece aquí como un obstáculo que impediría que aparezca lo reprimido, e incluso como la resistencia más fuerte al tratamiento (Freud, 1912). Pero además de obstáculo, la transferencia se puede considerar desde otro aspecto, como motor de la cura. En primer lugar, la transferencia impulsa la cura justamente en la medida en que permite la apertura del inconsciente y conecta al paciente con la asociación libre (Freud, 1913); pero, además, la propia transferencia que aparece como obstáculo a la asociación libre y al servicio de la resistencia tiene gran importancia para el análisis, ya que es un indicador de avance del trabajo analítico. En éste, cuando se hace un seguimiento a partir de los dichos del paciente hasta acercarse peligrosamente al núcleo patógeno, se notará fuertemente la presencia de la resistencia. En este contexto surge la transferencia; si algo del contenido del complejo patógeno es pasible de ser transferido se transfiere en el analista y su presencia se nota por la

resistencia. Este proceso se repite constantemente en el transcurso de un análisis produciendo un cierre del inconsciente, ya que el paciente deja de respetar la regla de la asociación libre y el encuadre. Aquí está la clave de su valor como indicador de que se está por buen camino, en la medida en que este fenómeno se hace presente cuando el análisis se acerca peligrosamente, para el inconsciente, al núcleo patógeno. Pero fundamentalmente la transferencia que se establece con el analista es lo que permite, mediante la observación del actuar del paciente en el marco de ese vínculo, acceder a lo reprimido. Sólo se puede intervenir sobre el conflicto que se manifiesta a través del síntoma si se lo aborda en el presente y esto es posible a partir de la transferencia de ciertos afectos inconscientes a la relación con el analista, generando de esta forma una *neurosis de transferencia* (Freud, 1912). En esta nueva forma de la enfermedad, la transferencia sobre el analista va a ser lo que estructure la cura a partir de los conflictos infantiles.

La presencia del analista va a ser fundamental desde el principio de la relación transferencial y durante todo el tiempo que dure el tratamiento; en función de esta presencia, van a ir apareciendo nuevos síntomas ligados al analista con quien el paciente establece la asociación libre y al que convierte en su objeto. Frente a esto, el analista debe limitar la neurosis de transferencia conduciendo al paciente de la repetición al recuerdo, mediante la interpretación de la transferencia y su oportuna comunicación al paciente, reanudando así el trabajo basado en la asociación libre, aunque no siempre se obtenga en forma completa. Sobre esta afirmación del propio Freud (1914b) se va a jugar una de las diferencias fundamentales entre la concepción freudiana de la relación entre transferencia e interpretación y la lacaniana.

3.1.2 La transferencia en Lacan

Como ya fue dicho, Freud (1914b) propone la interpretación de la transferencia como una forma de negarle su poder a la resistencia; por su parte, Lacan (1961) dirá que la transferencia no es interpretable, sino que es el marco dentro del cual se realiza la interpretación. Esto constituye una diferencia fundamental que va a tener sus consecuencias sobre el lugar que ocupa el analista en la relación analítica y la forma de operar en la dirección de la cura.

Por otra parte, para este autor la transferencia misma se manifiesta en una relación en la que hay alguien a quien se le habla; Lacan (1961) va a fundamentar esta afirmación diciendo que todo lo que se sabe del inconsciente, por ejemplo a partir de los sueños, es que hay fenómenos que suceden para ser escuchados por Otro. Esto es para él algo constitutivo de

la transferencia, en la medida en que hace que no se reduzca a una simple repetición, sino que sea una reproducción; y plantea una diferencia fundamental entre la transferencia en análisis y el resto de las repeticiones que se dan por fuera del dispositivo analítico. Ya anteriormente, Lacan (1953) había afirmado que la palabra del paciente espera una respuesta, en tanto está dirigida a un otro, y que esa espera es también la esperanza de que el analista sea el instrumento de la verdad del inconsciente. Entonces, para que pueda instalarse la transferencia y haya análisis, el analista debe aceptar ubicarse como *sujeto supuesto saber*, aunque sepa que no tiene el saber, funcionando como soporte del fenómeno transferencial. Luego deberá cambiar esta posición para prestarse como semblante del objeto a, propiciando que advenga la posición subjetiva del analizado.

Como tal, la relación transferencial para Lacan (1961) no se explica simplemente por la intersubjetividad, sino que se caracteriza por su disparidad subjetiva, es decir por la presencia de dos sujetos cuya posición relativa no es equivalente. Esto implica una modificación importante en relación con la idea de Freud (1914b) de interpretar la transferencia, entendida como un proceso espontáneo, vinculado al pasado y conocido a través del análisis. Para Lacan (1961) la transferencia, a pesar de la interpretación, plantea un límite irreductible, que radica en las condiciones de un análisis, ella es la base sobre la que se realizarán las interpretaciones y su mismo instrumento. Esto justifica el pasaje de lo que para Freud sería interpretar la transferencia, es decir poner palabras donde se actuaba, a interpretar *en* transferencia, destacando que ésta, más que algo a interpretar es el contexto, la situación en la cual surge la interpretación.

Si bien Lacan (1961) reconoce que, en última instancia, la transferencia es el automatismo de la repetición, su interés al referirse a ella en el Seminario 8 es plantear su vínculo con el amor. Este tema lo aborda a partir del análisis de *El Banquete* de Platón, obra que se basa en el amor, diferenciando dos posiciones asimétricas: el *erastés* (amante) y el *erómenos* (amado). Comparándolo con la práctica analítica señala que, en una primera instancia, el analista está en posición de amante, ya que su deseo es analizar y lo coloca en el paciente, quien está en posición de amado. Esta situación finaliza cuando adviene lo que Lacan llama *metáfora del amor* que consiste en la sustitución de un lugar por otro, pasando el paciente a ser causado en su deseo – amor – por algo que genera la presencia del analista. Un detalle importante del análisis que hace de la obra es la valoración de la interpretación que Sócrates da a la confesión de Alcibíades, haciendo una analogía con la interpretación

analítica, que se hace posible por la transferencia y que tiene por fin remitir al analizante a su verdadero deseo. Al mismo tiempo, en este fragmento identifica la confesión como un acontecimiento que no se limita a ser una rememoración de un pasado superado, sino algo que remite al presente, marcando un paralelismo con su idea de lo que es la transferencia.

Lacan (1964) trabaja también en el Seminario 11 el tema de la relación entre la transferencia y el presente, diferenciándola de la repetición, al señalar que en el dispositivo analítico no hay un retorno al pasado, sino que lo que sucede es algo que supone una creación que se da en el aquí y ahora de la relación paciente – analista; allí se crea una ficción que, por otra parte, señala una relación con lo real, un encuentro con lo real que es siempre fallido. Álvarez (2012) refiere que Lacan toma el tratamiento del caso Dora de Freud para demostrar que el psicoanálisis es una experiencia fundamentalmente simbólica, negando importancia a la afectividad. Para Lacan, los afectos entrelazados a las imagos infantiles, que son el aspecto de la transferencia destacado en la opinión común, corresponden al registro de lo imaginario y no son lo más importante del trabajo con la transferencia. Por el contrario, ya desde el Seminario 1 (Lacan, 1953-1954) se plantea que las interpretaciones que destacan ese aspecto de la transferencia desde la propia situación contratransferencial del analista no son más que intercambios de ego a ego. En el Seminario 11 va a señalar, en relación con el valor de la interpretación, la contaminación de la práctica analítica por una concepción que pretende que la interpretación de la transferencia confíe en una alianza con una parte del yo que estaría en condiciones de juzgar, de manera realista y en sintonía con los señalamientos del analista, el carácter de las conductas que se dan en su relación con éste. Esto implica para él ignorar que es justamente esa parte del yo la que está interesada en la transferencia y la que cierra la puerta. Aquí el autor apela al discurso del Otro como forma de acceder a la eficacia de la interpretación justo en un momento que se caracteriza por el cierre del inconsciente, por lo que más adelante dirá que todo intento por ubicar al sujeto en relación con la realidad, tal como se la supone, en lugar de hacerlo con respecto al significante, es una forma de degradación de la constitución psicológica del sujeto (Lacan, 1964).

Esto se explica porque el inconsciente, como juego del significante, precede a la interpretación del analista, manifestándose a través de sus formaciones: sueños, lapsus, chistes, síntomas. La dimensión clave, entonces, en cuanto al trabajo analítico en general y a la transferencia en particular, es la de lo simbólico, es decir la que pone en juego la relación con la cadena significante y parte de la posición de sujeto supuesto saber asumida

inicialmente por el analista. Esto permite que el inconsciente se abra en cualquiera de sus formas, y cuando esto sucede el Gran Otro ya está allí; se produce entonces una transmisión de poderes del sujeto al Gran Otro, que es el lugar de la palabra y virtualmente el lugar de la verdad. De esta manera, en transferencia, el análisis debe transitar en el registro de lo simbólico.

Por otra parte, Lacan (1964) sostiene que la existencia del inconsciente depende del analista y lo relaciona con el deseo de Freud, quien desde su intención de curar por la palabra y su confianza en que a través de ese camino se llegaría al origen del síntoma, hace nacer el inconsciente. Concluye que la noción de inconsciente no puede separarse de la presencia del analista, la cual a su vez es una manifestación del inconsciente. Al respecto, Miller (1979) se refirió al lugar del analista y lo ubicó como oyente en el dispositivo analítico. Situado como oyente es el receptor y destinatario del discurso del paciente, siendo además el analista quien coloca la puntuación en ese discurso para darle sentido, ya que él tiene recursos para descifrar lo que se ha dicho.

Por último, puede vincularse la transferencia con la sugestión. Freud (1912) en *Consejos al médico*, ya lo había hecho, sugiriendo que esto sería aceptable, hasta un cierto punto, para que el analista pueda obtener resultados en menor tiempo. Lacan (1957-58), retoma la cuestión de la sugestión introduciendo el concepto de demanda, como primer movimiento o paso del análisis. De acuerdo con su planteo, es desde la demanda, y como consecuencia de la palabra, que se pone en juego la sugestión, en la medida que se establece la relación del Sujeto al Otro. Pero la posición y la actitud del analista debe ser con respecto a esto de abstención, no responder ni ratificar la demanda, sino apuntar más allá de la sugestión, hacia aquello que justamente se resiste a la sugestión y que es el campo del deseo. El analista conduce la cura a partir de la demanda del paciente hasta que se establece la transferencia y ahí ocupa el lugar de objeto de la transferencia.

3.1.3 La transferencia en la actualidad

Luis (2019) refiere que el término actualidad remite a lo nuevo, a lo contemporáneo, al presente y se contrapone al pasado, a lo histórico. Entre muchas cosas que se pueden distinguir en esta contraposición se encuentra el malestar propio de la cultura, siempre presente, pero también cambiante. En la actualidad, dicho malestar se caracteriza por la pérdida de la singularidad, por la mercantilización de todos los aspectos de la vida, la degradación de los vínculos sociales, la pérdida de la importancia que se da a la herencia

simbólica, la minimización del valor de la palabra y la sobrevaloración de la imagen, todo lo cual conduce hacia una tendencia al goce y a la obtención de la mayor cantidad posible de objetos de consumo, con una incapacidad para postergar la satisfacción. Todas estas características impactan en las subjetividades, al mismo tiempo que generan incertidumbre. Además de los diagnósticos tradicionales, neurosis, psicosis, perversiones, hoy la clínica asiste a numerosas nuevas patologías, lo que representa un desafío a la hora de realizar un diagnóstico. Al mismo tiempo, las instituciones asistenciales sufren sus propias transformaciones, que también interpelan a la clínica. El cambio de las condiciones en que se lleva a cabo el trabajo del analista, obliga a revisar los conceptos fundamentales, tanto a nivel teórico como de la práctica: en este marco, una de las formas en que cada analista particular se verá obligado a reinventarse para estar acorde a las circunstancias es al asumir su posición en la transferencia.

Nasio (1996) caracteriza las nuevas condiciones en que se da la transferencia mediante dos postulados: el primero plantea que el núcleo patógeno, que se ubicaba en lo profundo del inconsciente y era lo que se pretendía eliminar, ahora es reemplazado en su función por lo que sería, según Lacan, el objeto del deseo, objeto a u objeto de la pulsión, que se encuentra fuera del analizado. El segundo postulado afirma que ese objeto externo atrae a la libido hacia él y origina la transferencia; o, mejor dicho, la neurosis de transferencia. El cambio que implica esta nueva situación en relación con la dirección de la cura es que el analista debería ir a ocupar ese lugar, luego de haber interpretado la resistencia. Si el analista hace esto, según su modalidad, para Nasio (1996) se materializa el deseo del analista. Por otra parte, las condiciones de este movimiento plantean una problemática en torno del concepto de *contratransferencia*, como aquellos obstáculos imaginarios que impiden esta ocupación. La contratransferencia se ubica entre el analista y el lugar del objeto.

De acuerdo con Hornstein (2018), la contratransferencia, junto con la atención flotante, son los recursos con los que cuenta el analista para hacer frente al enigma que representa el paciente, especialmente durante las primeras entrevistas, cuando la información obtenida puede ser todavía fragmentaria. Este trabajo implica poner en juego características del analista que dependen de su formación, su propio análisis y su experiencia clínica, y el éxito en la resolución de este enigma es el requisito para que advenga la interpretación. El paciente refiere su historia y el analista la reconstruye a partir de los recuerdos, de las vivencias actuales, de los síntomas, de los vínculos que formó, de sus logros y proyectos. En

el trabajo analítico esta primera historia con la que el paciente llega a consulta se irá transformando y el objetivo es llegar a una historia singular que sea más tolerable. En realidad, desde el inicio del análisis ambos participantes se encuentran cada uno con su historia; el problema es que el analista necesita escuchar con oídos frescos, ver con ojos limpios. Es más, debe poner en funcionamiento los cinco sentidos y no solo la vista y el oído. Este inicio de la historia transferencial, marcado por la presencia de dos historias, plantea la importancia de la contratransferencia para el logro del objetivo mencionado: que el paciente pueda resignificar su historia y el analista evaluar su práctica y sus teorías.

Ahora bien, mientras muchos autores coinciden en destacar el aspecto problemático de la contratransferencia, como resistencia, es necesario considerar que, mientras que la transferencia es el lugar en donde, a pesar y gracias a la resistencia, el sujeto se constituye y se estructura, en el caso de la contratransferencia la resistencia no es una verdad sino un error, una falsa imagen. En este sentido, se puede decir que la contratransferencia es el conjunto de reacciones imaginarias del analista frente a sí mismo y no frente a su paciente. Además de imagen, es también un significante y, por lo tanto, interpretable; lo que apunta hacia el autoanálisis del psicoanalista. En relación a este punto Nasio (1996) propone el trabajo de supervisión en el cual el analista presenta material clínico del analizado y también sus reacciones contratransferenciales. En síntesis, el autoanálisis, el análisis didáctico y la supervisión serían para él los tres instrumentos que posee el analista para acceder al lugar de objeto, superando la contratransferencia.

La postura de Nasio (1996) acerca del problema de la contratransferencia se diferencia de algunos autores que se focalizan en una descripción de la relación analista – analizado, ya que para él el eje de la problemática es la posición del analista. Cita a Lacan, quien denomina a esta posición *deseo del analista*, en el sentido de un lugar en la estructura de la relación analítica, a partir del cual se desarrolla la transferencia y desde donde va a operar el analista mediante la interpretación. Tres son las manifestaciones contratransferenciales: el saber, la pasión y la angustia, que funcionan a la vez como obstáculo y como anuncio de que el analista está en camino de ocupar su posición. Para poder escuchar a su analizado, el analista debe separarse de su yo, y a esto Nasio lo denomina *hacer silencio en sí*; es decir abandonar el tiempo, el espacio y el ideal que son los componentes constitutivos del yo. De esta forma el analista se convierte en objeto y esta posición tiene una duración corta, pero es rica en nuevas producciones psíquicas, tiene una gran carga libidinal que el psicoanálisis denomina goce u

objeto. El lugar del analista, entonces, se construye entre el analizado que habla de una cierta manera y el analista que hace silencio en sí.

Entre las reacciones contratransferenciales, este autor prioriza la angustia del analista, angustia que se produce frente a la tarea de conducir la cura, sin saber si logrará resultados favorables. Pero también la angustia del analista surge por ocupar el lugar de objeto. Con respecto a esto puede hacerlo según distintas modalidades: una es ocupar el lugar de objeto haciendo mimesis del objeto, recordándolo. Es lo que Lacan llamó *semblante del objeto*. De esta manera puede levantar el velo del objeto mediante el silencio e intervenir a través de la interpretación. Otra modalidad es ocupar el lugar de objeto alucinándolo; lo que alucina el analista con el silencio es el dolor psíquico del analizado. Por último, refiere que la función del analista es conducir la cura hasta el punto de no exponer su integridad física. A esta posición, junto con Lacan, la ubica en el orden de la ética (Nasio, 1996).

3.1.4 La transferencia y el trabajo analítico

Estableciendo la importancia de la transferencia para el trabajo analítico, Freud (1914a) afirma que, si bien la preocupación principal de los psicoanalistas que recién se inician es la interpretación del discurso de los pacientes para hacer surgir lo reprimido, las únicas interpretaciones importantes son las que tienen que ver con la transferencia.

Leibson (2019), tomando como referentes a Freud y a Lacan, sostiene que si bien hay diferentes modos de conceptualizar la transferencia, el consenso general establece que ella es imprescindible para que se produzca el acto analítico; es decir, para que un análisis sea eficiente es necesario que se ponga en juego algo del orden de la transferencia. Define a la transferencia como una escena en la que intervienen personajes dentro de un marco que separa lo que está dentro y fuera de dicha escena; esos personajes integran la historia del analizante, mientras que el analista es investido por esos personajes.

Feinsilber (2015) sostiene que es el analista quien, con su concepción acerca de la transferencia, establece cómo va a tratar a un paciente. Al mismo tiempo, la manera de tratar al analizado enmarca el concepto. De esto se desprende que la transferencia no es única, ni estandarizada, ni se repite de igual manera en todos los pacientes, sino que el fenómeno transferencial es singular y no se replica en otro paciente. Ahora bien, aunque la transferencia es particular en cada tratamiento, en la práctica psicoanalítica el analista ocupa un lugar específico en cada momento de la transferencia.

Al respecto, Nasio (1996) plantea que la cura se puede dividir en cuatro fases que se dan a lo largo del tiempo. La primera es la *fase de la rectificación subjetiva* que se da en las primeras entrevistas y está marcada por la relación de la demanda del paciente con los síntomas. Propone que al final de la primera entrevista se repositone al paciente en relación a su sufrimiento. Miller (1997), por su parte, introduce el concepto de *evaluación clínica*, marcando al mismo tiempo su relación con una evaluación diagnóstica muy diferente de la que hace la psiquiatría y el valor de aval por parte del analista a la demanda del paciente. Esto consiste en que este llega solicitando ser aceptado como analizante; el sí, o el no, del analista es el vector propio del acto analítico que hace posible esta evaluación clínica, que es previa a la rectificación subjetiva.

La segunda fase, según Nasio (1996) es la que llama *del comienzo* que se divide en dos actos analíticos: a) analizar al consultante y b) enunciar la regla fundamental. Es una etapa de espera, que abarca las primeras sesiones y donde prevalece la demanda de amor, el momento de la promesa y de la sugestión. Esto coincide, conceptualmente aunque no en tiempo, con el lapso en el cual Freud (1913) propone aceptar provisionalmente a quienes aspiran a ser pacientes, para evitar generarles una mala experiencia al crearles expectativas sin haber decidido si son aptos para el psicoanálisis. Aulagnier (1986), al referirse a la importancia de las entrevistas preliminares, no sólo destaca la necesidad de hacer un diagnóstico junto con un juicio de analizabilidad del aspirante a paciente, sino también la tensión que existe entre la instalación de la transferencia y dichas evaluaciones, unidas a la decisión del analista de aceptar a este sujeto en particular como su paciente. En este sentido plantea que, más allá de las cuestiones relacionadas con la estructura, neurótica o psicótica, el analista debe esforzarse por determinar, a partir de lo que puede observar del paciente, si el análisis podrá sacar a la luz en su caso el conflicto inconsciente que está en la base de su sufrimiento psíquico y si él podrá beneficiarse de esa iluminación, algo que va más allá de la estructura. Pero, además, el analista podría decidir que aun cuando el paciente esté capacitado para llevar adelante un trabajo analítico exitoso, él mismo no se siente en condiciones de acompañarlo en ese trabajo, por las razones que fuera. Esta tensión puede desembocar en dos grandes tipos de errores: uno es prolongar demasiado las entrevistas preliminares, permitiendo la instalación de la transferencia aún antes de haber tomado una decisión y el otro, por el contrario, es iniciar una relación analítica apresuradamente.

Siguiendo a Nasio (1996), la tercera fase es la *de la transferencia*, que es el momento más fecundo y a la vez más doloroso, donde se sufre decepción y la demanda de amor se transforma en demanda pasional. En esta instancia, el goce habita al núcleo del yo y surge la demanda más pura que representa a la pulsión reprimida. El analista va a ocupar el lugar de objeto de ese núcleo. Desde Freud (1913) se sabe que, para comenzar a comunicarle al paciente el significado secreto de lo que está comentando en la sesión, es decir para recurrir a la interpretación, es imprescindible que se haya establecido una transferencia operativa. Esto es definido por él como el primer objetivo del tratamiento. Si el analista se apresura en traducir los síntomas, el paciente no estará en condiciones de entenderlo y no podrá aprovecharse de lo dicho. Para llegar a la meta de sanar necesita dos cosas, que las obtendrá mediante el tratamiento: una es el desconocimiento de los caminos a recorrer y otra es la cantidad de energía necesaria para enfrentar a la resistencia. Esta última es movilizada por la transferencia y mediante las comunicaciones del analista descubrirá los caminos que debe transitar la energía.

La cuarta es la *fase de la interpretación*, es el análisis de la sugestión y de la transferencia. Nasio (1996) propone como forma de definir qué es una interpretación un criterio pragmático. Fundamentalmente, dice, la interpretación es la única intervención del analista que puede generar un cambio estructural en el analizado. En esto se diferencia de los múltiples señalamientos, preguntas, puntuaciones en el relato, deducciones y conclusiones del analista, e incluso de sus reconstrucciones de la historia del analizado. La interpretación puede tener la forma de cualquiera de las intervenciones citadas, pero lo que la define es el efecto que tiene sobre éste, es decir, lo que distingue a la interpretación es su valor significativo. Es necesario tener en cuenta dos clases de características: las que marcan en el analista el momento para interpretar y por otro lado, cómo recibe el analizado esta interpretación, que puede ser emitida como enunciados cortos, con unas pocas palabras (como máximo diez), como frases bien delimitadas y concretas. En general las interpretaciones surgen a partir de algún significativo extraído del discurso del analizado y muy pocas veces no tienen conexión con el material aportado por el paciente. Estas pueden estar relacionadas con alguna hipótesis del analista, sin embargo no se proponen como tales, sino que son enunciados impersonales, en los cuales no se utiliza el yo antecediendo a lo por decir; el analista las pronuncia sin saber y el analizado espera esas palabras. Cuando la interpretación produce el impacto esperado, el analizado responderá con el silencio. Nasio (1996) cita a

Theodor Reik quien afirma que la sorpresa, el silencio marca un shock que expresa por un lado, la repulsión frente a lo desconocido y por otro, el gran placer de encontrar lo conocido, pero esta vez dicho por alguien que es extranjero. La sorpresa es encontrar lo antiguo en lo nuevo. El paciente reconoce en las palabras del analista que hay una parte reprimida de sí mismo. Es bastante habitual que los analizados después de la interpretación permanezcan en silencio y que el comentario siguiente sea que *nunca lo pensó* así. La interpretación es la expresión más importante de que hay un lazo transferencial.

Así como es necesario esperar a la instalación de la transferencia para realizar las primeras interpretaciones, la evolución de éstas, entendidas como intervenciones capaces de generar cambios a nivel de las estructuras (Nasio, 1996), dependerá de la resolución de las perturbaciones propias de su aparición, siguiendo lo que puede llamarse una serie de resistencias transferenciales (Vildoso, 2019). Esto plantea la cuestión de la evolución de la transferencia a lo largo del proceso analítico.

Álvarez (2012) sostiene que el trabajo del analista durante toda la terapia será informar al enfermo de que lo que está actuando sobre él, es lo reprimido inconsciente, es decir que el analista interpretará la transferencia y, de esta manera, el paciente dará otro destino a la pulsión. Esto está de acuerdo con lo que el propio Freud (1914b) plantea sobre el trabajo terapéutico, reconducir lo que el paciente presenta como una actuación que pretende ser válida en el presente y que vive como algo real y objetivo, al pasado desde el cual proviene, aprovechando que aquello que se repite es lo que ya se ha abierto paso desde lo inconsciente hacia lo manifiesto. Este es el significado de lo que luego va a denominar *manejo de la transferencia*, que consiste justamente en servirse de ella como eje del análisis para avanzar en el camino de la cura. Por su parte, Nasio (1996) dice que el analista trabaja con su inconsciente, dirige y conduce la cura que define como el camino que transitan el analista y el analizante; y en ese camino hay momentos de ruptura que denomina experiencia.

Tempranamente, Freud (1905) plantea la importancia de superar la transferencia para arribar al final del análisis, aun cuando no lo haga utilizando este término. Literalmente, lo que dice es que aún en aquellos casos en que los síntomas no desaparecen a pesar del arduo trabajo de análisis, ellos finalmente lo hacen cuando se han disuelto los vínculos con el médico, enfatizando que la persona del médico es un factor que puede causar una dilación en la cura. Posteriormente, Freud (1916) va a describir esto como la acción de *desmontar la*

transferecia, lo que concretamente consistiría en llevar la relación analítica más allá de la fantasía que se juega en la transferencia.

3.2 Narcisismo y transferencia

Braier (2000) a partir de su experiencia en la clínica psicoanalítica actual refiere que, con frecuencia, los sujetos presentan características acordes con una patología narcisista. Arriba a esta conclusión sobre la base de muchos casos analizados en los que se observa una estructura narcisista que coexiste con la edípica e incluso, en algunos casos y en determinadas circunstancias, es preponderante en el funcionamiento psíquico. Cita como ejemplo las patologías borderline, los trastornos narcisísticos no psicóticos, las psicosis y las adicciones, a las cuales les atribuye fijaciones narcisistas originarias. Estos aspectos deben ser analizados durante el transcurso de la cura para llegar a las causas que originan estos padecimientos y promover los cambios estructurales. La estructura narcisista también está presente en los neuróticos y tiene que ver con el narcisismo primario, por eso aparecen elementos como la presencia marcada del yo ideal, la desmentida, además de ser territorio fértil para que se produzcan los *fenómenos del doble y de lo siniestro* a los cuales se refiere Freud (1919).

Braier (2000) refiere que, frente a la diversidad de patologías, el analista puede asumir dos posiciones, una es tomar en análisis sólo aquellos consultantes que son pasibles de ser analizados y la segunda, que es la más audaz y creativa, consiste en ampliar el campo de psicoanálisis adaptando el encuadre y el modo de interpretar a cada caso. Es esta segunda opción la que mantiene vigente al psicoanálisis y se puede tomar como ejemplo la inclusión de las patologías narcisistas. La clínica, entonces, como el saber y la experiencia puestos al servicio de aliviar el sufrimiento del sujeto, asume frente a estas patologías el desafío de construir una historia transferencial que, partiendo del presente, promueva una proyección histórica hacia el futuro. Partiendo de las inscripciones del pasado, y con el trabajo realizado entre el paciente y el analista, se promoverán nuevas simbolizaciones que habiliten esa proyección.

Braier (2000) también halla una relación de este tipo de patologías con los traumas psíquicos, retomando a Freud (1920) en *Más allá del principio del placer*, texto en el que dice que los traumas infantiles, por la compulsión a la repetición están presentes en la transferencia y son tributarios de la pulsión de muerte. A partir de esta última se explica la existencia de una

tendencia a volver a lo inanimado y es posible plantear un vínculo entre la repetición de situaciones dolorosas y las *heridas narcisistas*, por fijación al trauma que debe ser elaborado por el sujeto. Acerca de esto, Braier (2000) cita a Baranger para definir a la herida narcisista como todo lo que disminuye la autoestima del Yo o el sentimiento de ser amado. También el autor refiere que Green, al hablar de los narcisistas, los define como sujetos carenciados y lastimados y agrega que, a veces, sufren por la falta de amor de ambos padres. Otra característica a tener en cuenta en los pacientes con neurosis narcisistas, es el odio reactivo a los progenitores, sobre todo hacia la madre, que suele aparecer con cierta frecuencia como consecuencia del sentimiento de abandono que padecieron en los primeros años de vida. Por último, Braier (2000) destaca la presencia de fuertes tendencias autodestructivas relacionadas con identificaciones narcisistas que dieron lugar a la constitución de un *yo ideal letal* con mandatos de fracaso, ruina, enfermedad y muerte.

Desde la perspectiva técnica, este autor plantea que lo que aparece es el trauma precoz y la respuesta defensiva ante la amenaza de reactivación del mismo. En el transcurso del análisis resulta necesario abordar estas ofensas narcisistas que se repiten en la transferencia y, al mismo tiempo, historizarlas. En la repetición transferencial, el sujeto vuelve a sentirse injuriado, mal tratado y abandonado por el analista, ante lo cual puede reaccionar con desinterés y/o rechazo. Frente a esta situación se puede apelar a la interpretación de la transferencia y a las construcciones que implican una nueva forma de historización o reconstrucción del pasado del paciente, tanto bajo la forma de un discurso como sin palabras, en una historia que se va a repetir en la transferencia, hasta que a través de la repetición o de otros indicios como los contenidos oníricos, esa historia sea reconocida por el analista y el analizado. Todo esto se manifestará mediante contenidos desfigurados y solo susceptibles de construcciones, pero a través de estas construcciones el paciente podrá salir del círculo de la repetición, ubicar espacio – temporalmente aquellas experiencias dolorosas que se le imponían de manera inconsciente y así abordar su futuro. Junto a esto, se modificarán las defensas rígidas que obstaculizaban sus cambios.

La importancia de la historización en las patologías narcisistas está atravesada, justamente, por las características particulares del momento histórico. Si la clínica actual tiene que articular el presente del paciente con su pasado, esta tarea debe considerar las cuestiones que el tiempo histórico impone a la práctica psicoanalítica. Al respecto, Hornstein (2018) sostiene que a la modernidad se la podría denominar *tiempos utópicos* porque se creía

fuertemente en el progreso y en la victoria final. En la postmodernidad cambia el paradigma, ya no se cree en la tradición y las costumbres, y mientras antes se construían objetos duraderos, ahora todo es descartable. La metáfora de la modernidad era la del hombre como un peregrino sobre la Tierra, mientras que en la postmodernidad, donde la estrategia es evitar los compromisos a largo plazo y se vive en un presente continuo, las metáforas serían las del paseante, el vagabundo, el turista y el jugador. Todas éstas privilegian la autonomía en detrimento de las responsabilidades. Frente a este panorama, la cura psicoanalítica propone como objetivo que el sujeto invista narcisísticamente, tanto su presente como su futuro, valorando los cambios y aceptando que en el devenir va a persistir, pero siendo otro, distinto al que era. En este sentido, la alteridad refiere a los vínculos poco impregnados por el narcisismo; y para que devenga otro, en el sujeto deben coexistir los vínculos narcisistas y los actuales. Así se diferencia presente y pasado y se podrá investir el futuro.

3.2.1 Narcisismo primario y secundario

Freud (1914c) a partir del análisis de las neurosis de transferencia, divide las pulsiones en pulsiones sexuales y pulsiones yoicas. Las investiduras energéticas de los objetos sexuales las llama libido y a las otras, interés. Haciendo la historia del desarrollo de las pulsiones sexuales, va a encontrar que al comienzo ellas se satisfacen en el propio cuerpo (autoerotismo) para luego dirigirse hacia el propio yo como objeto; esto es el estadio narcisista de la libido. Laplanche y Pontalis (2007) refieren que para Freud el narcisismo primario es el momento en que el niño se toma a sí mismo como objeto de amor, siendo que para él aún no existen los objetos externos. Esta etapa se ubica entonces entre el autoerotismo primitivo y el amor de objeto, caracterizándose por el predominio de la omnipotencia. Más tarde, Freud (1923) afirmará que el narcisismo primario corresponde al periodo anterior a la formación del yo y su modelo sería la vida intrauterina. De acuerdo con estos planteos, se podría caracterizar como una etapa de indiferenciación, en la cual no hay separación entre sujeto y mundo externo.

El narcisismo secundario se produce cuando ocurre un aumento excesivo de libido de objeto que se vuelve sobre el yo, reproduciendo en alguna medida las condiciones del narcisismo originario de la primera infancia, el menos en el sentido de la concentración de energía libidinal sobre el yo. Tanto en las enfermedades orgánicas como en el dormir se produce un retiro narcisista de la libido sobre la propia persona y esto cumple una función. Sin embargo, el aumento excesivo de libido en el yo produce displacer y finalmente, va a

decir Freud (1914c) hay que comenzar a amar para no enfermarse. En el caso de la neurosis de transferencia la libido liberada se une a los objetos de la fantasía, es la introversión que produce angustia y que mediante la elaboración psíquica (conversión, formación reactiva, fobia) puede revelarse (Freud, 1914c).

3.2.2 *Neurosis narcisistas*

A partir del concepto de libido yoica, Freud (1914c) dice que pudo comprender la dinámica de las neurosis narcisistas. Para lograr esto se basa en el estudio de las perturbaciones y desorganizaciones del yo. Hasta ese momento estas neurosis eran tratadas con la misma técnica que las neurosis de transferencia; sin embargo, resultaba claro que sólo se podía avanzar hasta cierto punto en los tratamientos y luego, se chocaba con una resistencia infranqueable. Estos pacientes tampoco aportaban demasiado material, a menudo, las respuestas no tenían que ver con lo que se les preguntaba. Profundizando su búsqueda, Freud resuelve el enigma de las neurosis narcisistas concluyendo que la libido de objeto puede convertirse en libido yoica y que, al no poder regresar a los objetos, se convierte en patógena. Este proceso es similar al de la represión. La fijación decisiva que es la que determina la formación del síntoma, se sitúa probablemente en estas patologías en el estadio del narcisismo primitivo.

Bleichmar (1997), partiendo de la clínica refiere que lo específico del narcisismo es el *sistema de significaciones*, a partir de las cuales se organizan la actividad, el pensamiento, los sentimientos y los vínculos: todo se vive en función de la valoración del sujeto en cuanto a ser superior o inferior, comparándose con el ideal o con personas de su entorno. Según sea el balance de estas comparaciones, los trastornos narcisistas pueden ser de dos tipos: uno en que la autoestima esté aumentada y aparezcan manifestaciones de grandiosidad; el otro es el tipo en que el sujeto se siente muy inferior, inseguro en todo lo que realiza. El primer tipo se encuentra descrito en el DSM 5 (APA, 2013) como trastorno de personalidad narcisista, dentro del grupo de trastornos de personalidad, destacando el sentimiento de grandeza, el desprecio por los demás, la falta de empatía, agresividad, rivalidad, envidia y dificultades para depender de otro. El segundo tipo es descrito por la psicología del *self* y se destaca por la autoestima baja, sentimiento de inferioridad y dependencia de figuras que le manifiesten aprobación.

El narcisismo se le presenta a Freud multifacético; fase libidinal, aspecto de la vida amorosa, origen del ideal del yo, construcción del yo. En esa multiplicidad integra diversas

corrientes: la de la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros, la pretensión de dominar y negar la alteridad, el predominio de lo fantasmático sobre la realidad y otras. Por eso el término narcisismo tiene varios sentidos; por un lado, el que lo vincula con la indiscriminación entre el yo y el otro; por otro lado, el que refiere a la regulación del sentimiento de estima de sí, así como el interés exacerbado por la identidad. El narcisismo patológico consiste, más que en un exceso de amor propio, en su falta crónica y por ello, el narcisista realiza esfuerzos insaciables por sustituir el amor propio por la admiración externa. El déficit narcisista produce un yo amenazado por la desintegración, desvalorización o por una sensación de vacío interior. En el narcisismo patológico hay un interés exclusivo por uno mismo, mientras que en el narcisismo trófico ese interés está también dedicado a metas y actividades. Las actividades del narcisismo trófico conciernen a las ambiciones, los ideales, el compromiso con los objetos. Alcanzada cierta cohesión del yo y de la autoestima, el sujeto es libre de orientar su vida, no por motivos narcisistas sino por la realización de deseo (Hornstein, 2015).

Entre el objeto narcisista y el objetal existe toda una gama. La no discriminación entre objeto fantaseado y real puede deberse a que el objeto no es percibido como entidad separada y suple fallas estructurales, o porque es reconocido en su alteridad, aunque no cumpla funciones protésicas. La polisemia del término objeto refleja la diversidad de las relaciones con el otro. La investidura narcisista del otro es relativamente silenciosa en la neurosis y muy manifiesta en el narcisismo patológico. Se puede hablar de narcisismo expansivo y retraído, mientras que un sujeto puede pasar por distintos estados. En el caso del expansivo, ciertos vínculos compensan la fragilidad narcisista; mientras que en el retraído, predomina la distancia con el objeto y la negación de toda dependencia, como manifestación de una profunda aspiración a la autonomía. La necesidad de crear sustitutos simbólicos compensa fallas primitivas de protección mediante la creación de relaciones de objetos narcisistas; el yo es alimentado por los otros, ya sea porque se encuentra o porque no está. En esta clínica, las pérdidas son consideradas heridas narcisísticas (Hornstein, 2015).

Freud (1914c) también se ocupa de los melancólicos en los cuales destaca sus autorreproches muy crueles, que en realidad están dirigidos a otro, pero al retirar la libido del objeto efectúa un proceso de identificación narcisista a través del cual, ubica el objeto en su propio yo. Bleuler destacó que los melancólicos, tantos como otros que padecen afecciones

narcisistas presentan un rasgo en su vida afectiva que denomina ambivalencia; es decir que el mismo objeto recibe tantos sentimientos de ternura como de hostilidad.

3.2.3 Particularidades de la transferencia en las afecciones narcisistas

Llevando hasta sus últimas consecuencias la distinción entre neurosis de transferencia y neurosis narcisista planteada por Freud (1914c), solamente las primeras podrían ser tratadas exitosamente por medio del psicoanálisis, si se acepta que la transferencia es imprescindible, tanto como motor como en su carácter de obstáculo al que dar batalla. Es en este sentido que Green (1986) sostiene que Freud, con el descubrimiento del narcisismo, alcanza una explicación de la causa por la cual algunos pacientes no podían acceder al psicoanálisis: al retirar la libido de los objetos resultaba imposible que los pacientes con patologías narcisistas establecieran la transferencia. El resultado, en términos del trabajo analítico, de que no hagan transferencia e ignoren al analista es la total imposibilidad de que se produzca la neurosis de transferencia, esa enfermedad artificial que se juega en el dispositivo analítico. Además, aunque los narcisistas son sujetos vulnerables, profundamente lastimados y cuyas heridas narcisistas no fueron sanadas (heridas que muchas veces se deben a ambos padres), irritan al analista, provocando notables movimientos contratransferenciales, porque a cada paso manifiestan que su único objeto de deseo son ellos mismos.

Vega (2016) enumera cuatro tipos de intervenciones del analista en relación con los problemas de transferencia en las patologías narcisistas que se definen por la posición del analista. En primer lugar, estaría el lugar del analista como *testigo* del despliegue narcisista, de las manifestaciones de omnipotencia y grandiosidad del narcisismo; luego se daría el lugar del analista como *juez*, interviniendo en el conflicto entre el narcisista y un otro para definir quién es el verdaderamente valioso; el lugar del *ideal* es muy común en el caso de los narcisistas que eligen a su analista por el prestigio y reconocimiento, en este caso ellos se adhieren a estos por identificación, como si dijeran *soy su paciente porque yo también soy un genio*. Pero también puede ocurrir lo contrario, es decir que el analista pase a ocupar para el narcisista el lugar del *otro denigrado*, reservándose para sí mismo el lugar de superior. Finalmente, el analista puede ocupar el lugar de *perseguidor*, cuando aparece como representante de la realidad y en oposición directa con el mecanismo de la desmentida, por el cual el narcisista defiende la vigencia de su ideal. Esto es probable que provoque en él sentimientos de hostilidad, evolucionando hacia una transferencia negativa. Las dificultades que deparan todas estas alternativas en cuanto al lugar en el que el narcisista pone al analista

requieren que éste sea muy cuidadoso con las interpretaciones, metacomunicando antes de interpretar, es decir preparando el contexto en el cual se va a producir la interpretación para que el paciente interprete lo dicho de una manera particular, que evite las dos respuestas extremas en este tipo de patologías, que serían la furia narcisista desatada y el colapso paranoico o melancólico. La mayor probabilidad de que la reacción se de en uno u otro sentido se relaciona con la distinción entre narcisismo grandioso y narcisismo vulnerable, o también conocidos como *narcisismo de piel gruesa* y *narcisismo de piel fina* (Rosenfeld, 1987, como se cita en Eidlin & Bernardi, 2014). El primer tipo está integrado por los pacientes más típicamente identificables como narcisistas, en los que predominan los sentimientos de grandiosidad y el exhibicionismo y que tienden a desarrollar una transferencia negativa en términos de desvalorización del analista y del trabajo de análisis. El segundo tipo, en cambio, es el de los pacientes frágiles, que se sienten heridos con mucha facilidad y no parecen capaces de enfrentarse al fracaso.

Schkolnik (2003) sostiene que estas actitudes, destructivas o autodestructivas, que surgen como manifestaciones de una transferencia negativa, son frecuentes en los análisis de pacientes con patologías narcisistas; destacando que no sólo representan un obstáculo desde el punto de vista del trabajo analítico, sino que más de una vez llevan a su interrupción, cuando se transforman en una reacción terapéutica negativa descargando su poder destructivo sobre la persona del analista y sobre el propio proceso analítico. Por otra parte, aclara que no siempre la transferencia negativa se desarrolla de esta manera, sino que en más de una ocasión ocurre que el enojo o los reproches al analista se expresan verbalmente y esto permite llevar a cabo el trabajo de análisis. Incluso algunas actuaciones, en el marco de una fuerte transferencia negativa, pueden servir para sacar al paciente del círculo de la repetición si el analista es capaz de manejarse cuidadosamente en el límite de lo transferencial con un gran compromiso de su parte en lo que refiere a la contratransferencia.

Por su parte, Bleichmar (1997) propone algunas recomendaciones para el trabajo con estos pacientes, en relación con su dificultad para asociar y la posición del analista frente a ella. En primer lugar, sostiene que el analista silencioso tiende a favorecer la compulsión a la repetición, dejando al paciente sometido a su mundo interno, en el cual tiene una fuerte presencia el discurso de los padres (Bleichmar, 1994). Además añade que es contradictorio que aquellos analistas que sostienen que el padre debe cumplir con la interdicción en el vínculo madre – hijo para que éste no quede sometido a la *madre fálica*, al mismo tiempo

recurran al silencio con estos pacientes, sin darse cuenta de que su silencio es similar al del padre que no cumple con su función. Por último refiere que la escansión, puede ser vivida como un corte arbitrario y una expresión de autoritarismo, similar a la madre fálica que aplica la ley según su parecer.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

Cualitativo. Descriptivo de un caso único.

4.2 Participantes

El psicoanalista y la paciente llevan a cabo el tratamiento en la institución donde se realiza la práctica. La frecuencia de sesiones es semanal y con una duración aproximada de 50 minutos.

El terapeuta integra desde hace cuatro años el equipo de profesionales que desarrollan actividades académicas y asistenciales en la institución. Tiene 35 años y su formación psicoanalítica es freudiano - lacaniana. Aceptó participar de entrevistas para recabar información acerca del material clínico al cual se aplicaron los conceptos teóricos elegidos y propuestos en los objetivos del presente trabajo.

La paciente de 53 años, llegó a la consulta refiriendo que padece un dolor persistente desde hace ya varios años. Los síntomas que evocaba en el momento de su primera entrevista fueron desgano, un cuadro depresivo agudo y una soledad difícil de acarrear. Es soltera, vive con su madre de 87 años, enferma, que depende de alguna persona que la atienda en sus necesidades básicas y la paciente renunció a su trabajo para hacerse cargo de la atención de su madre. El padre falleció cuando ella tenía 4 años, tiene dos hermanos varones, mayores que ella, con los cuales no se vincula.

Presenta trastornos del sueño y se automedica con clonazepam. Tenía dos perros, uno de los cuales falleció y se observa que su trato hacia los animales es mejor que el trato que da a las personas. Carece de amistades y de vida social.

4.3 Instrumentos

- Síntesis del caso clínico que consta de los datos relevantes de la historia clínica confeccionada por el terapeuta y una viñeta sobre el desarrollo del tratamiento.
- Observación no participante a las clases y supervisiones de los posgrados de Psicoanálisis con especificidad en Clínica de Adultos y Psicoanálisis con especificidad

en Patologías del Narcisismo, los cuales se llevaron a cabo con modalidad online, mediante la plataforma zoom.

• Entrevistas semi-dirigidas al analista, realizadas a través de video-llamadas, con el fin de profundizar información acerca de aspectos del tratamiento y cuyos ejes principales fueron:

- El motivo de consulta y cómo expresa el malestar psíquico que la conduce a realizar la consulta.
- Antecedentes de tratamientos psicopatológicos, duración y tipo de cierre.
- Cómo acordó el inicio de tratamiento y el encuadre a utilizar.
- Diagnóstico presuntivo al que se llega después de las primeras entrevistas.
- Aspecto físico, discurso y comportamiento.
- Estructura familiar y vínculos.
- Cómo es la transferencia al inicio del tratamiento y si se va modificando.
- Que intervenciones del analista impactan más en la subjetividad de la paciente y si estas intervenciones modificaron la transferencia.
- Qué cambios se observan en la posición del analista como consecuencia del tipo de transferencia.
- Cumplimiento del encuadre y compromiso con el tratamiento.

4.4 Procedimiento

Se extrajeron los datos significativos de la historia clínica de la paciente y de la descripción del análisis incluida en la viñeta sintética que acompañaba a dicho documento. Además, se complementó esta información con aportes proporcionados por el psicoanalista en la primera entrevista que se le realizó.

Se llevaron a cabo tres entrevistas semi-dirigidas online al terapeuta a cargo del tratamiento con una duración promedio de 40 minutos.

A partir de las notas tomadas durante la observación no participante de las supervisiones y de las clases que forman parte de los posgrados de Psicoanálisis con especificidad en Clínica de Adultos y Psicoanálisis con especificidad en Patologías del Narcisismo. Las mismas se llevaron a cabo de manera online y tuvieron una frecuencia semanal de 3 horas. A partir de este material se obtuvo información teórica y clínica que luego

fue aplicada al Trabajo Final Integrador (TFI) como complemento del resto de los materiales detallados anteriormente.

5 Desarrollo

5.1 Analizar el tipo de transferencia que se establece al inicio del tratamiento a partir de la demanda de la paciente.

Este apartado se desarrollará a partir del análisis de un caso clínico proporcionado por un psicoanalista perteneciente a la institución donde se realizó la Práctica Profesional. En relación al primer objetivo planteado para este trabajo, la instalación de la transferencia y la demanda de análisis de la paciente sucedieron varias sesiones después de la primera entrevista, involucrando lo que Freud (1913) llama entrevistas preliminares y Aulagnier (1986), considera útiles tanto para efectuar un diagnóstico, como para determinar si el consultante es analizable.

En el caso analizado, el psicoanalista refiere que la paciente, una mujer de 53 años, llegó a la consulta quejándose de un dolor que venía sufriendo desde hace varios años, pero que, según le dijera, en este último tiempo se veía agravado por lo que aparentaba ser un cuadro depresivo, caracterizado por un profundo desgano y un sentimiento de soledad que, de acuerdo a lo que cuenta ella misma en la primera entrevista, le estaría resultando difícil sobrellevar. La soledad se habría agravado en el último tiempo debido a la falta de interacciones sociales derivadas de la pérdida de su trabajo, cuestión que va a ocupar un lugar importante en estas primeras entrevistas, según lo que figura en la viñeta que sintetiza el caso. De acuerdo con el analista, la paciente cuenta que, luego de haber trabajado durante 11 años en el área administrativa de una importante y reconocida empresa de medicina prepaga, renunció a su trabajo debido a las obligaciones derivadas del cuidado de su madre, que vive con ella. En estas primeras entrevistas, refiere el analista, además de ésta, que sería la causa principal, María Esther menciona algunas cuestiones que no la habrían hecho sentir cómoda en su trabajo. Habla de la relación con sus compañeras de trabajo, en particular con una de ellas que, según cuenta, siempre le estaba coqueteando al jefe de ambas para obtener beneficios, inmerecidos, por sobre ella. Se queja entonces de que, trabajando igual o más que sus compañeras, no era “reconocida” en ese trabajo, lo que le generaba “mucho bronca” porque lo consideraba injusto, un trato desigual. A pesar de este sentimiento, la paciente no había planteado nunca este problema en el trabajo ni buscado una forma de enfrentarlo, sino

que en los últimos años había empezado a disminuir su dedicación al trabajo, ausentándose varias veces y solicitando licencias por sus inconvenientes personales. En esta descripción que el analista hace de la queja que trae la paciente a la primera consulta, y que ocupa todavía alguna entrevista más, se observan varias cuestiones que conformarían el malestar de María Esther: sus dolores físicos, el desgano, el peso de los sentimientos de soledad, como síntomas que se destacan, pero también, y en relación con esto último, ciertos problemas en su relación con otros en el ámbito laboral que le generan otros sentimientos negativos, que están más cerca de la ira que de la tristeza y que se justifican por la falta de reconocimiento hacia ella y lo que califica como un trato desigual. Hasta aquí, no se observa con claridad ese primer paso de un análisis que, según Lacan (1957-58), es la demanda. Para que este primer movimiento suceda y el analista pueda comenzar a conducir la cura hasta la instalación de la transferencia es necesario que todos esos componentes del malestar se expresen más claramente como una demanda de análisis; y esto supone un cierto posicionamiento de la paciente con respecto a lo que dice, lo que Miller (1997) denomina localización subjetiva.

En relación con esto, hay algo que en la descripción anterior no aparece como un problema, sino como la justificación de la renuncia a su empleo, pero que va a dar lugar a la demanda: el lugar que la madre ocupa en su vida. De acuerdo con lo que relata el analista, el cuidado de su madre es algo “impostergable” para María Esther, al punto que, según ella afirma, fue por la salud de su madre que decidió renunciar al trabajo. El analista destaca una frase de la paciente según la cual “la vida de ella estaba en mis manos”. En realidad, según figura en la viñeta del caso, la paciente tiene dos hermanos mayores que ella que también podrían asumir cierta responsabilidad con respecto al cuidado de la mujer, pero ambos se alejaron de esta madre, por lo que la paciente dice: “Yo me tuve que hacer cargo de nuestra madre. Si no lo hago yo, ¿Quién lo hace?” Por otra parte, se puede ver en algunos comentarios que la relación con su madre no es muy buena; según el analista, la paciente dice que ella siempre fue muy estricta y nunca le reconoció sus esfuerzos. Es el mismo analista el que destaca esta palabra, el reconocimiento, vinculándola con la experiencia de la paciente en el trabajo en el que tampoco se sentía reconocida. Estas primeras puntuaciones en el discurso de la paciente, aunque todavía no se ofrecen como interpretaciones, forman parte de lo que Hornstein (2018) describe como un trabajo de reconstrucción a partir de la historia con la que la paciente llega a consulta, trabajo para el cual el analista tiene que organizar esa información fragmentaria poniendo en juego características propias, es decir valiéndose de la

contratransferencia. En este caso en particular, el analista empieza a pensar vínculos entre la queja por la falta de reconocimiento en el trabajo con la situación que María Esther vive en su propia casa con su madre. Estas primeras hipótesis, conjeturas a partir de lo que el analista puede observar en las entrevistas preliminares según Aulagnier (1986), van a permitirle a éste detectar los primeros indicios de la necesaria transferencia. Siguiendo a Feinsilber, (2015), con cada paciente se establece una transferencia que es particular y que requiere del analista un movimiento particular. En el caso de María Esther, la queja inicial, en donde se mezclan el dolor, el desgano y la sensación de soledad, podría ser vista por un analista como carente de las condiciones para constituir una demanda de análisis; en estas situaciones, Braier (2000) sostiene que es el analista quien decide si acepta a un paciente aún sin tener definido que es posible de ser analizado. En este caso en particular, el analista cuenta que se propuso construir, a partir del material aportado por la paciente, una historia que le permita a ella posicionarse con respecto a todo eso que le pasaba, provocando la instalación de la transferencia. Para eso, según dice, las interpretaciones debieron esperar y el trabajo transcurrió por incentivar a la paciente para que elabore una narración, más allá de las asociaciones que pudiera hacer.

En estas primeras entrevistas, que corresponden a la fase de *rectificación subjetiva* de acuerdo con Nasio (1996), el analista intenta establecer una relación entre los síntomas de la paciente y la demanda de análisis. De acuerdo con este autor lo que debe hacer el analista es lograr que el paciente se repositone con respecto a su sufrimiento. En el caso del análisis de María Esther, el analista cuenta que su estrategia fue el hacer lugar a una parte de la historia, la que tiene que ver con la relación con su madre y con lo que ella implica para la posibilidad del despliegue del deseo dirigiendo el discurso hacia allí, más que a los problemas que formaban parte de la queja inicial. “Me interesaba que me hablara más de lo que ella sentía y tenía para decir con respecto a lo que era su vida en ese momento, con la madre, y a lo que podría ser”. Esta dirección de la forma en que la paciente construye su historia en el marco del análisis, recuerda a la advertencia que Bleichmar (1994) hace respecto del analista silencioso en el caso de las patologías narcisistas, que tendería a favorecer la compulsión a la repetición, marcada fuertemente por el discurso de los padres, en este caso de la madre.

En esta reconstrucción, cuenta el analista que hay un episodio que la paciente va a relatarle unas sesiones después y que ya puede considerarse como parte de una relación transferencial. Según cuenta el analista, la paciente vivió con su madre toda su vida, aunque

en algún momento tuvo la posibilidad de formar una pareja e irse de la casa materna, no pudo hacerlo, y no solamente por el control que ejerce sobre ella la madre. Por esta razón, y en relación con lo que sería el posicionamiento de la paciente como sujeto frente a su sufrimiento, el analista destaca que María Esther no expresa únicamente su rencor para con su madre, aunque en más de una oportunidad haya dicho en sesión que es muy dura y que no le reconoce su esfuerzo; por el contrario, la paciente defiende a su madre y no deja de reprocharse a sí misma por no haber podido salir de la situación en la que todavía se encuentra. Con respecto a la madre, esto define una situación con cierta ambivalencia, algo característico, según Freud (1914c) en las relaciones que quienes padecen patologías narcisistas establecen con los objetos. El analista señala que hay que tener mucho cuidado con marcarle a la paciente alguna cuestión respecto de la actitud de su madre, porque para ella “es intocable” y está dispuesta a “saltar” si alguien dice algo sobre ella. Al respecto cuenta una anécdota traída a sesión por la paciente, en la cual se peleó con una amiga de toda la vida por esta razón y estuvo un tiempo sin hablarle. Dice el analista que “ni yo ni nadie puede decir nada de esa madre, incluyendo a sus hermanos. Ella siempre defiende a la madre”. Pero como contrapeso de esta defensa total de la madre, y como parte de la ambivalencia a la que se ha mencionado, María Esther llega en alguna sesión a plantear, aunque sea de manera indirecta, el obstáculo que ella representa para cumplir sus deseos. Por ejemplo, dice el analista que cuando le habló de ese novio que tuvo y con el que cortó para no dejar a su madre, se preocupa por aclararle que ella estaba bien con él, “pero no quería nada más”. Aunque, cuando se pone a pensar en el futuro, fantasea con las cosas que podría llegar a hacer cuando la madre no esté más. “Es muy notable, porque me habla de que va a vender la casa en cuanto pueda hacerlo y que se va a ir a otro lugar a vivir, pero ni siquiera me habla de la muerte de la madre, porque también sabe que va a ser un gran problema. Es como si deseara en algún lugar la muerte de la madre, pero no puede decirlo”. A esta altura, cuando ya el inconsciente de la paciente se abre de manera que pueda aflorar la fantasía, el análisis se encuentra en plena transferencia; pero, entre los primeros intentos del analista para que la paciente fuera más allá de la queja e intentara tomar una cierta posición con respecto a su historia, hasta este punto en el que puede expresar, aunque sea a medias, sus fantasías, se fueron dando algunos pasos que marcaron la instalación de la transferencia.

Un paso importante aparece relacionado con otro elemento de la historia de la paciente que va a formar parte de la demanda de análisis, es la relación de María Esther con su padre.

En la viñeta del caso figura que el padre falleció cuando ella tenía 4 o 5 años. Debido a esto podría pensarse que son pocos los recuerdos directos que ella tiene de él y que la imagen paterna es reconstruida a partir de los relatos de su madre y de familiares, quienes por otra parte le han dicho, según cuenta el analista, que se parece mucho a él. A pesar de esto, el analista destaca que en una oportunidad, relacionándolo con el encuentro casual con un vecino que le mencionó a su padre, María Esther le contó que recordaba la imagen de su padre llegando del trabajo y a ella abrazándolo. De acuerdo con el profesional, esa fue una sesión en la que se logró una apertura de la paciente y a partir de allí ella comenzó a hablar más del padre. La puesta en palabras de la relación con ese padre presente/ausente por parte de María Esther es algo que el analista procuró, sabiendo que la transferencia está fundamentalmente vinculada con imagos de la infancia y, especialmente, con la imago del padre (Freud, 1912). En la entrevista el analista dice que la paciente no ha elaborado completamente el duelo por ese padre y que él consideró desde el inicio que había algo allí que debía ser traído a la luz. En sus propias palabras “es un padre que tiene muy presente, pero en la construcción de un padre que pudo ser”.

A partir de ese momento que relata el analista se puede detectar la instalación de una transferencia positiva. Hay dos hechos que sirven para confirmar esta relación transferencial, uno es que a partir de esta sesión, el vínculo con el analista va a servir como motor para el trabajo analítico al hacer que la paciente se conecte más con la reelaboración de su historia y con la asociación libre (Freud, 1913). Además, y en lo que podría considerarse una forma de actuar en el marco de la transferencia, al estilo del *agieren* propuesto por Freud (1905) la paciente le manda un mensaje al analista sobre la próxima sesión y le adjuntó algo relacionado con el duelo, tema del cual habían hablado al recordar al padre. El analista le respondió el mensaje en cuanto a la sesión, pero no hizo ninguna alusión a la cuestión del duelo. En la sesión siguiente la paciente introduce en su discurso una mención a su psiquiatra, diciendo que cada tanto le manda mensajes contándole cómo se siente, pero que ella no le contesta o lo hace de manera muy fría, para cambiar inmediatamente de tono y actitud y decirle: “Como el otro día que te envíe un WhatsApp y no me lo contestaste”. Para el analista hay aquí una clara muestra de esa forma de transferencia que describe Freud (1905; 1912) en la que el paciente actúa en lugar de recordar, repitiendo un clisé que constituye un modo de relacionarse. En el caso de María Esther éste está marcado por la herida narcisista que le genera todo aquello que aviva en ella sentimientos de pérdida, de abandono o de no

reconocimiento. Cuenta el analista que “Le expliqué que algunas veces la no respuesta podría ser un tipo de respuesta, pero que eso no significaba un rechazo necesariamente. Agregando que en muchas otras ocasiones había contestado a sus mensajes”. Su respuesta es explicada de la siguiente manera por él: “De esta forma hago ingresar a su discurso la posibilidad de un lazo transferencial (amor) que no aplique a la lógica todo/nada. Abandono, rechazo, falta de reconocimiento, fueron significantes que hasta el día de hoy están muy presentes en el decir de María Esther.”

Sintetizando lo que puede inferirse de la información brindada por el analista y por la viñeta que describe el caso, María Esther acude a consulta quejándose de múltiples fuentes de malestar, pero sin llegar a elaborar con todo eso una demanda de análisis. El analista decide encarar las entrevistas preliminares favoreciendo la reconstrucción de la historia de la paciente, no permaneciendo en silencio, sino orientando hacia ciertas cuestiones que detecta en esas primeras entrevistas. A partir de allí va guiando el trabajo permitiendo que la paciente tome una posición subjetiva frente a sus propios dichos, hasta el momento en que se produce una transferencia positiva que impulsa las asociaciones y la expresión de las fantasías de la paciente. A partir de este momento, toman más importancia las intervenciones que hará el analista para el manejo de la transferencia, para mantenerla en un registro que permita el trabajo analítico más allá de los cambios que pueda tener a lo largo del tiempo.

5.2 Analizar los cambios que se observan en la transferencia de la paciente durante el transcurso del tratamiento, teniendo en cuenta las intervenciones del analista

La cuestión de la relación de María Esther con su madre es el elemento que va a dar lugar a cambios en la transferencia que marcan el trabajo analítico. El analista cuenta que a partir de que la paciente pudo hablar sobre la relación con su madre, expresando toda la ambivalencia de la misma y algo de sus fantasías de libertad en el futuro, “algo se fue elaborando de a poco ahí”; y da un ejemplo de cambio notable, que podría interpretarse como un momento de ruptura o de experiencia, según Nasio (1996), en el camino que transitan juntos analista y paciente hacia la cura. Este momento es una sesión en la que la paciente le cuenta al analista, al principio con un tono de complicidad según su relato, que durante mucho tiempo ocultó su nombre. Para entender la importancia de esta anécdota es necesario saber que la paciente lleva el mismo nombre que su madre, según el analista por elección del fallecido padre de la paciente. Continúa diciendo que la paciente presenta como razón para

dicho ocultamiento que el nombre es de persona mayor y que sus compañeras en el colegio se burlaban de ella. La cuestión es que esto no es algo que se limitó a la infancia o adolescencia, sino que incluso en la adultez ella ocultaba su nombre, más aun, se hacía llamar Mariana. La expresión más extrema de este acto fue cuando sostuvo la mentira del nombre durante casi un año con un novio. “Estuvo un año ocultándole el nombre a alguien que quería fuera su pareja”, dice el analista, “eso no pasa simplemente porque el nombre no le gusta”. De acuerdo con su apreciación, hay algo muy conmocionante para la paciente en llevar el mismo nombre que su madre y, además, elegido por el padre. “Fijate que aquí, con un padre que no está desde que ella era muy chica, aparece el nombre de la madre, inscripto por el padre. Ella no puede separarse de eso. Son las dos una. Son las dos Esther”. Cuando esto surgió en sesión, el analista buscó dirigir la atención de la paciente hacia este pequeño detalle, que el nombre que estaba negando, hasta el punto de querer borrarlo del documento (en una sesión posterior la paciente le confesó a su analista que llegó a raspar la parte del nombre en el documento para cambiarlo y después se arrepintió), es el nombre de la madre. Aclara que no le dijo nada de esto de manera directa, porque considera que “Es algo que está constituido así durante toda una vida, no lo vamos a desarmar nosotros con una intervención, de la noche a la mañana”. En este sentido, lo que dice el analista corresponde a la advertencia de Nasio (1996) quien afirma que, aunque las interpretaciones se basan en hipótesis del analista, no deben ser presentadas como tales, sino como enunciados impersonales y teniendo cuidado en elegir el momento de comunicarlas de una manera sutil. Un punto en el discurso de la paciente en el que el analista va a encontrar la oportunidad de introducir una interpretación es cuando ella le aclara que el novio al que ella le mintió sobre su nombre durante un año, le dijo cuando se enteró de cuál era su verdadero nombre que le gustaba, que no entendía por qué a ella no le gustaba. “Entonces le pregunté con tono de curiosidad, por qué le parecía raro que no le disgustara el nombre. Ella se quedó sorprendida y no supo qué responder, estuvo en silencio unos segundos y dijo simplemente: 'no sé'. Es claro que ella estaba segura de que su nombre le generaría rechazo a este hombre, porque en algún lugar, para ella, con ese nombre no podía ser quien era. La idea que yo asocio ahí es la distancia con el nombre y lo que fue la madre en su vida”. El mismo Nasio (1996) menciona al silencio entre los efectos posibles de una interpretación correcta en el paciente, es decir aquella que produce el impacto esperado. En este caso la interpretación se sugiere a través de una pregunta con un tono determinado, que intenta que la paciente se cuestione la seguridad con la que piensa que su nombre no es

aceptable. Sobre el impacto de ésta y otras intervenciones del analista en la cuestión central de la relación con la madre y en particular con su nombre, éste asegura en la segunda entrevista que se le hizo y en la que se le pidieron más detalles sobre esta cuestión, que la paciente había logrado superar esta incomodidad tan fuerte con el hecho de llevar el nombre de su madre. “Ella considera que eso lo ha superado porque después en otros encuentros que ha tenido se ha presentado siempre con su nombre. Se pudo hacer cargo de su nombre. Se pudo mencionar por su propio nombre y distinguirse de la madre”.

Como manifestación de una transferencia positiva que se fue profundizando, el analista cuenta que hubo un cambio en la forma de expresarse de María Esther, más o menos a mitad del tratamiento, transcurridos unos cuatro o cinco meses. “Fue un cambio para ambos; algo de cuando se establece la transferencia y la paciente va sabiendo qué perfil de profesional soy yo, y yo voy sabiendo que tipo de paciente es ella. Ahí se va construyendo como un espacio muy particular que sucede solamente en esa relación. Y en ese traspaso ella pudo mostrar su humor y empezó a hacer bromas y contarme de las bromas que hacían con las amigas, cómo le sacaban el cuero a un flaco con el cual había salido. Hasta ese momento ella estuvo siempre como muy correcta, como que quería dar una imagen muy limpia de ella”. De acuerdo con este testimonio, el cambio que se produce para ambos con la apertura de María Esther marca lo que Nasio (1996) llama la fase *del comienzo* del análisis, donde prevalecerían la demanda de amor y la sugestión. La paciente se muestra más abiertamente, buscando la aceptación y complicidad del analista y así se abren las posibilidades para que éste intervenga, incluso a través de la sugestión. Este cambio se da dentro de lo que puede considerarse una transferencia positiva y lo que hace es aumentar el grado de apertura del inconsciente de la paciente.

Según el analista, un cambio importante en la transferencia se dio a partir de un hecho mencionado en el apartado anterior. Cuando ya se había establecido una buena transferencia positiva y María Esther estaba hablando en sesión de la relación con su madre y de la que no había podido tener con su padre, ocurrió lo del mensaje de WhatsApp. Analizando este hecho en relación con la transferencia el analista dice “Yo diría que hubo un proceso inicial donde se fue construyendo y estableciendo la transferencia y después, se jugó esta escena figurada en la que ella me cuenta primero la historia de su análisis anterior y después me lo trae a cuento porque no le respondí el mensaje ese día. Ahí es como que pasé a ocupar el lugar de los que no la reconocen, que empieza con la madre”. Esto podría dar lugar a una transferencia

negativa, marcada por sentimientos hostiles hacia el analista (Freud, 1912; 1914b), sin embargo, éste intervino para evitar que se diera así. “Hubo que hablar de lo transferencial en sesión, porque capté que había algo ahí que ella estaba reflatando, algo de su sentimiento de no ser correspondida, y que había que resolverlo en ese mismo momento. Después, al otro encuentro ya volvimos a estar como antes”. El “hablar de lo transferencial en sesión” corresponde a la indicación de interpretar la transferencia que Freud (1914b) ubica en un lugar preferencial del trabajo analítico. En relación con su propuesta, esta intervención es una forma de poner límites a la neurosis de transferencia, evitando que el paciente caiga en la compulsión a la repetición. Por otra parte, ésta puede ser vista en relación con lo que Braier (2000) plantea sobre ella en el caso de las neurosis narcisistas, considerándolas en relación con heridas narcisistas producto de situaciones dolorosas y traumáticas de la infancia que el paciente vuelve a vivir en la terapia, sintiéndose maltratado y abandonado por el analista. En el caso de María Esther se podría pensar que la temprana muerte del padre es un acontecimiento que produce una herida cuyos efectos se van a extender a su vida de adulta, reproduciéndose en la forma del no reconocimiento, del rechazo o del abandono, siempre como un sentimiento de la paciente. Frente a esto, la intervención del analista tiene el objetivo de cambiar ese sentimiento, en sus propias palabras “Quería dejarle claro que yo voy a estar, que puede haber veces en las que no le conteste, pero los miércoles a la tarde vamos a tener nuestro encuentro y yo voy a estar para ella en ese punto. Y lo tomé, porque no salió corriendo como en su terapia anterior”.

Otra cuestión que el analista pudo identificar en el marco de la transferencia como un clisé propio de la paciente es su tendencia al renunciamiento en circunstancias en las que se pone en juego algo propio de su vida, tendencia que contrasta fuertemente con otro patrón de signo contrario, su facilidad para enojarse y explotar en contextos en los que no parece ser tan importante lo que está en juego. Con respecto al primer tipo de patrón de estos dos extremos, el analista menciona el caso de su renuncia al trabajo, que considera en cierto sentido parecido a la relación que termina. En el caso del trabajo, después de 11 años en la empresa, María Esther decide irse sin reclamar nada cuando le llaman la atención por sus ausencias reiteradas para cuidar a su madre. “Ella podría haber esperado a que la echen y cobrar su indemnización”, dice el analista, “pero en algunas ocasiones es...muy impulsiva”. Aclara que esa impulsividad puede llevar a renunciar al trabajo o a una vida de pareja, así como a “reacciones alocadas”, de las que ofrece dos ejemplos relacionados con una perra que la

paciente adoptó y que murió después de unas semanas de enfermedad. El primero se dio cuando tuvo que dejar a la perra en la veterinaria y decidió ir a visitarla un fin de semana. La paciente le contó al analista que cuando llegó se encontró con que la habían dejado en un lugar oscuro y frío y que entonces se enojó mucho, insultó a la persona que estaba a cargo de la veterinaria y se llevó a la perra, que murió días después en su casa. Según el analista, para María Esther “nadie la iba a cuidar como ella”, algo que él relaciona con lo que la paciente dice sobre su madre y la posibilidad de que la cuide una enfermera u otra persona. El segundo episodio se dio en un comercio de su barrio, en donde se encontró con un vecino semanas después de la muerte de su perra. Este hombre le hizo un comentario sobre eso, sugiriendo que no tenía que darle tanta importancia y ella reaccionó muy mal, pegándole una cachetada. La paciente le mandó un mensaje inmediatamente al analista para contarle lo que había pasado, y en ese mensaje le transmitía su sorpresa frente a lo que había hecho y le decía que le daba mucha vergüenza. “En esa oportunidad, dice el analista, me limité a responderle para tranquilizarla y después en sesión vimos un poco esa cuestión de que ella cede en cosas como lo de la indemnización laboral y después se mete en disputas que no le dejan nada, pero muy sutilmente. Ella salta cuando algo realmente le molesta. Tiene una frase que es 'yo soy una polvorita, cuando algo me molesta explota'. Uno podría pensar entonces que lo relacionado con la madre, esa relación simbiótica, no le molesta de verdad. Pero es algo que no se le puede plantear en esos términos”. El analista sostiene que la interpretación puede llegar hasta ahí, hasta donde la paciente es capaz de comprender y sacar provecho. “Nuestra función no es dirigir la vida de los pacientes, esto te lo comento a vos pero no es algo de lo que uno aspiraría a revelarle a ella”. Una intervención como la mencionada por el analista respeta la regla de abstinencia, que según Pino y Epsztein (2009) es una forma de responder al cierre del inconsciente como una de las derivaciones posibles de la transferencia. No dirigir la vida de los pacientes, ni revelarles todo lo que se llega a percibir en su discurso es una forma de mantener la fuerza de la pulsión activa en el trabajo analítico, no respondiendo a la demanda.

Aunque la abstinencia y neutralidad necesarias en psicoanálisis se corresponden con esta afirmación del analista, la transferencia, como marco en el cual se dan las interpretaciones, implica para Lacan (1953) un llamado al Otro. Esto quiere decir que el paciente espera una respuesta y que tiene la esperanza de que el analista sea el instrumento de la verdad del inconsciente, es decir que asuma la posición de sujeto supuesto saber. En relación con esto, en otro momento de la entrevista el analista refiere una intervención en la

cual le sugiere a la paciente algo con respecto a su vida. “He llegado a decirle 'vos también tenés que construir tu lugar, no hace falta que tu madre no esté para que vos te vayas a vivir a otro lado', y ella me dice que sí, que está claro y lo toma, pero también me dice que es muy difícil, que le cuesta mucho, 'no sabes el carácter que tiene mi mamá'. Pero justamente el espacio se trata de eso, de que ella pueda ir construyendo un porvenir y tomando una distancia”. En este caso el analista va más allá de una interpretación de la transferencia y queda atrapado en la posición del saber, indicándole el camino a la paciente, al considerar que el sentido del análisis es que ella pueda aspirar a un futuro mejor que el presente de padecimiento que la trae hasta su consultorio. Otra forma de ver la intervención tan directa del analista es en función de la metáfora del amor, propuesta por Lacan (1961) en el seminario 8; desde esta perspectiva, lo que el analista estaría intentando es provocar el deseo en la paciente, a partir de una posición inicial en la cual es su deseo de analizar lo que la coloca a ella en el lugar del amado. Esto está de acuerdo con Braier (2000), quien considera que en los pacientes con patologías narcisistas la construcción de una nueva historia entre analista y analizado es lo que puede sacarlos de la repetición y permitirles que aborden su futuro. Una pista en este sentido lo da algo que el analista dice más adelante en la entrevista: “Por más que uno se lo señale y ella lo vea, no le puede decir que no (a la madre). Es uno mismo el que debe hacer el viraje por algún motivo y decir basta”. Si a través del trabajo analítico es posible lograr ese viraje al que se hace referencia aquí y que podría considerarse análogo al cambio estructural en el paciente que sugiere Nasio (1996) al definir lo que caracteriza a una verdadera interpretación, entonces dicho trabajo se revelaría eficaz, en tanto capaz de tocar algo a nivel de lo inconsciente.

Sin hacer una evaluación estricta de la eficacia, el analista considera que la paciente “toma” sus intervenciones, y le reconoció muchas veces que “esas cosas no me las había planteado nunca”, algo que Nasio (1996) señala como un indicador de que una intervención ha tenido su efecto y una manifestación importante del lazo transferencial. El analista completa la idea diciendo que la paciente le ha dicho en algunas ocasiones que le parecía muy buena su interpretación, pero advierte que este tipo de expresiones “hay que escucharlo y dejarlo, no dándole tanto lugar porque también es algo que dice ella como para halagar. Lo importante es que ella tiene una constancia en el tratamiento y lo valora y ahí está el mayor indicador transferencial”. Con respecto al impacto de las intervenciones, más allá de lo que implica el manejo de la transferencia, es decir en cuanto a la posibilidad de lograr este cambio

significativo en la vida de los pacientes, el analista se expresa con cautela: “Si yo, o cualquiera, supiera qué es lo que realmente funciona, por qué lado ir y en qué momento intervenir, sería muy fácil. La idea es que vayamos en cada encuentro acompañando un poco el relato de la paciente, pero generando algo de la novedad, alimentando la transferencia, pero acotando el goce que hay en la repetición, y así ir trabajando para aprovechar, cuando surja puntualmente, la oportunidad de hacer algo que genere más impacto”.

5.3 Analizar la posición del analista a lo largo del tratamiento y su relación con el vínculo transferencial.

En primer lugar, acerca de la posición del analista y el vínculo transferencial, el profesional dice en la entrevista que en el comienzo intentó utilizar la posición de sujeto supuesto saber para ir llevando el discurso de la paciente hacia lo que le concernía personalmente. “Al principio, como pasa muchas veces, ella venía a contar lo que estaba sufriendo en ese momento, pero como cosas que le pasaban. Uno, que se supone que está ahí porque sabe cómo ayudarla, escucha y va diciendo algo, preguntando sobre todo, para ver qué hay detrás de eso que la paciente trae”. Aquí el analista está adhiriendo a la propuesta de Lacan (1953), según la cual el analista tiene que tomar la posición de *sujeto supuesto saber* aunque sepa que no tiene el saber que la paciente le adjudica, para que pueda instalarse la transferencia.

En el caso de los pacientes que sufren alguna patología narcisista, se sabe que la misma se puede manifestar en una gama que va desde el narcisismo expansivo hasta el retraído, con consecuencias diferentes en lo que se refiere al vínculo transferencial. En el caso de María Esther sus expresiones se corresponden con este último tipo, mostrando al mismo tiempo un rechazo a toda forma de dependencia, como expresión de una aspiración a la autonomía, y una necesidad de compensar fallas originarias en la constitución psíquica a través de relaciones marcadas por una investidura narcisista de objeto, ya sea porque se encuentra o porque no está (Hornstein, 2015). Esto se expresa en la forma que toma el vínculo transferencial en el caso de esta paciente y en el lugar que se le otorga al analista. El mismo sostiene que la paciente es “muy verborragica” y que las sesiones tienden a durar más de lo estipulado: “por lo general yo me quedo un rato más de los 40 minutos, escuchando. Y ella cuando se pone a hablar, como que no tiene mucha referencia del tiempo, como que apenas da algún espacio para intervenir porque es muy verborrágica, mucha descarga, mucho hablar y

hablar”. Esta descripción se corresponde con lo que Vega (2016) presenta como posición de testigo del analista, en la cual éste sirve al despliegue narcisista. En el caso de un narcisismo retraído, como el de María Esther, dicho despliegue en el marco del dispositivo analítico funcionaría como una compensación con respecto a la falta de oportunidades para expresarse abiertamente en lo que es la vida cotidiana de la paciente. El analista es consciente de este lugar y considera que tiene su valor para la paciente. “Le doy mucho más tiempo a ella porque tiene para decir y porque creo que se hizo un espacio que lo aprovecha, que le sirve mucho como para descargar todo esto que transita, que le hace mal”.

Una vez establecido el vínculo transferencial, la posición del analista puede variar de acuerdo con las características del paciente y también con las del propio analista, especialmente a través de la influencia que éstas tengan sobre la transferencia y la contratransferencia. Lo que sería un error, según Lacan (1953-1954) es que esa posición implique un intercambio de ego a ego, a nivel imaginario, por el contrario, el trabajo del analista debe ser desde lo simbólico, en la medida en que el psicoanálisis es una experiencia fundamentalmente simbólica. Esto es lo que se observa en los dichos del analista acerca de algunas de sus intervenciones, como el caso en el que la paciente le reprocha el no haberle respondido un mensaje por WhatsApp. En principio esta forma de respuesta, que suele surgir en las patologías narcisistas en el marco de la transferencia (Braier, 2000), requiere ser abordada para evitar que el paciente derive hacia el rechazo o el desinterés por el análisis. Según se pudo observar en el apartado anterior, el analista intervino frente a la amenaza del cierre del inconsciente discutiendo lo transferencial en sesión, según sus propias palabras. Sobre el sentido de su intervención aclara que se trata de hacer entrar en el discurso de la paciente significantes que no estén sometidos a la lógica de todo o nada, resaltando que este tipo de significantes, como por ejemplo rechazo, falta de reconocimiento, son muy fuertes para María Esther y su presencia permanente hace necesario dar ingreso a la diferencia que nos trae el otro, pero no de una manera que remita linealmente a ese Otro primordial, una posición que en su opinión ocupa la madre de la paciente para ella. Al mismo tiempo que responde a la indicación de operar desde lo simbólico y no perderse en un intercambio de ego a ego, como habría sucedido si el analista se hubiera quedado en dar explicaciones de por qué no respondió el mensaje, en la explicación del analista se menciona la apelación al discurso del Otro como forma de hacer eficaz una interpretación, algo que Lacan (1964) destaca especialmente frente a la degradación que representa para él apelar a un discurso que busque

posicionar al sujeto en relación con la realidad. En cuanto al lugar del analista, este silenciamiento del ego para intervenir sólo a nivel simbólico, de los significantes, se relaciona con lo que Nasio (1996) plantea sobre esta cuestión, afirmando que el lugar del analista se constituye en una acción complementaria entre un analizado que habla de una manera determinada y un analista que hace silencio en sí.

Un hecho que se dio avanzado ya el análisis y que se relaciona con la posición de testigo del analista (Vega, 2016) es la adopción de una nueva mascota por parte de la paciente. De acuerdo con lo que cuenta el analista, ella había sufrido mucho por la muerte de su perra, que ocupaba un lugar muy importante en su vida, incluso la enterró en el jardín de la casa y durante un tiempo iba todos los días a hablarle. Cuenta el analista en la última entrevista que se le hizo que “ahora hace dos semanas llevó una perra y me mandó un mensaje de WhatsApp diciéndome: 'acá estoy con alguien' y reenviándome una foto. Había adoptado una perra nueva y me estaba mandando la foto para mostrarme lo contenta que estaba”. En cuanto al vínculo transferencial, este episodio es una muestra de que el testimonio que da el analista desde su posición de los cambios positivos de la paciente es algo que mantiene la transferencia positiva. Por otra parte, el mismo dice: “Esto te lo comento para ver el lado transferencial y también cómo los pacientes continúan afuera algo que se da en el espacio de la sesión. Después está en uno también darle un espacio o no a eso... y depende del paciente también, de cuán invasivo sea, hay que evitar que haya en esto una satisfacción que bloquee el cambio”. Esto último es una aclaración que se puede relacionar con el mandato de mantener el trabajo de análisis en el campo de lo simbólico, para lograr una modificación a nivel de la posición del sujeto respecto de ciertos significantes (Lacan, 1953-1954), tal como ocurrió con el incidente acerca del mensaje sobre el duelo. En la última entrevista, el analista se refiere directamente a la cuestión de evitar caer en la relación de ego a ego y de ofrecer satisfacciones sustitutivas. “Porque hay algo también que cuando uno sale de la facultad piensa mucho, esta distancia, esta relación de profesional y paciente, cómo manejarse, qué decir, si hablar, cómo saludar, para no confundir al paciente y quedar capturados en ese lugar del uno a uno. Que no piense que somos amigos. Con esta paciente yo lo que hago es no estar a plena disposición de ella, marcarle que me puede mandar un mensaje, que le puedo contestar algo, pero si ella tiene algún tema para hablar de verdad, bueno, lo hablaremos después en la sesión”

El mismo analista relaciona este último mensaje con un cambio importante en la paciente. “Después de esto, a las dos semanas, se presentó al encuentro muy producida, cosa

que no había hecho antes; por lo general no era de arreglarse y siempre estaba como si hubiera estado haciendo algo en su casa antes de salir para la sesión. Pero esa vez estaba con los labios pintados, maquillada... y apenas empezamos me dijo que tenía 'dos interesados' y me empezó a contar muy entusiasmada". De acuerdo con el analista la paciente disfruta de contarle su "histeriqueo" con los dos pretendientes, especialmente con uno de ellos con el cual se escriben por WhatsApp, y él hace lugar a este despliegue de la fantasía de la paciente en el discurso porque considera que "es un cambio importante que ella empiece a jugar aunque sea en la fantasía con poder estar con alguien, con tener una relación que vaya más allá de ese vínculo con la madre. Con esto de que haya hombres interesados hacia ella, está permitiéndose desear un poco más". Desde su lugar de testigo privilegiado de este principio de despliegue de la fantasía de María Esther, hay en esta nueva forma del lazo transferencial un movimiento del analista hacia la posición de objeto a (Lacan, 1953), un movimiento necesario para que advenga la posición subjetiva del analizado.

A pesar de este episodio, que marca un cierto movimiento en el deseo de la paciente, el analista destaca que es difícil profundizar los efectos de dicho movimiento. "Por lo que me contó ya había habido algo parecido con uno de ellos, que ahora reapareció para invitarla a una salida. Pero ella no hace nada con respecto a eso. No se anima a tener una cita, compartir algo, un poco por toda esta relación que tiene con la madre y porque piensa como que le van a fallar en algún punto. Como que los hombres están ahí, pero le van a fallar". Aquí se puede observar que el deseo de la paciente, y sus posibilidades de proyectarse en el futuro con una vida propia, aparecen bloqueados por el temor al abandono, que forma parte de la fantasmática de las patologías narcisistas. Siguiendo a Braier (2000), sería esto una manifestación de la disminución propia de este tipo de patologías en la capacidad de sentirse amado, incluso de un cierto mandato de fracaso que se origina, según el autor, en una fuerte tendencia autodestructiva y que lleva a respuestas defensivas ante la amenaza de reactivación del trauma precozmente sufrido por el abandono. En este caso, dice el analista, esta posición defensiva de la paciente se da como un rechazo de las propuestas de sus "pretendientes", "por lo general va al choque y trata de expulsarlos. No se lo permitía, pero en este último tiempo hay un cambio en eso, o al menos eso parece".

El analista destaca un significativo que la paciente trae en relación con esta amenaza que representa para ella el abandono. Éste aparece en una sesión en la que María Esther vuelve a la historia en que tuvo un compañero de trabajo con el que salió un tiempo, pero

“perdió” esa relación por sus escenas de celos con otra compañera. Ella dice que esto es algo “karmático” en su vida, que es su karma el perder las cosas y las personas que le interesan. De acuerdo con el analista, esta sesión fue una de las últimas, posteriormente a que la paciente tuviera que devolver a la perrita que había adoptado y que tanta alegría le había traído por las quejas de la madre. “Esto está hilado un poco a lo de la perra que había pasado la semana anterior, entonces cuenta esto de la ruptura con un novio que era muy gentil con ella, y aparece lo de la pérdida como karma en su vida, pero sin que ella pueda responsabilizarse por eso, por los celos que tenía”. Para intervenir frente a esta expresión de las defensas de la paciente, el analista tiene que moverse de su posición de testigo para introducir un significante diferente en ese discurso, el de la elección. “Con respecto a lo del karma yo le señalo que en realidad ella decidió. Con lo de la perrita, ella la devolvió, hay una resolución por parte de ella, no es una pérdida. Una pérdida es algo donde hay otros factores que hacen que eso que tenía uno incorporado a su habitualidad ya no esté. En este caso fue una decisión de ella”. Esta intervención genera una respuesta defensiva de la paciente, como si ubicara ahora al analista en la posición de perseguidor a la que hace referencia Vega (2016), es decir como el representante de la realidad que viene a deshacer la desmentida narcisista y a señalar aquello que la paciente no quiere aceptar. “Cuando le hago este señalamiento ella dice: 'culpa mía', automáticamente se echa la culpa con una posición bastante infantil que suele tener. Pasa de 'es un karma que tengo en mi vida' a 'siempre soy yo la culpable'. Entonces hay que trabajar mucho el matiz, la diferencia. Que una cosa es perder algo y otra cosa es dejarlo ir, o tomar una decisión para que se vaya”. A partir de plantear esta diferencia, el analista dice que busca cambiar esa idea de la paciente de que le tocan las cosas de una manera determinada, porque eso le impediría pensarse hacia adelante, proyectar lo que ella puede hacer por sí misma. “Es interesante que ella pueda manifestar algo más de qué fue haciendo en cada instancia, con el perro, con su madre, con el novio, con su trabajo, para que finalmente tenga ese resultado”.

En este intento del analista de evitar un cierre del inconsciente de la paciente, como resultado de su recurso a la defensa de pensarse como víctima de un destino con el que no puede hacerse nada, es consciente de que debe evitar ese lugar de perseguidor al que se hizo referencia. “Por algunas cosas que le he dicho, como aquello de saltar exageradamente, ahora se cuida cuando me cuenta cosas, se justifica. Una sesión pasada me dice que habló con el hermano, pero enseguida aclara que no fue a la pelea, como diciéndome 'me porté bien'. Es

como si pensara que yo la voy a sancionar. Entonces me corro un poco de ese lugar, para cuidar el vínculo transferencial, hacerle saber que ella puede decir y que no va a ser juzgada. Distinto sería si uno interviene de una forma más sancionando, cosa que pasa con muchos analistas a los que la ideología les gana y la dejan entrever”. Con respecto a esta cuestión menciona un hecho que muestra un cambio de la paciente. Un sobrino se instaló en su casa durante unas semanas y durante ese tiempo, según la paciente, se tomó muchas atribuciones e incluso le tiró cosas que para él eran deshechos y que María Esther estaba guardando. Esto hizo que se sintiera muy invadida y estuvo a punto de estallar como suele hacer, pero, según le dijo al analista muy orgullosa, esta vez pudo poner límite sin enojarse “le puse un alto, stop”. De buena manera le dijo que se fuera, explicándole las razones por las que no podía seguir viviendo allí con ellas. El analista considera que este es un buen indicador de cambio, al que se suman otros, como la proyección de la paciente, a través de la fantasía, hacia lo que podría ser su vida. Concretamente, la paciente empezó a pensar con respecto a vender la casa en donde vive actualmente con su madre. “Ella dice que le gustaría mucho tener otro lugar, pero no puede dejarla a la madre, así que creo que inicialmente ella iría a vivir con su madre a otra casa”.

6 Conclusiones

A modo de síntesis se expondrán los resultados obtenidos del análisis del material clínico de una paciente con diagnóstico de neurosis narcisista. Al inicio se trabajó a partir de una viñeta clínica proporcionada por el analista a cargo de conducir la cura y se complementó dicha información con entrevistas.

La primera limitación que apareció al leer la viñeta fue la duda acerca del diagnóstico y si sería posible cumplir con los objetivos planteados ya que, antes de tener contacto con el caso con el que se trabajó, se pensó en una neurosis narcisista en la cual se observara alta autoestima y conductas de grandiosidad, la falta de empatía y las dificultades para depender de otro, tal como se presentan en el DSM 5 (APA, 2013). Así mismo se esperaba encontrar el efecto sobre la transferencia que postula Freud (1914c), como falta de material para el análisis y una actitud hostil hacia el analista. En cambio, María Esther se presentó como una persona en la que prevalece la baja autoestima, dependiendo del reconocimiento de los demás, palabra que utiliza en varios tramos de su discurso; busca continuar el vínculo por fuera del encuadre y se queja cuando no se responde a su demanda, revelando una profunda necesidad de reconocimiento externo. Luego, a través de las entrevistas con el analista se consideró que el

caso aplicaba para avanzar en la propuesta, reconociendo en el mismo estas características de la paciente como una forma particular de narcisismo, llamado por Eidlin y Bernardi (2014) *narcisismo de piel fina*, que presenta elementos también destacados por Freud (1914c), como la falta crónica de amor propio y el esfuerzo por sustituir dicha falta con la admiración externa. También Bleichmar (1997) al referirse a los trastornos narcisistas, distingue dos tipos: sujetos que se sienten superiores y otros que se sienten inferiores cuando se comparan con otros. Los primeros tienen autoestima alta y se manifestarán con grandiosidad, mientras que el segundo tipo se caracteriza por baja autoestima, sentimiento de inferioridad y dependencia de la aceptación de los demás. En este segundo grupo se puede incluir a María Ester. A lo largo de este trabajo se comprobó que los diagnósticos son dinámicos y pueden variar a lo largo del tratamiento, si en la transferencia van desplegándose las características más importantes del sujeto que consulta. Puede considerarse una limitación también el no haber tenido contacto directo con la paciente, o al menos presenciar algunas de las sesiones, en especial aquellas en las que se despliegan características propias de las patologías narcisistas, para poder observar la forma en que el analista interviene para manejar la transferencia. Hay que destacar que en la descripción y análisis de las sesiones aportados de manera indirecta por el analista se pierde la gestualidad, el tono de voz y todo lo que implica la presencialidad.

Si se evalúa cada objetivo específico en particular, se puede decir que en el primero de ellos se utilizaron las entrevistas para poder reconstruir la historia vital y formular la demanda de la paciente hasta que se instaló la transferencia, sin la cual, no hay análisis posible (Lacan, 1957-58). La paciente había hecho tratamientos con psicólogo y psiquiatra y en varias oportunidades hizo referencia y comentarios que, de alguna manera, condicionan al analista actual. Por otra parte, María Esther repite en análisis las mismas conductas que tiene con sus parejas, con amistades y con compañeros de trabajo, lo que puede identificarse como parte de la transferencia como *clisé* (Freud, 1912). La paciente sostiene que la abandonan, cuando en realidad ella decide impulsivamente dejarlos, para mantenerse en un vínculo indiferenciado con su madre. Durante las primeras sesiones la paciente se mantuvo en la queja y a partir del lugar que el analista le hiciera para poder desplegar su historia y con la orientación que le fue dando, fue el vínculo con la madre lo que permitió que fuera planteando esa demanda de análisis y que se estableciera una transferencia positiva con el analista. La ambigüedad de la relación con la madre es característica, según Freud (1914c), en las relaciones que establecen con los objetos los pacientes con patologías narcisistas.

En cuanto al segundo objetivo, orientado a analizar los cambios que se observan en la transferencia durante el transcurso del tratamiento, teniendo en cuenta las intervenciones del analista; hay que considerar que, de acuerdo con la Institución donde se lleva a cabo el tratamiento, hay un límite de tiempo y María Esther ya lo cumplió. En un lapso de 8 meses de análisis es difícil que se logren cambios notables, considerando las características de la paciente. La problemática más abordada fue el vínculo con su madre y en ese aspecto no hubo movimientos significativos en la subjetividad. Sin embargo, el analista destaca algunos de ellos, que implicarían un principio de reposicionamiento subjetivo, a partir del momento en que la paciente adopta una postura con respecto a sus dichos, algo que Miller (1997) define como localización subjetiva. En este sentido, se puede decir que las intervenciones del analista favorecieron el tratamiento de otros temas como sus relaciones de pareja, su vínculo con los animales y muy superficialmente el duelo por la muerte temprana de su padre. Todo ello se dio a través de lo que Hornstein (2018) describe como reconstrucción de la historia de la paciente por medio del trabajo del analista.

Con respecto al objetivo tres, que propone analizar la posición del analista a lo largo del tratamiento y su relación con el vínculo transferencial, se observó que predomina el lugar de testigo que la paciente le da al analista (Vega, 2016). Éste afirma darle mucho espacio para que se exprese, pero se mantiene atento para que eso no se convierta en una fuente de satisfacciones sustitutivas, sino que sirva para el cambio. Al respecto, menciona algunas sesiones en las que hubo un cambio en su posición, de manera de poder introducir algunos significantes que le permitan a la paciente moverse de un discurso que la deja sometida al 'karma' o la condena como la única culpable de sus desgracias. Por otra parte, el analista afirma que evita adoptar una posición de juez, otro de los lugares que puede ocupar el profesional en el trabajo con pacientes narcisistas, según Vega (2016). Aplica en este caso la abstinencia que Freud (1912) propone como base de la interpretación. El analista toma en cuenta que María Esther, en tratamientos anteriores abandonó el análisis frente a determinadas actitudes del analista, si la paciente tiende a la repetición, también podría abandonar el tratamiento. Una actitud de no juzgar sirve para que la paciente se sienta segura en el vínculo transferencial y se exprese con mayor libertad, algo que es bastante problemático para ella, que pasa de la represión al estallido casi sin matices. En estos casos se expresa la fragilidad, otra de las características que Schkolnik (2003) destaca en las patologías narcisistas, y que puede llevar a una reacción terapéutica negativa.

Finalmente, en cuanto a este caso clínico, se puede agregar lo que en la primera lectura del material aportado, parecía que no aplicaba a la temática del Trabajo Final Integrador, en el transcurso de las sesiones, el material brindado resultó interesante, pero la poca duración del tratamiento, impidió abordar otras problemáticas. Teniendo en cuenta el diagnóstico y la historia de María Esther, creo que sería conveniente trabajar la ausencia del padre, ya que falleció cuando la paciente tenía 4 años y esto podría estar impactando aún en la idea que tiene la paciente de que los hombres pueden fallarle y su temor a que la abandonen. El analista sostiene que la paciente ya ha procesado la pérdida del padre y que es, de alguna manera, un padre presente para ella; pero, a pesar de lo que dice el analista, a partir del análisis de la viñeta y considerando la situación de la paciente en esta etapa del tratamiento no queda claro si resolvió el duelo.

En cuanto a las posibles líneas de trabajo para futuras investigaciones sería interesante analizar los vínculos que sostienen los pacientes con patologías narcisistas construyendo relaciones de objeto con un cierto valor simbólico y compensatorio. Éstas son para Hornstein (2015) una respuesta a las faltas primitivas de protección y a las pérdidas, que son consideradas heridas narcisísticas. En el caso de María Esther esto se puede observar en las relaciones con sus perros, a los que ubica en un lugar de gran importancia al punto de reaccionar violentamente cuando un vecino minimiza el impacto de la muerte de uno de ellos. Cabe preguntarse qué función estarían cumpliendo estas relaciones en la dinámica psíquica de la paciente, especialmente cuando el analista señala que, a partir del trabajo de análisis, pudo aflorar en ella el deseo de ser madre. Quizá las relaciones que establece con sus mascotas sustituyen a nivel simbólico a los hijos que no tuvo. Considerando que gran parte de su vida pasó por el vínculo madre-hija, la amenaza de una nueva pérdida debido a la muerte de la madre puede significar para ella que su vida quede vacía de sentido.

En lo personal, la Práctica Profesional V fue importante para confirmar que, dentro del amplio espectro de campos de aplicación de la Psicología, la clínica psicoanalítica es una forma de abordaje del padecimiento muy valiosa. Se pudo aprovechar las actividades programadas para profundizar el conocimiento teórico brindado por la carrera. En este sentido, las supervisiones fueron muy interesantes para observar cómo el material clínico se vincula con la teoría y cómo se desarrolla la práctica en consultorio o en una institución. Todo ello permitió terminar con una etapa importante de la formación, abriendo otra con un mayor dominio de las herramientas necesarias para el trabajo profesional.

7 Referencias bibliográficas

- Álvarez, I. (2012). *La Transferencia: Un Recorrido en la obra de Freud y Lacan*. En IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires – Argentina: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Aulagnier, P. (1986). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, H. (1994). Aportes para una reformulación de la teoría de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente. *Revista Argentina de psicología, 15*, 23-44.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en la terapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Braier, E. (2000). *Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica*. Escrito presentado en el I Congreso Europeo de Psicoterapia, Barcelona, España.
- Bustos Ancón, V. A. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología desde el Caribe, 33*(1), 97-112.
- Chamizo, M. (2019). La situación actual de la transferencia. En M. Luis (Ed.). *La situación actual de la transferencia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidlin, M., & Bernardi, R. (2014). Narcisismo de piel fina o vulnerable y narcisismo de piel gruesa o grandioso. Similitudes y diferencias. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 123*, 1-21.
- Feinsilber, E. (2015). *Desde la Transferencia: Una introducción a la praxis psicoanalítica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (1893-1895/2000). Estudios sobre la histeria. Sobre la Psicoterapia de la histeria. En *Obras completas 2* (pp. 1-310). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905/2000). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras completas 7* (pp. 1-108). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912/2000). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas 12* (pp. 93-106). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/2000). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). En *Obras completas 12* (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1914a/2000). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. En *Obras completas 12* (pp. 159-174). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914b/2000). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas 12* (pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914c/2000). Introducción al Narcisismo. En *Obras completas 14* (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916/2000). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 28° conferencia: La terapia analítica. En *Obras Completas 16* (pp. 408-422). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919/2000). Lo ominoso. En *Obras completas 17* (pp. 215-252). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/2000). El yo y el ello. En *Obras completas 19* (pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2002). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Hornstein, L. (2015). *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hornstein, L. (2018). *Ser analista hoy. Fundamentos de la práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1953-1954/1999). *Seminario I: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1957-58/1999). *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1961/1999). *El Seminario 8: La transferencia en su disparidad subjetiva, su pretendida situación, sus excursiones técnicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1965/1999). *El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2007). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Leibson, L. (2019). Poética y gramática de la transferencia. En M. Luis (Ed.), *La situación actual de la transferencia* (pp. 65 – 83). Buenos Aires: Letra Viva.
- Luis, M. (2019). La situación actual de la transferencia. En M. Luis (Ed.), *La situación actual de la transferencia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (1996). *Cómo trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.

- Pino, S., & Epsztein, S. (2009). La regla de abstinencia como nombre freudiano del deseo del analista. En *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Schkolnik, F. (2003). Transferencia negativa y narcisismo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 97, 95-104.
- Vega, M. (2006). El concepto de transferencia freudiano. *Revista: Psicoanálisis ayer y hoy*. Recuperado de:
http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero5/reseniael_concepto_de_transferencia_freudiano5.htm
- Vega, M. (2016). Neurosis narcisísticas, vigencia conceptual e intervenciones clínicas. *Revista: Psicoanálisis ayer y hoy*. Recuperado de:
<https://www.elpsicoanalisis.org.ar/nota/neurosis-narcisisticas-vigencia-conceptual-e-intervenciones-clinicas-martha-vega/>