

LA RE-NARCISACIÓN EN LA CLÍNICA

Dr. Carlos Eleazar Garzón – Psicoanalista independiente - Psiquiatra

Profesor de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba

Tel.: 0351 – 4809235 e.mail: carlosegarzon@gmail.com

Palabras clave: RE-NARCISACIÓN – CONTRATRANSFERENCIA –

NARCISISMO - SUICIDIO

Resumen:

El autor de esta comunicación se centra en la problemática de la práctica analítica en los tiempos actuales y las vicisitudes de la clínica de pacientes con graves carencias libidinales tempranas.

Proponiendo el trabajo de re-narcisación, en el investimento desde la contratransferencia, en la historización en los vínculos libidinales de una paciente severamente perturbada.

Al mismo tiempo reflexiona sobre las dificultades de este tipo de pacientes narcisistas que se corren de los parámetros clásicos de lo que entendemos la clínica analítica en pacientes psiconeuróticos en relación transferencial. Precisamente por la imposibilidad de estos pacientes de establecer dichos vínculos.

También desarrolla las variables culturales y su impronta en el trabajo analítico y en la comunidad institucional psicoanalítica, proponiendo discutir otras variables terapéuticas para este tipo de pacientes.

SESIÓN: COMUNICACIÓN

LA RE-NARCISACIÓN EN LA CLÍNICA

Dr. Carlos Eleazar Garzón – Psicoanalista independiente - Psiquiatra

Profesor de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba

Tel.: 0351 – 4809235 e.mail: carlosegarzon@gmail.com

Las circunstancias hicieron que al leer un texto de de Marcelo Alonso sobre la situación del psicoanálisis, acerca de los famosos didácticos, las historias remanidas del comité secreto, de Eitgnon y historias críticas sobre IPA etc., me encontré con el termino de re-narcización.

Esta contingencia operó a manera de representación pre conciente en transferencia con los textos Freudianos, mi análisis personal, mi formación y su crítica.

Me recordó el texto sobre el narcisismo, y el objetivo de la cura en análisis, hacer conciente lo inconciente o mejor concientizar lo inconciente; como también donde ello hubo, yo debe ad-venir y las variables de la cura tipo.

Personalmente prefiero pensar *que un buen trabajo de análisis, es* la posibilidad del enriquecimiento humano en el acontecimiento libidinal del análisis, tanto del que lo dirige como el que esta en posición de analizado.

Desde un panorama mas amplio, completa lo dicho anteriormente, con las particularidades del desarrollo libidinal alcanzados en la historia de ambos.

Quiero decir que la practica analítica es un estar permanente en permeabilidad al acceso de formaciones de contacto inconciente. Más aun en los analistas en formación.

Naturalmente los niveles de complejización de nuestra practica varían y la relación terapéutica lógicamente también, abarcando desde organizaciones psíquicas primitivas, que no pueden establecer vínculos libidinales en relación a otros - transferencia – a relaciones analíticas bien diferenciadas en cuanto al otro, facilitando el paradigma analítico, *es decir el trabajo en trasferencia, y en contratransferencia (no aceptado para algunos analistas) en el modo de relación objetal y narcisista en la distribución de la libido.*

Modo clásico y única vía posible, de establecer la posibilidad de modificar vínculos tempranos causantes de la psiconeurosis en el trabajo analítico, bajo el artificio de la neurosis de transferencia.

La situación hoy ha cambiado, es muy distinta en relación a poco tiempo atrás. Muchos pacientes que demandan poseen formaciones psíquicas precarias de carácter fundamentalmente narcisista, como ultimo baluarte libidinal; en consecuencia debemos trabajar desde lo más primordial o restos de pulsión de vida (Eros) que le ha permitido seguir viviendo.

Este es el nódulo de lo que intentare comunicar, tomando la clínica como la base de especulaciones teóricas posibles, es decir cuando se quebró el narcisismo vincular temprano y las posibilidades libidinales de objeto se ven colapsadas.

Al trabajar con la gravedad de este tipo de pacientes se hace necesario aun más, que el vínculo analítico sea asimétrico y distinto en cuanto a quien conduce el tratamiento, éste necesariamente debe haber experimentado la vivencia de su análisis personal de manera suficiente y continua.

Debido a la dificultad cada vez mayor a tolerar los cambios culturales, diferencias ideológicas etc., en los tiempos actuales, a su vez más intensos, rápidos y violentos. Vamos a incorporando conceptos, hábitos e influencias a la manera gestáltica en nuestra forma de vida y aun en nuestra ideología sobre la práctica analítica, en especial dentro del ámbito institucional psicoanalítico donde hemos ido creando una peculiar cultura, que pide ser revisada, discutida y trabajada dentro de los institutos de formación.

Por lo tanto parece tornarse impostergable que nuestra práctica sea coherente con los cambios culturales antes enunciados.

Quien dirige la experiencia analítica deberá estar especialmente preparado y tolerante frente a estos cambios, para pretender una flexibilidad que implique conocerse y hacerse cargo éticamente en la experiencia de análisis.

Materiales clínicos

Desire pide consulta por teléfono y la recibo a los días.

Ella es una chica de negros ojos profundos de mirada triste, representa mucha menos edad que la real, es muy delgada y esta discretamente arreglada, aunque muy arropada, de acuerdo al clima (después veremos el motivo).

Relata que tiene dificultades para estudiar y es en lo que quiere focalizarse dado a su máximo objetivo de lograr ser médica psiquiatra.

Al escucharla mi formación psicoanalítica incorporada, se interpone a riesgo de ritualizar mi práctica. En este paciente advertí que la regla fundamental analítica del

silencio y la atención flotante no me eran operativas, precisamente por la dificultad que tenía Desire de establecer un vínculo conmigo –en transferencia -.

Relata que tiene 22 años y se desarrolló en un hogar de padres violentos, la madre docente y el padre comerciante de automóviles, golpeaba a la madre de Desire desde que ella se recuerda.

Estuvo en tratamiento psicológico y psiquiátrico desde los 4 años, ella es la mayor de 2 hermanos menores 16 y 9 años.

Actualmente los padres están separados, ella vive con su mamá, con quien no se entiende, se lo pasa en su cuarto.

Cuenta que desde niña se corta el cuerpo en el vientre, piernas, lo que le calmaba la angustia. Este acto le ocasionaba placer y la calmaba. Es por eso que disimulaba sus heridas masoquistas cubriéndose con mangas largas y pantalones.

Tuvo varios intentos de suicidio. Uno con la ingesta de 200 pastillas, cuando tenía 15 años y otro a los 19 con 20 pastillas. Quería dormir posterior al fracaso en el ingreso a medicina.

La internaron en un sanatorio psiquiátrico durante un mes con tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia.

Es muy instruida en psicofármacos lo que le permite automedicarse por la angustia.

A medida que la escuchaba me despertaba ternura y fuertes deseos de cobijarla y protegerla y no encontraba donde hacer pie para ello, había tenido tantos fracasos y carecía absolutamente de vínculos amorosos, no tiene amigos, ni buenas relaciones con su padres, ni con su abuela materna con quien vive para poder estudiar.

Por otro lado en las terapias anteriores los terapeutas y los psiquiatras habían acudido a los padres para andamiar su tratamiento, lo que para Desire era una traición y pérdida de confianza con el terapeuta.

¿Como intentar algo positivo en semejante caos?

Lo primero que pensé fue en mis sensaciones cotratransferenciales. Era evidente que su proceso de narcisación temprana había fracasado en la fundación de Desire, desde lo más simple a lo más complejo de su psiquismo y los procesos de identificación temprana en la constitución de su yo.

Regresar en transferencia al modelo neurótico, a las escenas primarias era imposible, pero en teoría y si las circunstancias lo permitían, tal vez se creara un vínculo lo suficientemente firme desde la contratransferencia y poder presentificar la disfunción narcisista y operar desde allí en el trabajo de re-narcisación.

Se me ocurrió empezar al revés, trabajar desde el cuerpo, por el que tenía aversión y evitaba mirarse, en dirección hacia su mente, en cuanto a la re-narcización libidinal. Sin embargo en su breve pero desgarrante historia, hubo una época armónica cuando nadaba, trabajaba vivía sola y alquilaba un departamento, fue antes de su fracaso en el ingreso a medicina, su intento de quitarse la vida y la internación.

Lo cual me permitía tener esperanzas por haber tenido épocas de mínima organización pero a su vez también sentía la presión por el antecedente del último intento de suicidio por la frustración ante el fracaso en el examen de ingreso.

Así vimos que el lecho de narcisación de Desire instaurado por los padres logró sin quererlo, dañar sus formaciones psíquicas primordiales, lo mismo pasó con los muchos terapeutas que la asistieron.

Se había creado desde su comienzo una *ciénaga narcística* imposible de franquear.

Ese cuerpo fue bañado por un deseo (fuerza libidinal) negado en si mismo, Piera Aulagnier lo piensa como el deseo del no deseo.

En síntesis me propuse con Desire, sobre la base del narcisismo, último baluarte en su defensa, intentar una re-narcización en el proceso desde la contratransferencia.

Para ello le indique la manera de ocuparme de ella desde otro lugar de investimento, es decir desde afuera (como en la teoría de luz de los griegos, baño narcisista o dicho mas simple me ocupaba afectivamente de ella, debido a que la carencia fundacional de Desire estaba enraizada en la descualificación del Eros en la formación del su psiquismo temprano, mas específicamente en la embriología de su yo).

Dada la insistencia en la falta de concentración le indique que consultara una psicopedagoga y que ella la ayudaría específicamente a ello en cuanto a sus dificultades en el aprendizaje.

Por otro lado al ver que su cuerpo era un in-existente y sobretodo el antecedente de haber practicado natación en un momento de mínima organización, le propuse que retornara a la natación u otra practica con el cuerpo, con el propósito de re-libidinizar su cuerpo (re erotizar).

Quiero insistir que un paciente en estas condiciones de precariedad, sus investimentos libidinales son deficitarios, la transferencia es insuficiente o nula y la tendencia a sostener que es predominio de la pulsión de muerte, creo que en vez de clarificar y abrir posibles caminos de intervención, lo cierra en un pesimismo letal.

Pienso ~~que~~ en todo caso, que su erotismo (concepto amplio del Eros) es deficitario insuficiente, por eso propongo reflexionar clínica y teóricamente en esta suerte de desafío creativo en intentar algo desde el psicoanálisis.

Centrando aquí la propuesta de esta comunicación dado el límite del tiempo.

LA RE-NARCISACIÓN EN LA CLÍNICA

Dr. Carlos Eleazar Garzón – Psicoanalista independiente - Psiquiatra

Profesor de Psicología – Universidad Nacional de Córdoba

Tel.: 0351 – 4809235 e.mail: carlosegarzon@gmail.com

Bibliografía:

Avenburg, R. "El diálogo analítico" Ficha APdeBA. Bs.As. 1980

Avenburg, R.y Guiter, M. "El concepto de verdad en Psicoanálisis" Ficha APA 1978

Aulagnier, Piera ENTREVISTA – Rev. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia
para Graduados nº 14 – Psicoanálisis Francés contemporáneo Ed
Bs.As. Estudio de Comunicaciones 1991

Brock, Hans "Diccionario enciclopédico alemán" Wiesbaden Enzyklopadie 1974

Freud, Sigmund (1900) "Psicología de los procesos oníricos" en la Interpretación de
los sueños. AE 4 y 5

Freud, Sigmund (1905) "Sobre Psicoterapia" AE 7

Freud, Sigmund (1914) "Recuerdo, repetición y reelaboración" AE 12

Freud, Sigmund (1914) "Introducción al Narcisismo" AE 14

Freud, Sigmund (1914) "Trabajos Metapsicológicos" "La represión" AE 14

Freud, Sigmund (1914) "Trabajos Metapsicológicos" "Lo inconsciente" AE 14

Freud, Sigmund (1920) "Mas allá del principio del placer" AE 18

Freud, Sigmund (1920) "El sepultamiento del complejo de Edipo" AE 20

Freud, Sigmund (1937^a) "Construcciones en Psicoanálisis" AE 21

Freud, Sigmund (1937) "Análisis terminable e interminable" AE 23