



Facultad de Psicología
UNR Universidad
Nacional de Rosario

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

“Posibles abordajes teóricos y clínicos de las patologías del narcisismo”

Modalidad de presentación: Investigación

bibliográfica Autora: Matteucci, Estefanía Ariana

Legajo: M-1183/5

D.N.I.: 26.835.788

Docente o graduado/a responsable: Di Nardo, Olivia

-2023-

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional de Rosario, por ser pública y gratuita.

A la Facultad de Psicología por alojarme en sus aulas. A sus docentes, por brindarme las herramientas con las que puedo comenzar a construir mi propio estilo para ejercer la profesión. Especialmente a Olivia y a Juan que me ayudaron en este último y

gran paso para alcanzar mi título.

A mis compañeros de estudio, que se convirtieron en amigos y hoy, en colegas.

A mis amigas de siempre, por haber creído en mí.

A mi Familia, sobre todo a mi papá.

Índice

Resumen **4** Palabras clave **4** Presentación del problema **5** Objetivos **9** Exposición
del material objeto de la revisión **10**

Abordaje clínico de las patologías del narcisismo **13** Conclusión **15** Referencias
Bibliográficas **17**

Resumen

La presente investigación bibliográfica intenta ahondar acerca de las teorizaciones realizadas por Silvia Amigo y Luis Hornstein sobre las patologías que afectan el narcisismo en la constitución subjetiva. Se busca precisar las diferencias teóricas entre ambos autores, al manifestar divergencias conceptuales y puntualizar sobre la compleja tarea analítica que conlleva realizar un diagnóstico clínico. En este escrito se detalla fenomenológicamente a qué nos referimos cuando decimos patologías del narcisismo, en cuanto a las manifestaciones clínicas que se encuentra en un análisis; también se realiza una presunción acerca de qué operatorias que le dieron origen. Destacamos convergencias en el abordaje clínico tanto de autores anteriormente citados, como de todos los mencionados en este trabajo, sobre el peculiar funcionamiento de la

transferencia en este padecimiento como también de la dirección de la cura.

Palabras claves

Patología - Narcisismo - Diagnóstico - Transferencia - Cura

4

Presentación del problema

“Es decir que si el Otro, por rechazar su falta, no recubre imaginariamente la pérdida del sujeto, si éste por su parte, no puede ponerla en juego, el Sujeto permanecerá descarnadamente enfrentando a la muerte, esa que, al igual que al Sol, no se puede mirar de frente”
Haydée Heinrich (1996)

El propósito de este trabajo consiste en una investigación bibliográfica, y radica en un abordaje de ciertas afecciones que pueden considerarse patologías del narcisismo.

Bajo este término se suele englobar a distintos padecimientos que parecieran ser de muy variadas características, por lo que se intentará vislumbrar ciertos puntos de encuentro acerca de estas manifestaciones de malestar subjetivo, para poder dilucidar si puede ser considerada subsidiaria de una cuarta estructura (Amigo, 2005), o si se deben ser contempladas como producto de conflictos metapsicológicos (Hornstein, 2003).

Indagar sobre esta problemática es pertinente a quien se dedique al estudio del psicoanálisis y a quien abrace el anhelo de ejercer la clínica psicoanalítica, tanto por el amor al saber como por el deseo de aliviar a los sujetos que se presenten con dicho padecer.

Desde la perspectiva psicoanalítica, las patologías del narcisismo suponen accidentes en la constitución subjetiva. Los tiempos primarios de estructuración subjetiva son momentos donde el infante requiere de un Otro que lo cobije, que le otorgue una mirada y un discurso que confirme su existencia y su valor: “en los tiempos instituyentes del sujeto, la constitución del cuerpo-Yo, como objeto de la libido, es decir narcisizado, supone que desde la mirada del Otro algo sea reconocido allí como amable” (Heinrich, 1993, p. 72).

Como es sabido, el sujeto adviene en el campo del Otro. Lacan (2003) lo teoriza en el proceso de alienación-separación: “el sujeto depende del significante y el significante está primero en el campo del Otro” (p. 213) y es en la segunda instancia, en la separación, cuando el Otro debe ofrecer su propia falta, para que el sujeto lea allí, en los intervalos de su discurso “¿qué quiere?” (p. 222). Es en ese momento que se constituye la carencia que lanza al sujeto por las vías del deseo, pero cuando el Otro se muestra no barrado, deja eclipsado al sujeto y destinado al territorio del goce mortífero.

Al respecto reflexiona Heinrich (1993):

Accidentes, actings, pasajes al acto, a-dicciones, vienen al lugar donde faltaron las palabras. Hay un juego errático, un accionar incomprensible, homologable al tiempo en que el nietito de Freud tira lejos todos sus juguetes, balbuceando “ooo”, a la espera de ser finalmente leído por el otro. (p. 67)

Suponemos que la presencia de las figuras paternas estuvieron limitadas a prestarle atención a las necesidades primarias y elementales del infante (comida e higiene), y que han sido incapaces de decodificar las necesidades simbólicas del mismo. Esto se traduce en severas dificultades para producir una hiancia, una falta, a modo de *fort-da*, es decir, presencia ausencia en el vínculo. “La relación del sujeto con el Otro se engendra toda en un proceso de hiancia” (Lacan 2003. p. 214).

La singularidad del Otro le imposibilitó donar una simbolización suficiente para que tenga lugar la hiancia, que se manifiesta en la expresión dubitativa acerca de las necesidades del niño, y a cambio colmó la necesidad con alimento o cuidado físico, dando por resultado, en el futuro, a un sujeto con un gran impedimento para el armado del inconsciente y sus formaciones, que por ejemplo se presentan en manifestaciones clínicas como puras acciones pulsionales y una satisfacción sin medida. La pulsión del ello y/o los mandamientos crueles del superyó se precipitan ya sea hacia el exterior o hacia el propio cuerpo, con mecanismos que ponen en riesgo tanto en uno como en otro caso la vida del sujeto, por su imposibilidad de tramitar a nivel del inconsciente y de la palabra: “no hay

producción significativa, no hay salida por allí, solo un real irreductible” (Heinrich, 1993 p. 85).

Son estas perturbaciones en las operaciones constitutivas del psiquismo que dan lugar al fracaso del fantasma, quedando expuesto que las estructuras del lenguaje en estas patologías del narcisismo son diferentes a las que se dan en la neurosis y la psicosis (Amigo, 2005), por lo que es menester un acercamiento a este padecimiento

subjetivo para poder pensar el trabajo clínico en la actualidad.

En esa línea, y a modo de justificación tanto de este escrito como del discernimiento de las patologías del narcisismo, nos parece oportuno citar a Freud (2006) en uno de sus primeros escritos científicos publicado en 1895: "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»", en el que argumenta la necesidad de diferenciar dos categorías clínicas:

Tan pronto se toma noticia de esta última diferencia, desaparece la obligación de designar con un mismo nombre los síntomas de una neurosis de angustia y los genuinamente neurasténicos, puesto que las designaciones, en sí arbitrarias, persiguen sobre todo el fin de facilitarnos enunciar aseveraciones universales.

Lo que llamo «neurosis de angustia» se observa en plasmación más completa o más rudimentaria, en forma aislada o en combinación con otras neurosis. Desde luego que son sobre todo los casos relativamente complejos y, por eso, aislados los que reafirman la impresión de que la neurosis de angustia posee independencia clínica. (p. 92)

También creemos oportuno mencionar las palabras de Heinrich (1993) en su libro *Borde-R-S de la neurosis* para acreditar esta investigación:

La incertidumbre diagnóstica en relación a determinados pacientes, la dificultad que ofrece la dirección de la cura de estos sujetos, al mismo tiempo la ausencia de signos positivos de psicosis o perversión, es lo que no ha hecho interrogarnos acerca de si no habría allí alguna otra especificidad. (p. 53)

Las patologías del narcisismo se expresan a través de la aparición repentina de la angustia masiva, sensación de vacío, la propensión a la acción (tentativas de suicidio, huidas, lastimaduras autoinfligidas como el *cutting*, ponerse en riesgo), y/o la autopercepción de fragilidad corporal (Hornstein, 2003). Es notorio que el sentimiento de sí, la inconsistencia del yo, la identidad y lo corporal juegan un papel fundamental, como así también el yo (como objeto) y su relación con los objetos.

Amigo (2005) aborda en el capítulo XVI de su libro *Clínica de los fracasos del fantasma*, "casos graves no tributarios de la estructura psicótica" (p. 253), que tampoco pueden considerarse perversos o neuróticos, y los describe fenomenológicamente de la siguiente manera:

Pero el cuerpo de estos pacientes y sus acciones cotidianas parecen no haber encontrado la eficacia de ese punto de detención del "todo vale", operante claramente en el discurso. El cuerpo de estos pacientes parece un cuerpo loco, sostén de actos proporcionalmente "locos" que hace que sean considerados, y con razón, "de riesgo".

¿De qué cuadros clínicos se trata? Puede tratarse de pacientes que comen de más o de menos en un rango escalofriante. No en el rango que todos tenemos de más o de menos con la comida. Pueden variar su peso, en más o en menos, decenas de kilogramos. O bien ingieren sustancias químicas legales o ilegales, desde alcohol a psicofármacos de venta bajo receta a sustancias ilegales como la cocaína o la marihuana o cualquier otro, en el límite de dañar su organismo. Este consumo adictivo pone en riesgo la salud, la vida, y fundamentalmente la dignidad del cuerpo. O bien, se someten a riesgo de muerte por reiterados intentos de suicidio. O bien son pacientes que se suelen llamar "actuadores", que hacen de su cuerpo una especie de letra portátil puesta a circular por el mundo en los diversos escenarios del acting out, pero no como respuesta a una falla de escucha del analista, sino un acting continuo que no puede ser atribuido a una falla del manejo clínico. (p. 255)

Si bien la autora no utiliza el nombre de patologías del narcisismo para esos casos, puede verse la concordancia que hay entre la descripción de dichos pacientes con lo denominado por Hornstein bajo ese término; sujetos con adicciones a drogas, con

trastornos alimentarios, bulimia, anorexia, como con compulsión a la comida, y pacientes con intentos de suicidio, impulsivos, actuadores, entre otros.

Colette Soler, citada en el libro *¿Ni neurosis, ni psicosis?* de Nieves Soria (2015), manifiesta la dificultad diagnóstica que conlleva a los psicoanalistas a denominar como *borderline*, trastornos de la personalidad y /o trastornos del narcisismo (entre otros) a estos pacientes que hacen que en la clínica no se los pueda diagnosticar ni de neurosis ni de psicosis debido a que hay algo de lo indescifrable en su conducta al verse afectado el deseo y preponderar el goce pulsional, por lo que el lazo transferencial se ve obstaculizado. Al respecto Soria (2015) escribe “Me interesa en la nominación de *borderline* precisamente la noción de borde, que es justamente lo que queda entre el adentro y el afuera, ya que no está ni adentro ni afuera” (pp. 27-28) y continúa en el mismo párrafo, preguntándose acerca de cómo alcanzar una formalización.

Miller (1998) en su libro *La Psicosis Ordinaria* escribe sobre la clínica de las impulsiones y describe “sujetos que no desencadenan psicosis” (p. 3), a la manera típica de la sintomatología psicótica, que, a pesar de la pobreza de recursos y el quebrantamiento de lazos y vínculos sociales, su impulsión actúa como tapón en la división subjetiva lo que hace que permanezcan asintomáticos de neologismos y alucinaciones por ejemplo.

Como refiere Amigo (2005), de la lectura de los seminarios de Lacan se deducen las estructuras clínicas como un “universo tripartito” (p. 258); y afirma que por la tramitación que cada sujeto hace del Nombre del Padre es que podremos ubicarlos dentro de la neurosis, la perversión o la psicosis, quedando así distribuidas las tres estructuras, cada una con un mecanismo específico. Es decir, la neurosis se caracteriza por la represión del significante fálico, dicha represión fundante hace que el Nombre del Padre pase al inconsciente. La psicosis es propiciada por la operación de la forclusión; el Nombre del Padre está forcluido, no hay metáfora paterna por lo que carece de significación fálica. La perversión está caracterizada por “la renegación de la marca del Nombre del Padre” (p. 260), es decir, está el significante fálico, pero ha sido renegado, “por contar con el Nombre del Padre, puede advertir la castración fálica a la vez que puede renegar de ella” (p. 261).

Para Yankelevich (2005), Amigo hace una hipótesis audaz pero no definitiva, sino “suplementaria” (p. 12), para poder pensar diferentes opciones a las que habitualmente se posiciona a los sujetos, los cuales muchas veces se consideran neuróticos con “núcleos psicóticos y comportamientos perversos” (Amigo, 2005, p. 253) que son englobados bajo el término *borderline*. La propuesta de la autora es “abrir el universo cerrado y tripartito de esta distribución estructural” (p. 258) y considerar a estos pacientes subsidiarios de una cuarta estructura. Este planteo se apoya en la noción lacaniana del fantasma y su escritura, en lo que párrafo arriba se menciona en la raíz del concepto de estructura: los modos de defensa constitutivos del sujeto ante la falta del Otro, es decir ante la castración. Esto nos lleva a preguntarnos sobre la particularidad de la escritura fantasmática en los pacientes sobre los que escribe la autora, y que homologamos de ahora en adelante a sujetos con patologías del narcisismo, avalando dicha equiparación en lo escrito por Soria (2015) “la prevalencia del narcisismo en esta zona de práctica. De hecho toda la problemática *borderline* surge en relación con la cuestión del narcisismo” (p. 41) y cita a Stern como precursor en el uso del término *borderline* cuando no se puede designar de manera certera un problema concerniente al narcisismo, como psicosis o como neurosis.

Una mirada diferente a la propuesta estructuralista de Amigo, es la que presenta Hornstein (2000), quien en su libro *Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad* nos invita a pensar a “ciertas constelaciones sintomáticas” (p. 25) a partir de su delimitación metapsicológica y los conflictos que se ocultan bajo la única estructura que él considera posible, que es la estructuración tópica del psiquismo: “Por lo tanto, delimitar metapsicológicamente distintas problemáticas narcisistas requiere esclarecer la organización del yo, del superyó, del inconsciente, el grado de fusión o defusión pulsional,

las defensas privilegiadas, las identificaciones constitutivas, los investimentos narcisistas y objetales” (pp. 25-26).

Por lo expresado en los párrafos anteriores, proponemos revisar algunos escritos de Amigo y de Hornstein donde aborden y teoricen sobre las denominadas patologías del narcisismo, para identificar concordancia y divergencias entre ambos, como así también conocer su propuesta de intervención clínica para las mismas, dada la resistencia que presentan estos pacientes a la transferencia debido a su específico despliegue pulsional.

Objetivos:**Objetivos generales:**

- Explorar algunos escritos de Silvia Amigo y Luis Hornstein para precisar de qué

manera teorizan sobre las patologías y la clínica del narcisismo.

Objetivos específicos:

- Precisar el concepto de patologías del narcisismo para Amigo y para Hornstein.
- Cotejar la aproximación teórica que realizan ambos autores acerca de las patologías del narcisismo a fin de explorar qué criterios llevan a plantear la posibilidad de una cuarta estructura a uno, o la manifestación de un conflicto metapsicológico a otro.
- Comparar las propuestas de abordajes clínicos de ambos autores en base a los diferentes posicionamientos teóricos.

Exposición del material objeto de la revisión

Para pensar el concepto de patología enmarcado en la teoría psicoanalítica, suscribimos al planteo realizado por Hornstein (2008), quien parte de la diferenciación con los criterios profesionales utilizados en los DSM. Dichos manuales de diagnóstico están basados en el método anatomoclínico para constituir su nosografía, cuyas categorías

encasillan en diagnósticos a los pacientes despojándolos de su singularidad; tal es así, que dos profesionales distintos al evaluar a un paciente determinado, llegan a un dictamen idéntico. Al respecto escribe:

La clasificación del DSM-IV no tiene en cuenta individuos sino síndromes. El sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica no tiene pertinencia. Es una clasificación *ateórica y descriptiva*. Ateórica porque no toma posición ante las distintas teorías etiológicas y descriptiva porque solo hace un inventario de síntomas. (p. 91)

Hornstein (2008) plantea que, desde la clínica actual, se debe complementar al psicoanálisis clásico que califica la psicopatología de un sujeto, a partir del conflicto psíquico, y adoptar una visión de lo patológico, que sea comprendido en el paradigma de la complejidad, teniendo en cuenta las condiciones de producción de subjetividad y no basándose solo en lo acontecido los primeros años de vida. Al respecto, escribe sobre el nuevo paradigma:

El sujeto es un sistema abierto autoorganizado porque los encuentro, vínculos, traumas, realidad, duelos; lo autoorganizan y él recrea aquello que recibe. Gracias a la teoría de la complejidad, lo actual (esta palabra insiste) va tomando otro lugar en la teoría y la clínica. Un bucle autoorganizador reemplaza la linealidad causa y efecto por la recursividad. Los productos son productores de aquello que lo producen. (p. 87)

En este sentido no se puede pensar las patologías subjetivas alejadas de los aspectos biológicos y socio-históricos, como tampoco podemos pensar al sujeto sin tener en cuenta las prácticas, discursos, ideologías, prohibiciones, deseos. El autor nos invita a repensar las series complementarias de las que Freud escribió en sus "Lecciones de introducción al psicoanálisis", diciendo que lo infantil no debe tomarse como un destino definitivo. Sería más adecuado, desde este paradigma de la complejidad, pensar a estas experiencias infantiles como una potencialidad que se va a desplegar en función de cómo se autoorganice con lo actual, a partir del procesamiento de encuentros, vínculos, duelos, sublimaciones, etc.

En consecuencia a lo expuesto en estos párrafos precedentes, nos hacemos eco de las palabras de Ritvo (2003): "diagnosticar no consiste en subsumir un ejemplar en una clase nosográfica, sino en delinear (...) el trayecto de alguien situado frente a sus alternativas" (pp. 19-20).

Por ende, sería inadecuado hacer una descripción exhaustiva tipológica, en torno a las patologías del narcisismo desde el psicoanálisis, a modo de manual de diagnóstico psiquiátrico. Además resultaría una tarea infructuosa, ya que el término, como se señaló en la presentación de este trabajo, engloba a distintos padecimientos que parecen ser de muy variadas características.

Cabe decir que el narcisismo no sólo debe pensarse como patológico, sino como "el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que se le atribuye una dosis a todo ser vivo" (Freud, 1996, pp. 71-72). Hornstein (2003) lo denomina narcisismo trófico, definiéndolo como el interés por uno mismo dedicado a metas y actividades que movilizan el deseo del sujeto y que en definitiva alimentan la autoestima

y la identidad a partir de la consecución de objetivos, ambiciones e ideales. Es decir, el narcisismo es constituyente del yo (lo nutre), como también del superyó e ideal del yo. Y respecto del narcisismo patológico, advierte:

propio por la admiración externa. El déficit narcisista produce un yo amenazado por la desintegración y por una sensación de vacío interior. (p. 5)

Consecuente con su visión de lo patológico, Hornstein (2010) señala que estas patologías si bien no dejan de ser expresiones del déficit narcisista de todas las épocas, son producto de las subjetividades que se generan en la actualidad, caracterizadas por un desmedido interés por el propio sujeto y falta de miramiento y empatía por las personas que lo rodean, pero ello no implica que debamos generalizar como la característica de una época sino que el autor nos invita a buscar la trama conflictiva que la origina, sobre la organización tópica de las instancias psíquicas. El punto de partida de su teorización sobre el narcisismo patológico es pensar al psiquismo como un sistema abierto y complejo; que se modifica por el contacto con influjos ambientales y autoorganiza a lo largo de la vida:

La represión originaria, el pasaje del yo de placer al yo de realidad, el sepultamiento del complejo de Edipo, la metamorfosis de la pubertad y todo duelo que produce una recomposición identificatoria pueden y deben ser considerados procesos de autoorganización. (p. 43)

En su texto "Hacia una clínica del narcisismo", Hornstein (2008) presenta cuatro modelos para pensar las diversas patologías del narcisismo y desarrollar una teoría compleja acerca de la clínica del narcisismo. A cada uno de los modelos, le corresponde una metapsicología particular: "Los cuatro modelos tienen que ver con el yo: consistencia, valor, indiscriminación con el objeto, pérdida o no constitución de las funciones. Y remiten a conflictos distintos" (párr. 52).

El primer modelo del que habla el autor, en que el sentimiento de sí se ve afectado, presente en las paranoias, las esquizofrenias y los casos fronterizos. Este sentimiento de sí, involucra la identidad, es decir la construcción identificatoria. Sin esa referencia identitaria, el reconocimiento de sí, queda sin sostén, porque se manifiesta una inconsistencia del yo. Hornstein (2008) plantea que estos pacientes ante una crisis en la actualidad, han producido una regresión a una etapa de la historia identificatoria en el que ha habido una ruptura del yo.

El segundo modelo propuesto caracteriza sujetos que poseen un escaso valor del yo. El autor señala que las actividades y vínculos de estos pacientes, reflejan el déficit de la valoración del yo, y que esto se relaciona con las investiduras narcisistas del yo, particularmente la otorgada por los progenitores en el devenir del yo. Coloca a las depresiones y las melancolías en este modelo, ya que permiten vislumbrar el recorrido identificatorio en el que se constituyeron el yo y el superyó y su manifestación en el sujeto en cuanto a sus valores y las metas que tiene en la vida, los ideales que ha constituido y cómo influye en la autoestima de sí.

En su tercer modelo lo que no se puede diferenciar es el objeto real del objeto fantaseado, es decir son sujetos en los que la percepción de la alteridad está imposibilitada. Hornstein (2008) aborda al sujeto del psicoanálisis con 4 instancias yo, superyó, ello y realidad, y aclara que en las patologías del narcisismo se complica la relación con la alteridad, porque "no hay reconocimiento del otro como otro" (párr. 65).

La inconstitución de ciertas funciones del yo o de su pérdida por un desmedido pensar, hacen que su cuarto modelo sea tributario de la clínica del vacío. El yo aparece empobrecido, desinvertido, por un sufrimiento que para el sujeto le resulta excesivo.

Amigo (2005) caracteriza al "yo sombrío y apesadumbrado" (p. 119) en las patologías del narcisismo; indica que estos pacientes se caracterizan por un yo "repleto de una carga maldita" (p. 119), y señala que esto es debido a que en el campo imaginario aparece deslucida la escritura del fantasma, y deja como huella el fracaso del mismo.

La estructuración de un sujeto no se da en un solo acto, sino que, durante la primera y segunda infancia, la adolescencia, estos "sujetos en trámite" (Amigo, 2005, p.257) deben atravesar varios movimientos en la escritura de la falta para que su

normativizante; por tanto, en las fallas que detenten en ese recorrido podremos trazar el mapa del fracaso de su fantasma, si no hubiera decantación en alguna de las opciones típicas de estructura (neurosis, psicosis o perversión). La autora escribe sobre el fracaso del fantasma:

El gran problema clínico es que no hay retraducción imaginaria de la eficacia de las escrituras logradas de los registros real y simbólico. Lo imaginario no termina de recibir los efectos normativizantes de la castración, que debiera ser vivida ahí como herida narcisista. Esta particular constelación hace al sujeto capaz de rechazo del goce pero, al encontrarse detenida la avanzada de constitución del fantasma, por fallar la concurrencia del registro imaginario que no le otorga la tercer cuerda para localizar al a, el sujeto padece fracaso del fantasma. (Amigo, 2005, pp. 272-273)

Al hablar sobre estas presentaciones clínicas, subsidiarias de una cuarta estructura, y su escritura, Amigo (2005) plantea que lo normativizante en la neurosis es contar con la castración fálica, por lo que, en la escritura del sujeto neurótico, al Nombre del Padre le corresponde el significante fálico $P + \diamond\diamond + (-\diamond\diamond)$.

La escritura en el caso de sujeto cuyo fantasma fracaso es: $P + \diamond\diamond + (-\diamond\diamond 0)$. El $-\diamond\diamond$, la castración en el caso de las neurosis, acarrea un goce que el sujeto ha debido renunciar, pero que no deja de buscar, el objeto a sostiene la posición deseante y esto es gracias a que la constitución de su fantasma le permite introducir el registro imaginario (de un objeto pulsional) en esta trama simbólica. En el caso del fracaso del fantasma, el $-\diamond\diamond 0$ implica que, ante la castración, el sujeto encontró "algún remedio (adicciones, tendencia a la actuación u otros) que, apoyándolo para seguir vivo, le impide paradójicamente relanzar la escritura en el sentido normativo" (Amigo, 2005, p. 274). Al no haber reprimido a modo de la neurosis, lo que se manifiesta en su accionar permanece en el terreno del goce.

Abordaje clínico de las patologías del narcisismo

Uno de los ejes fundamentales para pensar la clínica del narcisismo es la dialéctica entre el paciente y el analista en el curso del tratamiento. Siendo que en estos sujetos se destaca la dificultad de la instalación de la transferencia en el dispositivo analítico, tal como lo menciona Porchia (2000) en “Acerca del Narcisismo”:

Siguiendo la historia del concepto que nos ocupa, Karl Abraham (1919) en “Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico” describe la resistencia transferencial en el tratamiento de determinados pacientes como proveniente de su narcisismo, resistencia que incluso conduce al fracaso terapéutico. Posteriormente en 1921, lo relaciona con el posible origen de las dificultades en el establecimiento de la capacidad de amar. (p. 10)

Hornstein (2008) en su texto “Hacia una clínica del narcisismo”, escribe respecto de la finalidad de un tratamiento psicoanalítico:

Lo confiese o no, un analista tiene sus metas. Un kleiniano, que el paciente alcance la posición depresiva; otros analistas, que se trabajen los aspectos psicóticos clivados del yo; los lacanianos, el atravesamiento del fantasma; los norteamericanos, un reforzamiento del yo; los kohutianos, la internalización transmutadora. (párr. 88)

Su propuesta, fiel al paradigma de la complejidad, supone un abordaje, en la clínica actual y particularmente con las patologías del narcisismo, en el que no se separe la teoría de las prácticas, él utiliza el plural para destacar que no hay una sola manera de

hacer clínica psicoanalítica: “Una forma de pensar compleja se prolonga en una forma de actuar compleja. Por eso *el método, en los tratamientos, debe incluir iniciativa, invención, arte, hasta devenir estrategia*. Estrategia y no programa. *La estrategia acepta la incertidumbre* [las cursivas pertenecen al autor]” (Hornstein, 2008, párr. 78).

Para él, el analista debe actuar como sostén del yo de estos sujetos que están aquejados por un déficit en su narcisismo y orientar su trabajo en dirección a angostar lo deficitario en el psiquismo del paciente, restablecer esos cursos psíquicos detenidos gracias vivencias traumáticas que impidieron una constitución yoica más sólida. Desaconseja un análisis clásico, ya que son pacientes a los que se les dificulta la asociación libre, por su limitada capacidad de simbolización. Su tendencia a la actuación, su impulsividad, la abundancia de identificaciones proyectivas y las escisiones yoicas que manifiestan, hacen que la modalidad transferencial sea particularmente compleja, haciendo de la tarea del analista algo más compleja también, al respecto profiere el autor: “Un analista trabaja siempre con su disponibilidad afectiva y con su escucha. En las patologías narcisistas se le solicita algo más: su potencialidad simbolizante, no sólo para recuperar lo existente sino para producir lo que nunca estuvo” (Hornstein, 2008, párr. 92). Como ejemplo, señala que con aquellos pacientes que han vivido experiencias de presencias excesivas, abrumadoras o por el contrario escasa presencia material y verbal por parte de las figuras de cuidado, el analista obrará subjetivamente en una estrategia atenuantes; no solo indaga para conocer el pasado e interpretarlo, sino de que descubrirá y producirá, junto al paciente nuevos modos de relacionarse con otros.

Amigo (2005) plantea que en los casos de pacientes que se ven afectados en su narcisismo, los que ella teoriza como una posible clínica del fracaso del fantasma, no se puede buscar que el fin del análisis sea el atravesamiento del fantasma, como si se espera en el caso de neurosis de transferencia: “En estos casos de “fracaso del fantasma”, la cura habitualmente termina cuando el sujeto ha logrado constituir el fantasma. No cuando lo ha atravesado, sino cuando lo ha constituido” (p. 279). Escribe que esta constitución del fantasma debe ser mediante procesos de escritura y reescritura.

Tanto Amigo como Hornstein remarcan la dificultad transferencial de estos pacientes. Por su parte, Soria (2015) describe “fenómenos transferenciales extremos” (p. 15) en los que pareciera que el paciente exigiera una posición inamovible de su analista,

13

ya que su intervención puede ser sancionada como burla, ataque, o cruce de un límite precipitando al extremo opuesto transferencial, de la admiración al aborrecimiento, por ejemplo.

En ese sentido se lee una y otra vez en los autores la sugerencia, de ser cautelosos a la hora de realizar una intervención, si bien uno debe ser facilitador de recursos simbólicos particularmente con este tipo de pacientes, recursos que estos mismos cuentan de manera limitada, ciertas interpretaciones, y/o chistes deben ser acotados porque se trata de evitar que se lea erróneamente la intención del analista. De hecho, la intervención es señalada como más adecuada, ya que el material que presentan estos sujetos no está cifrado para poder realizar una interpretación.

Es oportuno traer en este punto lo expuesto en la presentación de este trabajo; sobre la constitución subjetiva en el proceso de alienación y separación, y tener presente lo expresado por Lacan (2003) acerca del segundo término, “en ella vemos asomar el campo de la transferencia” (p. 221).

Heinrich (1996) nos recuerda que para que una neurosis sea de transferencia, el sujeto debe estar posicionado en relación a un Otro que brinde su escucha, pero ocasionalmente, en la clínica, ve pacientes que no cuentan con esa “posibilidad de transferencia” (p. 15). La autora realiza la suposición de que, en tiempos instituyentes, el Otro primordial, generalmente encarnado en la figura de los progenitores, no ha ofrecido el intervalo requerido “para que el sujeto transfiera el objeto al cual se identifica” (p.16). Por

tanto, no puede ubicarse fantasmáticamente en relación al Otro.

Se acentúa en estos sujetos la necesidad de hacerse un lugar en el campo del Otro. Esto se evidencia en las continuas manifestaciones en lo real que el paciente exterioriza por los medios que le quedan disponibles. Es decir, mediante impulsiones, compulsiones, excesos que los ponen en riesgo, con el objetivo de convocar esa falta que el Otro pareciera carecer, por no haber operatoria de la ley. Esta ocasión brinda la oportunidad de que el analista se presente como “tercero de apelación” (Ulloa, 2005, párr. 2) encarnando a la ley para poner un coto al goce, y como consecuencia a toda acción impulsiva.

Al respecto de cómo operar en clínica, menciona Heinrich (1993):

Un intento de hacer pasar del tiempo de la urgencia, del “no puedo evitar hacerlo” a un tiempo lógicamente diferente que es el tiempo del saber de tiempo del “no se” que implica un saber.

Nuestra posición intentará entonces causar el trabajo de modo tal que la emergencia tome la dirección del síntoma. Algo que en un primer tiempo es signo pase a ser síntoma. Tiempo necesario para la instalación del dispositivo. (pp. 61-62)

La dirección de la cura, como señala la autora, se dificulta, ya que no hay una demanda de análisis como la conocemos en la neurosis, aunque no faltan demandas por atender, que llevan los límites del encuadre terapéutico más allá de las cuatro paredes del consultorio y a una disponibilidad del analista por fuera de lo establecido, para “ir construyendo un borde allí donde no lo hay” (p. 107). Señala Ramos Chappe (2003):

Clínica donde encontramos a un sujeto barrado saturado al objeto a. Intentaremos propiciar un tránsito que lleve al analizante a recortarse como sujeto barrado separándose así del objeto. Tránsito altamente comprometido por la incidencia de la pulsión de muerte que toca en lo real de la existencia de ese sujeto. (p. 169)

Conclusión

Este trabajo versó sobre sujetos de difícil categorización y complejo abordaje clínico, caracterizados por un yo, constituido a nivel del narcisismo, que ha sido estructurado con severas carencias, probablemente por un deficitario sostén del Otro primordial.

La fallida relación de estos pacientes con su Otro primordial pareciera ser el causante de que estos pacientes no lleguen a encauzar su devenir en las vías del deseo, y se vean sentenciados al derrotero del goce.

Como resultado del material revisado, vemos que a pesar de las divergencias en la elaboración teórica entre Amigo y Hornstein, ambos autores concuerdan en la descripción fenomenológica de las patologías del narcisismo, como se menciona en la presentación del trabajo. Nos relatan una clínica de excesos, satisfacción sin medida, compulsiones e impulsiones.

Tanto los cuatro modelos propuestos por Hornstein para pensar las patologías del narcisismo, como el fracaso del fantasma que sitúa Amigo en estos pacientes, nos hablan

de sujetos en los que su armado narcisista se vio afectado y/o detenido en el devenir psíquico. Debido a ello la propuesta clínica de ambos autores consiste en facilitar un andamiaje para que eso que no tuvo lugar, se pueda sortear de manera más benévola para el sujeto.

Por tanto, Amigo propondrá constituir al fantasma como dirección de la cura, a partir de escribir y reescribir, para que algo de la castración pueda inscribirse y limitar el goce que actúa como tapón de la división subjetiva.

La estrategia clínica que declara Hornstein es proporcionar al yo de estos pacientes, que se nos aparece como un yo escindido, inconsistente, indiferenciado y desvalorizado, ese sostén que le faltó para poder lograr una constitución yoica más sólida y en consecuencia una manera más saludable de relacionarse consigo y con los demás.

Los diferentes autores abordados en este trabajo, concuerdan con que la clínica en las patologías del narcisismo se ve afectada por la dificultad de instaurar la transferencia, ya que al parecer estos pacientes, repiten la desconfianza hacia el Otro primordial; presumiendo que esta reticencia fue causada por el desfallecimiento del Otro en su funciones de intérprete al limitarse a lo concreto de las satisfacciones de las necesidades básicas, complicando así que el analista ocupe el lugar de supuesto saber; "Si el Otro cae como sostén simbólico, se tratara de que nuestra presencia en tanto escucha, promueva la fe en un Otro, el analista, en tanto sujeto supuesto saber" (Heinrich 1993, p.62). Es por ello que aconsejan que el analista debe ofrecerse a alojar a este sujeto en su padecimiento, conservando la neutralidad, dejando fuera todo prejuicio y tomando a la intervención como privilegiada.

Teniendo en cuenta que son pacientes que no manifiestan interés por el saber, al no estar interpelados por su acciones, la estrategia estará de la mano de poder poner en juego algún interrogante que permita armar algo a modo de síntoma; y para ello el analista deberá valerse, entre otros artilugios, del recurso técnico recomendado por Freud en más de una ocasión y plasmado en su texto de 1937 "Construcciones en el análisis" para intentar restablecer piezas de la historia del sujeto que no pueden ser recordadas.

Las construcciones en el transcurso del análisis permiten, en el acto, historizar aquello que se presenta en el sujeto como pura acción, preguntando activamente: cómo, cuándo y dónde ocurrió, con el objetivo de ir revistiendo de sentido sus acciones, enlazar el acto a representaciones palabras, a significantes, "la transferencia tiene que ver con un amor al saber, con la instalación de un sujeto supuesto saber en un síntoma que no quiere decir nada para nadie". (Soria, 2015. pág. 46)

Para finalizar, podríamos preguntarnos si es posible una clínica del narcisismo ante los obstáculos que se presentan: la dificultad diagnóstica; la imposibilidad de aplicación del dispositivo clínico clásico, la abundante presencia del goce en pacientes que demuestran apatía por su padecer. Y la posibilidad para que ello suceda, es que en principio se instale la transferencia, que nos configure como sujeto supuesto saber, es decir diferenciándonos

- Amigo, S. (2005) Clínica de los fracasos del fantasma. Homo Sapiens Ediciones. Rosario. 2ª Edición.
- Freud, S. (2006) "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de «neurosis de angustia»". Obras Completas Volumen III. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 9ª Edición.
- Freud, S. (1996) Introducción del narcisismo. Obras Completas Volumen XIV. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 7ª Edición.
- Freud, S. (2001) Construcciones en el análisis. Obras Completas Volumen XXIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 6ª Edición.
- Heinrich, H. (1993) Borde <R>S de la neurosis. Homo Sapiens Ediciones. Rosario.
- Heinrich, H. (1996) Cuando la Neurosis no es de Transferencia. Homo Sapiens Ediciones. Rosario.
- Hornstein, L. (2003) Intersubjetividad y clínica. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1ª Edición.
- Hornstein, L. (2008) Hacia una clínica del narcisismo. Recuperado en junio 2021 de: <https://raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/354536>
- Hornstein, L. (2010) Narcisismo, autoestima, identidad, alteridad. Editorial Paidós. Buenos Aires. 3ª reimpresión.
- Lacan, J. (2003) El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires. 11ª Edición.
- Miller, J-A. y otros. (2014) La psicosis ordinaria. Editorial Paidós. Buenos Aires. Porchia, A. (2000) Acerca del narcisismo. Recuperado en junio 2021 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/acerca_del_narcisismo.pdf
- Ramos Chappe, C. (2003) (a) Vatares de la práctica clínica. Revista Psicoanálisis y Hospitales. Año 12. Nro. 24.
- Ritvo, J: Vindicación de la psicopatología septiembre 2003 Nro. 73 Imago Agenda Soria, N. (2015) ¿Ni neurosis ni psicosis? Editorial Del Bucle. Buenos Aires. Ulloa, Fernando (2005) Sociedad y crueldad. Recuperado en junio 2021 de: <http://virtual.beth.org.ar/mod/resource/view.php?id=9578>
- Yankelevich, H. (2005) Prólogo a la primera edición: Clínica de los fracasos del fantasma. Homo Sapiens Ediciones. Rosario. 2ª Edición.