

MOMENTOS Y ACTITUDES DECISIVAS EN EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE PACIENTES NARCISISTAS

Comentarios al caso Elsa

Alfredo Ortiz Frágola*

“¿Así que usted cura con té?”
(paciente Elsa)

El analista que le tocó a Elsa no era un estúpido aburrido, como sentía ella en un principio en su “infancia analítica desesperada”, y con el tiempo llegó a ser “un hombre interesante”.

Expresándose a partir de los aspectos indiferenciados de su personalidad, o de su narcisismo no transformado, Elsa dibujó un caos inicial donde alternaba rabia, pseudodepresión (estos pacientes suelen sentir más vacío que tristeza) e intentos apremiantes para que el analista le devolviera un sentido que su vida probablemente nunca tuvo. Quizás ella buscaba alivio, pero el tratamiento por momentos le resultaba inquietante. Entonces se vislumbraba algo que es muy común en estos sujetos: cuenta el analista que Elsa cambiaba de humor y mutaba en sus identificaciones pareciéndose a la gente con quien estaba. Tal como Leonard Zelig, el inefable protagonista de la película de Woody Allen, se camuflaba de manera espontánea y por supuesto involuntaria, en un intento de sobrevivir en un mundo que le resultaba desconcertante, y en ese proceso, un analizado puede ser desde una persona hostil y casi insufrible, hasta un productor de las asociaciones que encajan exactamente con las teorías de su analista. Es que así como a estas personas les cuesta sintonizar con el resto de la gente (un déficit ligado a lo que Fonagy llama “fallas en la mentalización”) sin embargo su necesidad de incluirse en el universo de los otros los lleva a mimetizarse en forma sutil.

Son “casos difíciles”, decía Joyce Mc Dougall, que nos llevan a reflexionar sobre el clásico cómo y cuándo interpretar.

* Psicoanalista. Miembro Titular Didacta. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Argentina. <aortizfragola@gmail.com>.

En este sentido, existe un interrogante técnico que estos pacientes nos plantean. Son pacientes desafortunados en muchos aspectos de la vida, pero afortunados si pueden aprovechar a un terapeuta capacitado y sensato que no se pierda en el laberinto de las defensas, intentos de compensación y efectos colaterales de la implosión del *self*, que sufren a repetición. El interrogante es: **¿En qué medida, personas que a veces requieren medidas técnicas heterodoxas para iniciar y mantener un tratamiento psicoterapéutico, pueden, más adelante, desarrollar un proceso analítico dentro de los parámetros característicos de una transferencia neurótica?**

Desde la “té-terapia” que era para ella su análisis en los períodos de transferencia narcisista, hasta su hallazgo del analista atractivo de los tramos de transferencia neurótica, hubo de transcurrir un período prolongado en el que los aciertos prevalecieran sobre los inevitables errores, un período en el que el *self* de Elsa se fuera consolidando progresivamente mientras respiraba el oxígeno psicológico de un ambiente analítico sustentador. Tiene que haber sido un terapeuta firme y seguro, pero que no se la creyera (es decir, no un analista sabelotodo), y que fuera capaz de ir develando la vida interior de esa mujer que arrancó en su infancia acurrucada en su cuarto, no soportando escuchar lo que pasaba entre el hombre y la mujer que rodeaban su vida mental en crecimiento. Difícil entonces para Elsa pensar que podía haber algo mejor. Es natural que desconfiara casi por completo de las destrezas de ese analista al que sentía acurrucado en el consultorio y en su sillón.

Difícil para el analista acertar en “no dañar”, cuidarse de no diseñar una linda casa sin contar con los cimientos suficientes. Precisamente uno de los riesgos del tratamiento de estos pacientes es que un terapeuta hiperactivo, sin quererlo, construya una suerte de casa/personalidad pre-moldeada como las casitas perfectas y simétricas del pueblo del *Truman Show*. En esas situaciones no convenientes, se conjugan un paciente proveedor de asociaciones congruentes con las teorías de su analista y un analista encantado de interpretar rápido y supuestamente bien. Me refiero a interpretaciones sesudas antes de contar con la base necesaria.

Pero esas casitas de *durlock* se derrumban fácilmente ante los temporales de la vida. Por eso en estos casos la presencia del analista, como supo decir Sacha Nacht, puede ser elemento crucial de quien dependen tanto el progreso, como la cronificación o la desintegración del sujeto.

¿Y qué pasa con el analista de pacientes severamente perturbados? Hay torrentes de sentimientos vividos y ríos de tinta escritos sobre la contratrans-

ferencia, la RTN, el encuadre. Yo diría que el analista tiene que aguantar estar de vez en cuando un poco loco (de vez en cuando pero no siempre loco, un poco loco pero no del todo). Tiene que tolerar que el paciente lo considere insano (Searles, 1980), o desubicado, o *freak*, tolerar que el paciente proyecte en él su parte insana. Y a la vez no promover con insistencia la ubicación por parte del paciente de su propia cordura en el terapeuta.

Para alguien como Elsa el mundo es un laberinto del cual los estímulos llegan con crudeza, porque **el filtro mental de los estímulos está rasgado**. Como consecuencia, en los períodos críticos estos pacientes se sienten abrumados y sufren intensa ansiedad cuando se encuentran con mucha gente, vehículos o movimiento, pues ese ritmo les resulta amenazador. Pequeños ruidos de afuera significan mucho ruido, y el extremo es la alucinación paranoide, es decir, los sucesos del mundo exterior fácilmente se tornan amenazantes. En esos tramos del tratamiento, y aunque por un tiempo sea una tarea intelectualmente atractiva, si el analista corre de un lado al otro persiguiendo e interpretando todos los aspectos dispersos del interior fragmentado y del mundo hostil, va a ser difícil que el sujeto salga del caos.

Y ligado a lo anterior, otro tema a considerar: poder darse cuenta de cuándo se puede contar con una interacción comunicativa que genere lo que Christopher Bollas ha llamado **momentos estéticos**: son experiencias “de raptó”, algo así como un embeleso que ampara al *self* y al otro en simetría y soledad. Expresan aquella parte de nosotros en que la experiencia de comunión con el otro constituía la esencia de la vida antes que hubiera palabras. Forman parte de lo sabido no pensado. Son experiencias intensas, acumulativas, que se dan en el espacio intersubjetivo y que conducen a un recordar más experiencial que cognoscitivo. Podemos concordar con Bollas en que la intensidad de estas relaciones de objeto no se debe tanto a que se trate de un objeto del deseo sino a que el objeto es identificado con tempranas y potentes metamorfosis del existir, transformaciones del sí mismo temprano.

Quizás sólo tiempo después nos daremos cuenta del peso de esos momentos cruciales del análisis. A veces incluso recién cuando nos ponemos a repasar el caso o escribir sobre él. En otras oportunidades es a partir del relato del paciente, que nos muestra el peso específico que tuvo algo que dijimos, que hicimos (o que callamos). Es que la revivencia, la reactualización de necesidades tempranas, que suelen estar antes de la constitución de la problemática del deseo, permite avizorar cuál fue el tenor de las fallas originales que dificultaron la conformación del *self* como unidad. Porque como en cualquier transferencia

el presente narcisista nos muestra (o nos sugiere) los sucesos del pasado, y en el pasado antiguo lo que le rodeaba y él eran indistinguibles. Los sucesos, o la falta de los sucesos requeridos, se nos muestran por esa ventana de la historia que se tiñe con los tonos del presente.

Claro que los huecos requieren una nueva edición, como resalta Nemirosky, porque aquí parece que la primera edición tuvo déficit editorial, hubo errores y omisiones.

Parece fácil de decir y difícil de poner en práctica, pero el analista de los pacientes como Elsa (de todos los pacientes en realidad) resulta buen analista cuando logra moverse con espontaneidad afectiva.

Un clásico tema de discusión es la cuestión de **cómo se adquiere esa espontaneidad**. Es algo que no está lejos de lo que podemos considerar una función materna. Espontaneidad de la madre para conducirse con su niño y a su vez respeto y tolerancia hacia la espontaneidad del hijo. Si se adquiere con el tiempo, o con el entrenamiento analítico, si viene con la personalidad del analista en cuestión; también si se ve interferida por las cosas de la vida del analista y *last but not least*, si a veces esa espontaneidad afectiva puede llegar a ser obstaculizada por el riguroso aprendizaje de nuestra disciplina disciplinante, especialmente en las primeras etapas de la formación (por cierto que en general las funciones maternas no se aprenden en los libros).

La espontaneidad del analista ha de ser una actitud relajada, confortable, lo opuesto a las defensas paranoides. Suele desarrollarse a partir del entrenamiento, de la experiencia y de la flexibilidad. Por otra parte la espontaneidad es falsa y puede ser hiatrogénica cuando es compulsiva y en realidad sólo constituye una defensa contra la ignorancia.

Volviendo a Elsa, el asunto es que aún sin que su analista se lo propusiera, en el transcurso de un largo proceso debe haberse estimulado en ella la generación de la capacidad de captar sin gran distorsión los estados afectivos de la gente que la rodeaba, incluyendo a los hombres con quienes pudiera establecer una relación amorosa.

Por supuesto que para ello tuvo que aprovechar durante un largo proceso el contacto con alguien que no fuera intrusivo, tampoco avaro, alguien que le ofreciera la “infusión” apropiada en los momentos justos: **una verdadera tea connection**.

Referencias bibliográficas

- Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Mac Dougall, J. (1982). *Alegato por cierta anormalidad*. Barcelona: Petrel.
- Ortiz Frágola, A. (2014). *Psicopatología de nuestro tiempo. De la inquietud adolescente a los trastornos del narcisismo*. Buenos Aires: Psicolibro Ed.
- Searles, H. (1980). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa.