



CUADERNOS DEL GPDM

Junio-Agosto

2021

VOL

2

Nº 2

Cuadernos del GPDM

2021: Vol. 2- N° 2

ISSN 2953-4666

Comité Editorial

Dra. Liliana H. Álvarez
Lic. Beatriz Burstein
Dr. Jorge A. Goldberg
Dra. Ruth Kazez
Lic. Nilda Neves
Dr. Sebastián Plut
Dr. Ariel Wainer

Publicación cuatrimestral

Estimados colegas y amigos

Este envío de Cuadernos coincide con la finalización de la primera cursada de la Diplomatura en el Algoritmo David Liberman dictada en la UAI, dirigida por Sebastián Plut y coordinada por Roxana Castro Wojda. La cohorte que termina su formación está conformada por 25 alumnos entusiastas que nos han estimulado con sus interrogantes y con el interés desplegado a lo largo de este año. Como resultado, para todos nosotros ha sido una excelente experiencia. Actualmente la segunda cohorte 2021 se encuentra en pleno desarrollo de sus clases y se encuentra abierta la inscripción para el tercer grupo que comenzará en 2022.

También en el plano académico, el "Programa Maldavsky de Psicopatología" ha finalizado el dictado del módulo de Neurosis y comenzará en el mes de septiembre el módulo de Estructuras Narcisistas.

En cuanto a las publicaciones, esta edición incluye la presentación de un nuevo libro colectivo, *Teoría y clínica en la obra de David Maldavsky* (Ed. Ricardo Vergara), que forma parte de la Colección Perspectivas dirigida por Carlos Tewel. Esta colección recoge el aporte de discípulos de valiosos y originales psicoanalistas argentinos como Arminda Aberastury, Silvia Bleichmar, Hugo Bleichmar y David Maldavsky.

Como en los números anteriores de Cuadernos, nos proponemos dejar plasmadas las contribuciones de los colegas que participan activamente de los encuentros que los cuartos sábados de cada mes convoca el GPDM, así como sostener abierta una invitación a quienes deseen participar.

Los saludamos afectuosamente,

GPDM – Grupo Organizador

Liliana H. Álvarez, Beatriz Burstein, Jorge A. Goldberg, Ruth Kazez, Nilda Neves, Sebastián Plut y Ariel Wainer

SUMARIO

26/06/21: Cambio clínico. Dolor, cuerpo y subjetivación	
<i>Eduardo Grinspon</i>	5
<i>Liliana H. Álvarez</i>	12
24/07/21: Presentación del libro <i>Teoría y clínica en la obra de David</i>	
<i>Maldavsky</i> , Editorial Ricardo Vergara	
<i>Facundo Oliveira (Brasil)</i>	14
<i>Juan González Rojas (España)</i>	18
<i>Ruth Kazez</i>	22
28/08/21: Cambio clínico. Obstáculos y desafíos	
<i>Delia Scilletta</i>	25
<i>Horacio García Grigera</i>	30

26/06/21

Cambio clínico. Dolor, cuerpo y subjetivación

Presentaciones de Eduardo Grinspon y Liliana H. Álvarez

Eduardo Grinspon

Aportes a la Terapia Psicoanalítica de Familia y Pareja (TPFP) de pacientes enunciadados como casos límite o en estado límite de su subjetividad y de la subjetivación

Dentro de las posibilidades dadas entre nuestros pacientes con un tipo de sufrimiento narcisista ligado a un estado límite de su subjetividad y de la subjetivación¹, nos encontramos con aquellos que han sobrevivido a catástrofes familiares sosteniendo al sufrimiento como organizador, y un apego al negativo² de un objeto causa y agente de su permanente sufrir. Sufrir como un último registro posible de la ausencia o falla del objeto alguna vez necesario.

Al enunciar la "necesidad del objeto para un yo", no nos referimos al yo sujeto de la pulsión (y al objeto de la pulsión en su dimensión intercambiable) sino al yo objeto del investimento pulsional. Es decir, un objeto para el yo en su dimensión narcisista.

Esta introducción implica diferenciar las catástrofes generacionales extra familiares - como la guerra o el genocidio-, de las intrafamiliares, dadas por la presencia de incesto, abusos narcisistas y sexuales, es decir transgresiones graves de una legalidad familiar, generadoras del clima de secreto familiar. Clima determinado por la presencia de lo secretado, un producto tóxico de una glándula de secreción intrafamiliar dada por las alianzas defensivas ofensivas patógenas (es decir enferman a otros).

Asimismo, hablar de supervivencia física y/o psíquica, implica aceptar que en nuestros pacientes hubo una experiencia traumática alguna vez vivida, con características específicas y probablemente con restos aún no vivenciados o subjetivados, en la cual se articuló un desvalimiento singular con su posibilidad de apelar a recursos a partir de los cuales logró su solución narcisista de sobrevida psíquica. Respecto a lo específico de esta experiencia de sobrevida, me refiero al matiz diferencial dado por su condición de resistencia (*endurance*) frente a la vigencia del sufrimiento como organizador ante la presencia de la negatividad. Este tipo de resistencia inauguró la posibilidad del apego al negativo del objeto como un apego de sobrevida -que finalmente es un apego a la vida- y su derivación identitaria, con la que nos encontramos. Esta derivación los posiciona como parte de un escenario en el que prima la negatividad representada por ejemplo por la presencia de la queja, la deuda y el reproche "de todo lo que no me ...".

Desde la perspectiva de la TFPF ¿qué tipo de parejas se presentan ante nosotros cuando se constituyó un pacto narcisista entre dos sobrevivientes a estas catástrofes específicas? Referimos a continuación a un pacto dado por la articulación de soluciones narcisistas y sostenedor de la vigencia de las corrientes defensivas singulares que han sido

¹ R. Roussillon.

² Este tipo de apego es una estrategia de sobrevida psíquica frente al sufrimiento narcisista identitario, en la cual el dolor es el último testimonio subjetivo de la no presencia adecuada del objeto; tanto en su función reflejante y posibilitadora del acceso a la singularidad del matiz afectivo, como el de sostener un superyó post-edípico organizador de los vínculos familiares. Se genera un clima tóxico en el que insiste la omnipresencia de la deuda, queja y reproche como una derivación pervertida del vínculo y la nostalgia y añoranza como temporalidad posible.

funcionalmente necesarias para sobrevivir. Este matiz, por su fijeza y habitual invariancia, es el que evidencia su rasgo identitario. Son soluciones patógenas en las que el sufrimiento es un organizador, y es precisamente la validez del propio sufrimiento lo que justifica la vigencia de estas corrientes defensivas. Una solución *à deux*³ en la cual los restos de experiencias traumáticas vividas por cada uno de sus miembros, pudieron transformarse "entre dos" en una herida narcisista referida y ligada a un agente responsable siempre deudor y omnipresente en lo actual⁴.

Esta solución *à deux* es una organización defensiva preventiva frente a la posibilidad del retorno de estos restos, que siguen sometidos a una compulsión de integración y subjetivación más allá del principio de placer y, como plantea Roussillon, por la reactivación dada en la actualidad de la vida del sujeto -por ejemplo pasajes por el soma específicos ante la opción de la muerte⁵- o bien en las alianzas dadas⁶. A estas variables nos referiremos hoy.

Este tipo de alianza, al garantizar la eficacia de las corrientes defensivas singulares, logra reducir la historia propia de cada miembro a una escena fija y privada co-sostenida en una articulación patógena atemporal⁷. Son pactos que sostienen la ilusión de auto-engendramiento *à deux*, un "sin historia"⁸ posterior al pacto de auto-desengendramiento, tal como lo plantea Carel.

³ E. Grinspon, "Del cuerpo familiar incestual a la singularidad subjetiva. Pasajes por el acto o por el soma como tránsito a la reapropiación subjetiva del núcleo identitario singular". El contrato deviene en una derivación "patógena", un pacto en el que prevalece una asignación inmodificable "a un emplazamiento de perfecta coincidencia narcisista entre el conjunto y el sujeto". En la alianza parental, cada uno le aporta al otro el personaje necesario para sostener la eficacia de las corrientes defensivas singulares. Esta derivación está presente tanto en la articulación sincrónica dada en las parejas, como en las familias, en las que ante el advenimiento de un hijo, a partir de su dependencia inevitable en la constitución de su narcisismo, se abre la posibilidad diacrónica, "que lo nuevo salido de nosotros", quede al servicio de esta neo continuidad identitaria familiar "a deux".

⁴ R. Roussillon, « *cerner l'impasse par attribution, en lui trouvant ou en lui reconnaissant un responsable, un « coupable », le fait d'une subjectivité humaine incarnée. L'impasse ne peut être traitée « de soi à soi», elle doit être partagée par au moins plus d'un autre, elle doit impliquer l'autre, lui être adressée.*

⁵ Partimos de pacientes quienes luego de muchos años de experiencia analítica transitan un proceso de estancamiento y degradación subjetiva progresiva. Pacientes quienes al acercarse a una experiencia de muerte orgánica o una experiencia límite equivalente, dada como consecuencia de movimientos de arrojamiento infrenables y compulsivos. Ante ambas experiencias de alguien aún vivo, se dio (se generó) un punto de inflexión, un límite a la hemorragia libidinal y un relanzamiento del circuito pulsional somato - psíquico. Referimos como inicio a una experiencia somática ya en ausencia psíquica que evoca en otros (médicos, familiares o analistas) la presencia de la muerte. Un otro sujeto y su pulsión cuyas intervenciones son registradas por esos cuerpos somato-psíquicos aún pulsionalmente vivos. Una aclaración pertinente ya que si hubieran muerto no serían hoy nuestros pacientes. Si la experiencia de terror es el registro subjetivo de la presencia inminente de la muerte posible, este escollo nos lleva a pensar un matiz diferencial dada por el arrasamiento de este matiz aun psíquico y el acceso a otro punto de relanzamiento de la ligadura pulsional necesaria para la vida.

⁶ Roussillon : « *La situation dont le sujet a dû se retirer pour survivre, celle qui portait l'agonie psychique, ne disparaît pas avec le retrait, elle disparaît du présent, de l'actualité du sujet, mais elle reste inscrite dans la psyché comme toutes les expériences significatives. Et les traces qu'elle a laissées sont susceptibles d'être réactivées, soit en raison de poussées intégratives internes liée à la compulsión de répétition qui représente une contrainte d'intégration « au-delà du principe du plaisir », soit en raison de réactivation en lien avec les situations rencontrées dans le présent, dans l'actualité de la vie du sujet, soit dans l'alliance des deux, l'actualité du sujet venant renforcer la menace d'activation interne des traces traumatiques »*

⁷ Escena que puede eternizarse al desplazar sobre su hijo las deudas ya prescritas (presencia del negativo) y de las que cada uno se siente acreedor.

⁸ P.C. Racamier. « *Le genie des origines » « L'inceste et L'incestuel »*

Pienso y jerarquizo que, cuando una pareja consulta, este movimiento es un pasaje por el acto que evidencia la vacilación del equilibrio inter-defensivo y es nuestra posición implicativa dentro de la inter-pulsionalidad posible lo que posibilita un acceso al cambio clínico.

¿Cuáles son las condiciones que podemos imaginar para que, al vacilar el equilibrio exitoso fracasado de este pacto, accedamos al trabajo de subjetivación historizante que conlleva al cambio clínico?

Los datos que referiré fueron surgiendo a partir de un proceso recorrido y una paulatina vacilación del equilibrio interdefensivo exitoso-fracasado, tendiendo hacia otro estado: fracasado en búsqueda de una diferencia⁹ (Grinspon). Insisto, estos datos no son objetivos sino relatos dados por la co-generatividad asociativa desde mi subjetividad implicada en sesión y en el espacio intersesión. Por esta razón, en nuestra clínica, sostengo que "relato mata dato". Una particularidad de este proceso ha sido que la vigencia patógena de uno de los miembros de la pareja como agente, determinaba sobremanera las posiciones dentro de las escenas dadas. Esto determinó un acceso a un encuadre ampliado no escindido, el que articulé entrevistas singulares con la Sra. y entrevistas de pareja. Proceso dado con el mismo analista en persona con su memoria y en posición prospectiva.

Material clínico transformado

Cada uno de los miembros de esta pareja ha sobrevivido a un clima de catástrofe familiar "para ese hijo" en su necesaria e inevitable dependencia. Ninguno de ellos debería haber nacido -¿existido?- y su presencia determinó consecuencias en la estructuración y continuidad de cada familia de origen.

La Sra. por presencia, fue causa de la pareja gestante y fundante de la familia, una sobreviviente del encuentro desencontrado entre sus padres. La pareja era ocasional y se dio un embarazo no previsto. Ante el embarazo y frente a la decisión de la madre de no interrumpirlo, la familia paterna ejerció una presión determinante del casamiento.

El Sr., por su parte, fue tercer hijo concebido luego de dos hijos con muy poca diferencia de edad y en un momento en que la realidad "hacía imposible" tener otro hijo. La pareja decidió interrumpir el embarazo, pero finalmente la madre no pudo y ocultándolo para no generar la furia su esposo, el embarazo continuó. Fue un hijo que "nunca molestó, ni lloraba"; dicho en sesión con orgullo narcisista Sostuvo su posición periférica, funcional fallida y por supuesto en deuda, respecto del organizador imperante hasta "lo actual".

La pareja consulta por repetidas crisis sostenedoras de un nivel tóxico de tensión y violencia verbal de la Sra., desbordes e impudicia desde siempre. Lo que marcó la diferencia y el motivo de consulta es que estas escenas comenzaron a darse en presencia de los hijos. La Sra. había iniciado varios procesos individuales fallidos. En sesión, frente a las afirmaciones de su esposa denunciante compulsiva y afirmante, el Sr. se ubicaba en la posición de un culpable y deudor.

Mi primer Registro Subjetivo Transferencial (RST) fue el efecto que tuvo en la pareja la presencia del hijo testigo. Esto promovió cierta caída de la impunidad y la recuperación de la vergüenza y el pudor. Hasta ese momento una acción reparaba otra acción, "total, no pasaba nada".

⁹ Concepto acuñado junto con David Maldivsky, a partir de pensar el proceso clínico como dinámico en permanente readecuación.

I. Escena fija o paradigmática inicial

La Sra., ubicada en una posición acreedora permanente ante el actuar deudor del Sr., en relación tanto con su presencia en la familia y su imposibilidad de resolver las necesidades económicas, como con un afuera jerarquizando las posiciones seductoras y protagónicas del Sr. De inicio estuvo claro que el nivel de vida familiar estaba garantizado por sumas de dinero que periódicamente la familia recibía de la distribución del rendimiento de campos heredados al fallecer el padre de la Sra., que ella administraba.

En sesión, el reclamo de la Sra. tenía un matiz singular dado por el tono denunciante, descargas afirmativas sobre una realidad desconocida por mí, un exceso de realidad histórica que me generaba un malestar por la confusión íntimo-privado, con frecuente pérdida de pudor.

El Sr., ante la avalancha incesante de afirmaciones sobre su accionar deficitario y deudor, entraba en un estado de confusión, alternando entre momentos de retracción de auto-comiseración y autoafectación¹⁰, con otros en los que se ubicaba en una posición contestataria y aplacatoria ante las afirmaciones provocantes convocantes de la Sra. Esta posición aplacatoria, de "la loca", perpetuaba el accionar de la Sra. en su función causa de la escena fija.

Desde mi RST (Registro Subjetivo Transferencial), todo interrogante planteado a partir de mi desconocimiento era devorado por el atractor centrípeto incestual. Se fue instalando en mí un malestar intrasesión frente al estancamiento y su retorno a "más de lo mismo"¹¹. No se trataba de una pareja que consultaba relatando los motivos que los traían a sesión, sino que desde el inicio me encontré implicado dentro una escena fija puesta en acto y a partir de "lo actual" de un modo incesante y en una reedición jugada en una temporalidad circular. Presencia del *impasse*, momento de estancamiento.

II. Segundo momento: Ante la escena fija. Sustracción del terapeuta de la coexcitación *à deux*

Desde mi posición implicativa al auto-sustraerme de la coexcitación fusional¹², me encontré en la posición de un testigo dentro de una escena que se tornaba previsible. Ante mi registro de la inevitable consecuencia del accionar de la Sra., intervine y dirigiéndome a la Sra., en presencia del Sr. le planteé una intervención contra-afirmativa: "ella no podía dejar de ser la testigo, quien denunciaba de un modo imparable y a su vez terminaba siendo la culpable de las consecuencias". Desde mi RST me digo: "Ahora en sesión me siento en presencia de dos culpables".

Ante mi intervención contra-afirmativa¹³ vaciló el aferramiento contestatario sostenido en la co-excitación fusional (correspondiente al equilibrio interdefensivo exitoso-fracasado). La Sra. se sustrajo y "continuó diciendo"¹⁴ que en una crisis psicótica de su hermana, internada y en plena incoherencia, esta enunció haber sido abusada por su abuelo, hecho encubierto por su madre.

A raíz de esta enunciación, desde la internación y acompañadas por el psiquiatra a cargo, la Sra. enfrentó a su madre violenta e inimputable, develando el secreto familiar. Esto desencadenó una crisis a raíz de la cual su padre, en situación de hartazgo, decidió separarse.

¹⁰ Apego al negativo del objeto, autoafectación en la producción *à deux* del objeto nostálgico.

¹¹ en su diferencia con la interrupción, ante mi registro de lo incuestionable de la continuidad del proceso.

¹² un atractor centrípeto incestual.

¹³ Ya que la posición de la Sra. sostenía su afirmación identitaria.

¹⁴ Ante la terceridad posible en un acceso al Equilibrio interdefensivo exitoso fracasado en búsqueda de una diferencia.

En esta separación, la Sra. pasó a ser la "hija única" sostén tanto de su padre como de su hermana desvalida, enfrentada a sus otros dos hermanos quienes no acompañaban y criticaban su posición destructiva, afirmando que era "otra loca más"

RST: considero que me encuentro frente a un clivaje familiar frente a lo secretado y sostenedor de una doble realidad.

III. Tercer momento: Retorno de/a la escena fija. Logro de un acceso a la figurabilidad en el Sr.

La Sra. retornó a la posición denunciante provocante y convocante de su esposo, y a partir del estado afectivo del Sr., intervino planteando mis interrogantes acerca de su desesperanza frente al hecho que "hiciera lo que hiciera siempre se llegaba al mismo desenlace".

A partir de allí, el Sr. logró sustraerse de la co-excitación y pudimos dar figurabilidad a su vivencia de no haber podido encontrar un lugar en su espacio familiar, siendo el que pudo migrar mientras que toda su familia -padres y hermanos- permanecieron en su país de origen.

En su tono se hacía presente una solución sacrificial, antinarcisista¹⁵ (la posibilidad del yo singular a deshacerse de su propia sustancia en beneficio del objeto), en la que la vigencia de su sufrimiento era su testimonio de lo no reconocido por el otro, y con un tono complementario al de su esposa sostenía su necesidad de demostrar en acto que "haga lo que haga no logro demostrar que no soy quien vos decís que soy".

IV. Cuarto momento: Nuevo retorno de la escena fija. Espacialidad terapéutica ampliada no escindida

A partir de un hecho banal tomado por la Sra. como confirmatorio de escenas de infidelidad, retornó el clima de la escena fija inicial. La Sra. comenzó a desbordarse y a acusar de un modo deliroide-paranoide a su marido. Reapareció un retorno incesante al desequilibrio de la Sra. y ante la posibilidad de ser "la loca" quien desde un tipo de rumiación y descarga imparable destruyera lo logrado "por nosotros", se generó en mí un malestar que me llevó a plantearle¹⁶ en presencia del Sr., (es decir una intervención en sesión) la posibilidad de tener una sesión singular para poder entender su sufrimiento, que no estaba pudiendo contener ni resolver. La Sra. aceptó y acordamos un horario.

En la primera de estas entrevistas (ya que luego el espacio no escindido se sostuvo un tiempo), frente al retorno en sesión de sus afirmaciones en un tono ya conocido sobre la realidad, surgió en mí una intervención en la que "me encuentro" planteándole: "¿Cuándo conoció a esta loca imparable y destructiva?". Esta fue una intervención contra-afirmativa de la cual tomé conciencia *a posteriori* de haber afirmado "esta loca".

¹⁵ F. Pasche llama anti narcisismo a "la posibilidad del yo (singular) a deshacerse de su propia sustancia en beneficio del objeto". En 1964, Francis Pasche formula la hipótesis de la existencia a la vez de una investidura narcisista centrípeta directa y de una investidura narcisista centrífuga. En la investidura narcisista centrífuga «el sujeto tiende a desasirse de sí mismo, a privarse de su propia sustancia o del stock de amor del cual él dispone. Existiría una tendencia original del sujeto a desprenderse de sí mismo, a ceder su libido al provecho eventual de aquello que está afuera. El sujeto tiende entonces «a la vez a empobrecerse a favor del objeto al mismo tiempo que a impregnarse del amor del que el prójimo dispone».

¹⁶ Función fórica del analista [65], para el sostenimiento de un encuadre "inhabitual pero no transgresivo", que posibilite su función semaforizante productora de signos "para alguien". En familias en las que el pasaje al acto fue la defensa contra la toma de conciencia y elaboración del sufrimiento, el valor del actuar y sus restos se torna central a nivel del espacio transferencial, en el que basculan la interacción comportamental con el "entre-jeu"[R.Rousillon] posibilitado por nuestra presencia psíquica.

Ante esta intervención emergió en “mi paciente singular”, casi sin solución de continuidad, en la loca que su madre se transformaba cuando en su marido se daban ausencias incontrolables, y sus posteriores descargas violentas tanto sobre su padre como en el cuerpo de esta hija. Escenas de tensión en las que la Sra. se aportaba como objeto calmante para su madre, y su cuerpo sostenía marcas del testigo de la tensión y violencia subyacentes en la relación entre sus padres.

V. Quinto momento: Historización

En el espacio de la pareja, en un clima reflexivo pudieron comenzar a historizar. En palabras de la Sra.: “Mi padre fue bueno, pero también contradictorio, parecía que no fuera la misma persona”. Reflexión que me llevó a agregar “siendo yo la misma persona”. El Sr. comenzó a aportar datos, ya que él también había sido adoptado por este padre como parte de su familia, y juntos pudieron co-construir que siendo la Sra. la única persona de confianza de su padre, era la que conocía los recursos económicos y su vida íntima. La Sra. era una testigo silenciosa, parte del mundo del padre, fascinada por una seducción narcisista patógena. La Sra. relató en sesión los secretos nunca compartidos con sus hermanos, secretos económicos de su padre más allá de los campos.

VI. Sexto momento: Salir de la norma incestual y acceder a una legalidad posible. Presencia del cuerpo propio. Pasar de ser objeto quejoso y sufriente del accionar del otro en la solución *à deux* a ser sujeto del propio dolor

Ante la aparición de un preocupante tumor abdominal en la Sra., se indicó una cirugía exploratoria. La Sra., antes de operarse, decidió reunirse con sus hermanos para compartir aquello secretado impuesto por su padre, acerca del patrimonio económico. Si bien su hermana continuó siendo una aliada, sus hermanos tuvieron nuevamente una reacción violenta desestimante. Interrumpieron toda relación, dejaron de verla y en sesión se impuso un silencio centrípeto.

RST: Presencia en sesión de este silencio centrípeto “dolorosamente” audible por mí.

Reapareció en la Sra. la sensación de haber destruido un orden familiar, al igual que cuando denunció el abuso padecido por su hermana. Ella no pudo compartir con sus hermanos aquello secretado que en aquel momento la mantenía unida incestualmente¹⁷ a su padre. Sostuvimos en sesión sus registros de “lo propio” ante su intención singular de la diferenciarse de la posición de Hija Única de su papa.

RST: ¿un intento de terminar de nacer en su singularidad subjetiva?

Su esposo en una posición continente y disponible junto a sus hijos acompañan a la Sra. en su cirugía. Si bien la intervención quirúrgica resulta exitosa, se da en los días posteriores un dolor de intensidad desconocida.

RST: En mí advino la imagen de que la Sra., al intentar acceder a lo propio no reductible, algo del dolor se transforma en vivencia (se hace presente este dolor propio). Intervine en las sesiones posteriores sosteniendo que “el dolor duele”.

Si bien su experiencia de dolor fue disminuyendo, comenzó con disnea, una dificultad en respirar cada vez más intensa que comprometía seriamente su estado general. Ante esta

¹⁷ P. C. Racamier enuncia la “Anti Catastrofe” como la estructura defensiva puesta en acto, para que se sostenga el estado exitoso del Antedipo con su particular estructuración narcisista dada por la vigencia de un organizador superantioico (*surantimoi*) pervertizante de la diferencia generacional y garante de que aquello expulsado no retorne. Al arrasar con la diferencia inter generacional, lo nuevo, es decir generación siguiente queda al servicio de procesar lo intrusivo traumático de la anterior, pervirtiéndose de este modo la singularidad de la economía vincular de la primera. Este movimiento pervertizante está relacionado con la trilogía defensiva “preventiva” formada por la incestualidad, la solución perversiva narcisista y la paradojalidad cerrada.

derivación y por lo confusa de su situación, el equipo médico decidió volver a internarla. Acompañé por presencia en la internación y en uno de estos momentos dramáticos de internación hospitalaria, y ante su desvalimiento y dependencia necesaria con el tubo de oxígeno, me dijo "sola no puedo". La acompañé en su "mascara" y repetí "sola no se puede". Se confirmó una reacción autoinmune y se prescribieron corticoides. La Sra. comenzó a manifestar una posición negativa y resistente a esta medicación.

RST: Establecí nexos con otros pacientes en quienes detecté similar retracción defensiva, en momentos en los que al nombrar su mecanismo privado de "auto-inmunidad", develado en su función mensajera y de pedido desde su propio cuerpo hacia un otro disponible, se refugian en esta retracción.

Me encontré entre su cuerpo, el equipo médico y su familia cooperando, muy angustiada. Retornan en mí las frases "el dolor duele" y "sola no puedo", desde su cuerpo propio totalmente desvalido y dependiente. Aceptar la medicación era imprescindible. Esto me llevó a intervenir enunciando frente a ella: "solo no puedo", es decir dramatiqué su cuerpo y pidiéndole a "mi paciente" enuncié "solo no puedo" en presencia de su esposo. Además, era mi registro frente a la posibilidad de la muerte de mi paciente.

Este fue un punto de inflexión, porque la presencia de sus hijos y su esposo posibilitó una red que sostuvo su acceso a la medicación. El tratamiento paulatinamente comenzó a organizarse. La mejoría de la Sra. posibilitó un clima continente en el cual el Sr. también pudo acceder a su propio trabajo de historización poniendo en cuestionamiento los vínculos desplegados en los propios clivajes sostenidos con sus hermanos. El proceso terapéutico continúa.

Me detengo en este punto porque mi intención es compartir nuestra posición implicativa en sesión y en el espacio intersesión, que posibilita el acceso al trabajo de subjetivación frente a la vacilación posible de estos pactos preexistentes.

En estas parejas atrapadas en escenas fijas sin acceso a la historización, por preeminencia de "lo actual", nuestra posición implicativa a partir de nuestro encuadre interno les permite una vacilación del equilibrio preventivo y defensivo ofensivo hacia mecanismos defensivos más benignos y subjetivantes.

Liliana H. Álvarez

**Alianzas vinculares. Distribución de las pulsiones y defensas intrapsíquicas.
Comentario sobre el trabajo de Eduardo Grinspon**

Nos ubicamos en el territorio de alianzas vinculares, en las que uno o más de sus integrantes son portadores de una corriente tóxica, pacientes que al no poder procesar el conflicto de un modo intrapsíquico, interinstancias, necesitan que éste se juegue permanentemente en una "trans-subjetividad.

Maldavsky afirmaba que la distribución de las pulsiones y las defensas intrapsíquicas son las que nos permiten interpretar la lógica de los intercambios vinculares, tanto los creativos como los estereotipados, y que al momento de diferenciarlos lo que cobra especial relieve es la particular combinatoria que se despliega entre los partícipes, así como los cambios que se pueden presentar en el estado de dichas defensas que pueden pasar de exitosas, a fracasadas o mixtas.

La estereotipia es precisamente la manifestación de un vínculo sostenido en defensas patológicas exitosas, que suelen ser responsable de estados de estancamiento que se instalan en el decurso de un proceso terapéutico. Empecinamiento en mantener vínculos marcados por la insatisfacción, que sin embargo cumplen una función, en la medida que mantienen un cierto equilibrio narcisista a condición de encubrir un dolor sin conciencia. Nos preguntamos cómo entender estas formas de entrelazamiento particular cuando ambos miembros de la pareja portan traumas primarios, como vamos a escuchar en el relato del caso clínico. Podemos inferir allí la aparición de soluciones narcisistas de sobrevivencia psíquica generadoras de alianzas vinculares que buscan sostener, por este camino, un frágil y siempre en riesgo sentimiento de sí.

En esta línea es que podemos pensar estas alianzas como una forma particular de apego por la cual se sostiene un objeto de insatisfacción como condición para sentirse siendo en algún lugar.

Conocemos una forma del apego, a la que Maldavsky denominó apego desconectado y que en un vínculo de pareja, para decirlo brevemente, impone un lugar para un personaje despótico, que busca deshacerse de la realidad en la que el otro integrante está incluido. Quien se adhiere a este personaje hostil lo hace desde un sometimiento cuasi irracional, desarrollando conductas serviles sin registro de que lo hacen y sin reproche ni queja. En la búsqueda de calmarlos, a costa de sofocar sus propios registros afectivos, el propio Yo se ofrece a las descargas de ese otro en quien se proyecta el lugar de sujeto.

Eduardo nos presenta en su trabajo una forma particular de apego, que también trabajan Green, Anzieu, Racamier, y que está referido a parejas que sostienen el vínculo desde lo que estos autores denominan: apego al negativo del objeto. Modalidad de enlaces que testimonia la marca de carencias narcisistas resultantes de una falla primaria en la presencia del objeto. Marca que deja un estado de nostalgia por lo nunca habido.

Por este camino, el contrato narcisista que se instala en estas parejas representa "el precio a pagar para asegurarse el investimento de objeto, en el intento de evitar el retorno del traumatismo primario".

Sabemos que la posición de sujeto se construye, y lo hace a partir del encuentro con otro sujeto que debe estar disponible desde el comienzo como objeto para las primeras investiduras pulsionales. En este sentido, ya en el Proyecto de psicología para neurólogos, Freud señala la amenaza que supone para la construcción psíquica, una señal de descarga que se desencadene en la ausencia del objeto. De allí la referencia al traumatismo pulsional primario. Se trata de una forma de descarga sin satisfacción, que opera más allá del principio de placer.

El modo que toma el encuentro primario donde el objeto/madre se hace eco y responde a los movimientos pulsionales, necesidades y afectos del bebe, está en la base de los primeros registros de satisfacción del niño.

André Green, a partir del complejo de la madre muerta, plantea que la falta de su respuesta en los momentos iniciales, conduce a un estado en el cual "lo negativo es real" o podríamos decirlo de esta manera: lo real pasa a ser lo negativo. A posteriori, la presencia del objeto no modifica ese modelo negativo, que se impone como una relación objetal organizada, independiente de la presencia o ausencia del objeto. Así, el apego al negativo del objeto es el testimonio de haber establecido un vínculo de apego en un universo donde lo negativo es real.

Al nacer, el niño no tiene ninguna conciencia de existir. La madre es la que se constituye en testigo de su existencia, atestigua: "Eres alguien, un ser." Lo reconoce como su hijo, y luego durante el proceso de la complejización psíquica, desde su posición de espejo, contribuirá a que el sentimiento de sí se vaya constituyendo en el Yo infantil. Podemos vislumbrar cuáles pueden ser los efectos de vicisitudes o fallas en el cumplimiento de este proceso.

En la tarea clínica, frente a pacientes con profundos sentimientos de vacío, nos vemos compelidos a dar testimonio de su existencia. El camino para lograrlo, a veces será a partir de rescatar formas muy nucleares de sufrimiento, ligadas por ejemplo a traumas primarios o verdades ignoradas. Y son precisamente estereotipias vinculares, como estas formas de apego a las que aludí, las que se instalan como pretendida solución de profundas heridas narcisistas, encubridoras del dolor vía desestimación del sentir.

Pero a la vez, en la repetición que se hace presente en las escenas desplegadas en sesión por estas parejas, parece estar la búsqueda de un testigo/otro que registre el sufrimiento, que rescate al sujeto del dolor aportando figurabilidad y representación. Es entonces cuando la tarea de la construcción analítica se hace presente en todo su valor y nos ayuda a incluir aquello que mientras no tenía lugar en la historia pone en permanente riesgo el registro del sentimiento por el propio ser.

19/05/21

Presentación del Libro *Teoría y clínica en la obra de David Maldivsky*, Editorial Ricardo Vergara

Presentaciones de Facundo Oliveira (Brasil), Juan González Rojas (España) y Ruth Kazez

La presentación del libro se encuentra en: <https://www.youtube.com/watch?v=AFI-zaL2vDv4>

Facundo Oliveira Acerca de David Maldivsky

El lanzamiento de este libro es un nuevo homenaje de agradecimiento a nuestro querido David Maldivsky. Su trabajo y contribuciones al psicoanálisis y a nuestra práctica clínica son invaluable. Es un honor para mí participar en la presentación de este libro, tanto como alumno suyo como alumno de sus alumnos.

Solo voy a tejer algunas palabras sobre él, sin pretender hacerle justicia. Tengo un sentimiento de eterna gratitud por sus enseñanzas. Cuando recuerdo su figura siento una mirada benévola, llena de ternura, sin ser ingenua ni complaciente con las dificultades de los demás. David Maldivsky tiene ciertamente un lugar destacado en mi pequeña galería de hombres admirables. Dejaré la tarea de intentar ser justo y solo citaré algunos pasajes de nuestra convivencia, enriquecidos con los comentarios del Dr. Gildo Katz y Dr. Gley Costa.

Conocí a David hace más de 30 años, cuando establecimos el Grupo de Estudio en Porto Alegre con miras a crear una nueva Sociedad Psicoanalítica y en ese momento me correspondía presentar el primer caso clínico para supervisión. Me sorprendió bastante cuando, después de leer la primera frase del caso, David dijo:

- "Este paciente no es analizable".

Me sorprendió y me explicó:

- "Por su conflicto con el padre déspota al que se somete".

Le pregunté si no quería escuchar el resto del material y me respondió que no sería necesario.

El padre del paciente pagaba por su análisis. La madre aceptaba que el marido tuviera relaciones sexuales con las mucamas dentro de su propia casa. Perplejo y con el deseo de liberar a mi paciente, llevé la supervisión a mi análisis personal, con un profesor de renombre que me apoyó en el manejo de este caso. Él también pensó que era muy poco renunciar a este paciente en la primera frase.

Tres meses después, mi paciente abandonó el tratamiento. Necesitaba mantener su apoyo y sumisión a su padre. En ese momento, mi analista y yo sentimos una mezcla de envidia y celos por la habilidad y rapidez expresada por David.

Posteriormente, continué supervisando con él junto con tres compañeros más, Gildo, Gley y Mostardeiro, en agradables viajes a Buenos Aires.

Más tarde, Gildo y yo visitamos a David con la idea de hacer un convenio con la Fundación Universitaria Mario Martins (FUMM) para una maestría y un doctorado. Un poco avergonzado en realidad, pensando que tal vez éramos demasiado mayores para esto.

Se levantó y dijo:

- " Vengan conmigo..."

Nos llevó a un salón de clases lleno de estudiantes de nuestra edad y más. Llamó a la profesora y psicoanalista Nilda Neves, quien estaría encargada del desafío de iniciar la Maestría y Doctorado en UCES con nuestra institución en Porto Alegre. El curso se prolongó durante tres años, y para nosotros fue una experiencia de aprendizaje maravillosa, independientemente del título. Privilegiamos continuar uniendo los fundamentos teóricos y clínicos e incorporando gradualmente su investigación con el ADL.

En otra reunión, un simposio en UCES, comenté con David que había leído su texto "Una investigación sistemática de la subjetividad del mismo terapeuta en tres primeras sesiones aplicando el ADL (Algoritmo David Liberman). Árboles de decisiones clínicas, contratransferencia, complementariedad estilística". Le señalé algunas de sus afirmaciones sobre las contratransferencias complementarias e ideales. Él simplemente sonrió y dijo: "Te gustó mucho, ¿no?" (era muy modesto con los halagos).

Les pedí a Gildo y Gley, mis colegas más cercanos, relataran algún pasaje notable de sus experiencias con David.

Gildo Katz, quien durante muchos años fue su paciente, viajó desde Porto Alegre a Buenos Aires para unas sesiones concentradas en el fin de semana. David le decía que el esfuerzo de viajar desde tan lejos solo para las sesiones era un tratamiento en sí mismo. Gildo dijo que una vez llegó a la oficina enojado porque el taxista lo había estafado. David preguntó si lo podría indemnizar por lo perdido. Gildo obviamente no aceptó, ya que David no era responsable de los taxistas de Buenos Aires, y lo entendió como un gesto de generosidad. Además de esta conducta, ¿qué otros sentimientos y lecciones podemos aprender de esta situación?

En este pasaje, se puede ver la característica frondosa del árbol analítico de David. Un simple comentario al llegar a la sesión sobre el comportamiento del taxista, con contenido A1, llevó a David a contestar con una actitud A2, de contenido amoroso O2, empático, de buen humor, receptivo y muy generoso.

Gley Costa por su parte comenta que en estos más de 30 años de relación con David tuvo dos situaciones personales. En el primero, los dos hablaban de problemas con sus respectivas instituciones y él le dijo: "Gley, el problema en las instituciones son los mediocres".

La segunda situación fue cuando invitaron a David, junto con Marília Eisenstein de Francia, a ser el gran nombre de la *Jornada Brasileira de Psicanálise* de la SBP de POA en 2019, sobre los caminos del dolor. Cortésmente declinó la invitación y la presidente de la Sociedad le pidió que viniera. Cuando lo llamó, David le dijo que su esposa Clara tenía Alzheimer y que no sabía cómo estaría en el momento del viaje propuesto, comentando que era muy difícil perder a alguien con quien se convive por toda la vida. Lo instó a que viniera a ver a sus amigos en Porto Alegre y pasara algún tiempo con nosotros, pero Gley fantaseó que estaba anticipando que no podría soportar la pérdida de Clara. Unos meses antes de la dicha Jornada, falleció mientras dormía, poco después de que su esposa tuviera que ingresar en una clínica para recibir atención especializada.

En resumen, David necesitaba sus amores, su familia, colegas y estudiantes para vivir. Hay una cita de David que me llevo y me gusta mucho: "Es imposible sentirse a sí mismo sin sentirse sentido por otro".

Queridos compañeros y amigos de Argentina, España, Brasil y todos los que le estamos agradecidos a David, sin duda su legado es también para unirnos en el conocimiento y en el cariño.

Gracias,

José Facundo Oliveira – 24/07/2021

Sobre David Maldavsky

O lançamento desse livro é mais uma homenagem de gratidão ao nosso querido David Maldavsky. Sua obra e contribuições à psicanálise e a nossa prática clínica são inestimáveis. Como seu aluno, e aluno de seus alunos, foi com muita honra que aceitei participar desse lançamento. Vou tecer apenas algumas palavras sobre ele, sem a pretensão de lhe fazer justiça. Tenho o sentimento de eterna gratidão pelos seus ensinamentos. Quando lembro de sua figura sinto uma mirada benevolente, cheia de ternura mas não ingênua e complacente com a dificuldade dos outros. Ele certamente tem lugar de destaque na minha pequena galeria de homens admiráveis. Abrirei mão da tarefa de ser justo e apenas citarei algumas passagens do nosso convívio, enriquecido por comentários do Dr. Gildo Katz e Dr. Gley Costa.

Conheci o David há mais de 30 anos, quando instituímos o Grupo de Estudos em Porto Alegre visando à criação de uma nova Sociedade de Psicanálise e na época coube a mim apresentar o primeiro caso clínico para a supervisão.

Fiquei bastante surpreso, quando após eu ler a primeira frase do caso, David disse:

- "*Este paciente não é analisável*".

Fiquei surpreso, e ele explicou:

- "*Em função do seu conflito com o pai despota a quem se submete*".

Perguntei se não queria ouvir o restante do material e ele respondeu que não seria necessário.

O pai do paciente pagava a sua análise. A mãe, aceitava que o marido tivesse relações sexuais com as empregadas domésticas dentro de sua própria casa. Perplexo, e com o desejo de libertar meu paciente, levei a supervisão para minha análise pessoal, com um renomado professor que me deu apoio para tratarmos mais desse caso. Ele também achou que era pouco desistir deste paciente já na primeira frase. Três meses depois, meu paciente desistiu mesmo do tratamento. Precisava manter seu sustento e sua submissão ao pai. Na ocasião, eu e meu analista sentimos um misto de inveja e ciúmes pela capacidade e rapidez expressada pelo David.

Tempos depois, seguimos tres colegas e eu, Gildo, Gley e Mostardeiro, e supervisionando com ele em prazerosas viagens a Buenos Aires.

Mais adiante Gildo e eu fomos visitar o David com a ideia de fazermos um convênio com a Fundação Universitária Mario Martins (FUMM) para mestrado e doutorado. Um pouco encabulados, na verdade, achando que talvez estivéssemos um pouco velhos para isto.

Ele levantou-se e disse:

- "Venham comigo ..."

Conduziu-nos à uma sala de aula lotada de alunos da nossa idade e até mais. Chamou a professora e analista Nilda Neves que ficaria encarregada do desafio de iniciar o Mestrado e Doutorado da UCES com a nossa Instituição em Porto Alegre. O curso então seguiu por três anos, para nós um aprendizado maravilhoso, independentemente do

título. Queremos continuar unindo as bases teóricas à clínica e gradativamente incorporando o significado de sua pesquisa sobre o ADL.

Num outro encontro, simpósio na UCES, comentei com o David que tinha lido seu texto "Una investigación sistemática de la subjetividad del mismo terapeuta en tres primeras sesiones aplicando el ADL (Algoritmo David Liberman). Árboles de decisiones clínicas, contratransferencia, complementariedad estilística", observando suas colocações sobre as contratransferências complementares ideais. Ele apenas sorriu e disse: "- Gostaste muito disso não?" (ele era muito modesto com os elogios).

Pedi ao Gildo e ao Gley, meus colegas mais próximos, que relatassem também alguma passagem marcante com David.

Gildo Katz, que por muitos anos foi seu paciente, viajava de Porto Alegre à Buenos Aires para algumas sessões concentradas no fim de semana. David lhe dizia que só o esforço de viajar tão longe para as sessões já era por si só um tratamento. Gildo conta que, certa vez, chegou irritado ao consultório porque o taxista havia lhe aplicado um golpe. David perguntou se podia lhe indenizar pelo prejuízo descontando o dinheiro perdido. Gildo obviamente não aceitou, pois ele não seria o responsável pelos choferes de taxi de Buenos Aires, e entendeu este simples gesto como generosidade dele. Além desta conduta, que outros sentimentos e ensinamentos podemos retirar desta situação?

Nesta passagem, pode-se observar o recurso frondoso da árvore analítica do David. Um simples comentário ao chegar à sessão sobre uma conduta do taxista, com conteúdo A1, leva o David a responder com uma atitude A2, com conteúdo amoroso O2, empático, bem-humorado, receptivo e muito generoso.

Gley Costa relatou que nesses mais de 30 anos de relacionamento com David teve duas situações pessoais. Na primeira, estavam os dois conversando sobre problemas com as respectivas instituições e ele lhe disse:

- "Gley põe isso na cabeça, o problema com as instituições são os mediócras".

A segunda situação foi quando convidaram David para ser, junto com a Marília Eisenstein da França, o grande nome da Jornada Brasileira de Psicanálise da SBP de POA de 2019, sobre os caminhos da dor. Ele educadamente rejeitou o convite e a presidente da Sociedade resolveu insistir. Ao ligar para ele, David lhe contou que sua esposa Clara estava com Alzheimer e que não sabia como ela estaria na época da jornada proposta, comentando que era muito difícil perder uma pessoa com quem se convive uma vida. Insistiu com ele para que viesse ver os amigos em Porto Alegre e passar um tempo conosco, mas Gley fantasiou que ele estaria prevendo não suportar a perda da Clara.

Alguns meses antes desta Jornada ele faleceu enquanto dormia, pouco depois de ser preciso internar a esposa para ser cuidada numa clínica.

Resumindo, David precisava dos seus amores, de seus familiares, colegas e alunos para viver.

Tem uma frase do David que levo comigo e gosto muito: - "É impossível sentir-se, sem se sentir sentido pelo outro".

Queridos colegas e amigos da Argentina, Espanha, Brasil e todos que são gratos a ele, certamente o seu legado também foi nos unir no conhecimento e nos afetos.

Obrigado,

Jose Facundo Oliveira, 24/07/21

Juan González Rojas

Presentación del libro "Teoría y clínica en la obra de David Maldavsky"

Nuestra historia con colegas y maestros argentinos data del comienzo de nuestra formación en "grupo operativo" en el año 1976 (ya en el año 1975 habíamos conocido el libro de Isidoro Berenstein sobre Psicoanálisis Familiar, aunque en ese momento carecíamos de base clínica), estando el medio social profesional en Madrid muy en sus inicios. Comenzamos pues por el trabajo grupal antes que la formación psicoanalítica teórica. Casi inmediatamente empezamos a trabajar grupalmente en el medio educativo, y posteriormente de la mano de reconocidos maestros como Nicolás Espiro realicé una formación más clásica, siguiendo los cursos que él había impartido en la APA en Buenos Aires, y por él tuve conocimiento por primera vez de los trabajos de David Liberman sobre las patologías como una especialización comunicativa y el terapeuta como el decodificador de los mensajes que recibe.

En 1991 fundamos nuestra Asociación que en el 1993 creamos un dispositivo puente entre salud mental y servicios sociales, para trabajo con familias en riesgo, que nos lleva a recoger una ingente casuística de patologías de trastornos de personalidad *in status nascendi*. En esos momentos el psicoanálisis, al menos en Madrid, no daba cuenta ni clínica ni teóricamente de esas problemáticas detectadas, por lo que nuestra mirada se dirigió una vez más desde las profundidades de nuestro trabajo psicoanalítico a un afuera desértico, aun por describir y descubrir, junto con la necesidad de formación y de interlocución que no obteníamos de los maestros de ese momento en Madrid.

Es por eso que mi analista en aquel momento, de la IPA, apoyó mi decisión de ir a buscar esos conocimientos a París a finales de los años '90. Y es ahí donde en la búsqueda de nueva bibliografía encontramos el libro de *Procesos y estructuras vinculares*.

Estuvimos formándonos durante 2 años con el doctor Alberto Eiguer, presidente de la Asociación Francesa de Psicoanálisis de Pareja y Familia Île de France, incorporándonos a los seminarios mensuales con esta asociación francesa y empezando a participar en los congresos organizados en París, donde empezamos a conocer a colegas como Eduardo Grinspon, en las jornadas sobre Odiseas familiares.

Compré el libro sobre "Procesos" pero no me dio tiempo a leerlo antes de la anunciada visita de David Maldavsky para dar una conferencia en el Hospital de Getafe, en Madrid, porque Paloma de Pablos se me adelantó en su lectura, por lo que después de una inmensa y magnífica conferencia de David, aún todos los participantes estupefactos, me acerqué a David a la salida y le dije "le voy a presentar a una persona que sí se ha leído su libro, señalando a Paloma" a lo que él con su sonrisa y mirada burlesca me respondió: "¿Pero cómo es posible, no le ha pasado nada?".

Eso sería en el año 1999 y dio origen a un primer contacto personal, que sería seguido de otros muchos por internet; ya la primera cuestión sobre la que le pregunté fue sobre el concepto de "Doble" y eso generó un intercambio de correos, para mí afortunadamente fluido y rico.

David se hizo un interlocutor de todas las cuestiones que nos asaltaban en la práctica clínica, familiar, grupal, individual.

Casualmente el tema del "Doble" está en el primer trabajo del presente libro como desarrollo de la espacialidad del aparato psíquico extenso, su apertura hacia lo social al no yo, de lo que Sebastián Plut escribe.

De muchos de estos encuentros en París con maestros argentinos y franceses surgió la creación en Montreal en el 2006 de la Asociación Internacional de Psicoanálisis de Familia y Pareja. Posteriores jornadas y congresos nos llevaron a profundizar el conocimiento y la relación con David y muchos de ustedes, Eduardo Grinspon, Manuel Liss, Beatriz Bursstein, Liliana Alvarez, Nilda Neves, Susana Casaurang, Cristina Nudel ... y el compartir muy gratos momentos en Buenos Aires, Burdeos, Padua, Barcelona, Nápoles, París, Lyon, Lisboa y sobre todo Sao Paulo, con la gran ayuda de Manuel Liss ante una situación de bloqueo emocional en plena presentación de material clínico sobre la intervención con familias en el atentado terrorista de Atocha.

La creciente relación con David nos llevó a que nos comunicara que tenía un seminario en Valencia a donde venía desde hacía años, anualmente, nos puso en contacto la persona organizadora de los encuentros Bernardo Magraner, que nos hizo sitio en su grupo y donde nos incorporamos con rico intercambio, supervisión de casos, presentación de material clínico, dentro del grupo durante los muchos años que estuvimos acudiendo y grupo con el que seguimos en relación.

David tuvo la generosidad de añadir viñetas mías en trabajos teóricos suyos y el de realizar una publicación conjunta en *Actualidad Psicológica* en el monográfico sobre "Fracasos clínicos", con material de psicoterapia grupo en el contexto de Hospital de Día, igualmente en nuestro libro: *Clínica del sufrimiento en vínculos familiares, grupales e institucionales*, incluyó un trabajo conjunto sobre "Resistencias severas en una psicoterapia de grupo" y un trabajo suyo personal, en el mismo libro, sobre "Investigación de las coincidencias y discrepancias en una sesión de familia, un estudio del discurso de sus integrantes con el algoritmo David Liberman (ADL)". Este libro salió dos meses después del fallecimiento de David, en julio de 2019.

Quiero hacer mención también además de los aportes de los libros de David a la presencia siempre acompañante de Clara Roitman a los seminarios de Valencia y a los congresos y a los aportes de su libro *Los caminos detenidos* que también nos ha servido de guía clínica.

El último seminario habido con él en febrero de 2019 amenazó con llegar a no producirse, y ante mi temor de que no hubiera futuros encuentros personales, que hubiera desligadura, le di un pendrive con sesiones clínicas de psicoterapia de grupo de Hospital de Día para ver la manera de hacer una investigación sobre la evolución individual y grupal; es el trabajo inconcluso que tendré que hacer en solitario, ya que David falleció tres meses después.

Hemos trabajado multiplicidad de artículos suyos sobre muchísimos temas, quizá no muy sistemáticamente, los últimos sobre "*enactment*", sobre "la mente del terapeuta", "el pensar preconsciente-consciente" y "el estilo del terapeuta y sus fallas."

Pero quizá los trabajos de David, muy bien recogidos en el presente libro, se caractericen por el estudio de los procesos complejizantes tanto individual, grupal y familiarmente en un proceso de desarrollo del yo realidad inicial, al yo real definitivo desde una lectura de lo pulsional y de las defensas (exitosas, fracasadas o mixtas) y los avatares de los procesos de proyección (defensivos o patológicos) con uso de las defensas de desmentida, desestimación de la realidad o del afecto y sus repercusiones en la estructuración del aparato psíquico.

Su aporte a la conceptualización de la libido intrasomática, procesos de la investidura de órgano, triunfo de Eros sobre la pulsión de muerte, es su aporte creación más intere-

sante, y una reformulación de la clínica psicosomática. Las patologías tóxicas, los procesos activos de dejarse morir, el descomplejizarse, el camino a recorrer de lo intrasomático a lo mundano y el acceso a la palabra y a la función paterna.

En la dinámica de erogenidades y deseos del lenguaje del erotismo se manifiestan las diferentes patologías y sus producciones discursivas, en cuanto a ligadas a diferentes estadios libidinales y su posición en relación con el conflicto.

El análisis del discurso mediante el Algoritmo David Liberman recoge esa conflictiva a través de las palabras, actos del habla y relatos.

La progresión de la conquista por la pulsión, de los espacios psíquicos y temporales, dejan su inscripción como huellas mnémicas y representantes de cosa y palabra, junto a criterios lógicos de enlace entre ellos.

Se puede conectar esta concepción con los trabajos de Kernberg en cuanto al desarrollo de los puntos de fijación y a la coexistencia de corrientes psíquicas (Freud), igualmente a los trabajos de Bleger sobre los fondos sincréticos en las diferentes estructuras sociales y psicopatológicas, y también la conquista de la espacialidad y del no yo, tiene conexión con los trabajos de Winnicott; la complejidad de los desarrollos de las epidermis, de las pieles individuales, grupales, familiares, en que los trabajos de Anzieu, conectan con toda esta concepción de creciente complejidad, que se complementan con los trabajos de Kaës, en lo social y familiar con las concepciones sobre pactos y contratos narcisistas y la concepción de un aparato psíquico extenso.

La complejización de lo interindividual y lo subjetivo va delimitando los espacios exterior-interior, de los vínculos (social, pareja, filial, fraterno) para la tramitación anímica y pulsional. Su fracaso liga el cuerpo a procesos tóxicos y traumáticos, adicciones, violencia, angustias, fallando el revestimiento del núcleo letárgico desvitalizado, y cuestionando la energía de reserva.

Las defensas familiares funcionan como conmutadores de distribución pulsional (represión-transgresión, fantasía-operatividad, desafío-acatamiento). En la imposibilidad de tramitar algo endógeno, un procesamiento tóxico, aparecen estados de sopor, apatía y violencia.

En estas patologías tóxicas falta el registro sensorial diferencial y el matiz afectivo. Y la violencia como vinculación- fijación a un vínculo dominante a un personaje loco, que desarrolla procesos psicóticos, o a un grupo dependiente falto de subjetivación con sus detonantes el alcohol y drogas, con efecto de atribuir el delirio paranoico y suprimir el afecto; siendo la bulimia y la anorexia la supresión más exitosa del afecto. La violencia como intrusión o como separación por sacar al individuo de su sopor o del apego al grupo. La defensa de desestimación del afecto como primigenia, recurso de dejarse morir, autosupresión como respuesta subjetiva a un loco déspota. En la apatía se produce un descreimiento de la palabra, propia o del otro, reemplazada por procesos orgánicos, con alteración de la autoconservación. Discursos de fachada encubridora o mentirosa por falta de respaldo identificadorio en el propio decir, con identificación con un objeto decepcionante y fijación al trauma. Y debajo de la violencia, la desubjetivación.

La solución no pasa por la ley sino la ternura como sofocación y renuncia pulsional.

Es la pugna interpulsional entre el retorno a lo orgánico o la coraza protectora, y la aniquilación del otro como forma de librarse de la autodestrucción.

Los enlaces fraternos, la renuncia a la omnipotencia, el encuentro fecundo con lo no familiar y la afinidad vuelven soportable lo diverso.

En la corriente psíquica predominante en adictos y tóxicos está el deseo profundo de dejarse morir.

La envidia en adictos significa borrar la diferencia al extremo de borrar la vitalidad.

El goce de perder del jugador al punto de llegar al suicidio. La desestimación exitosa en ese momento, dolor vacío al enlazarse con masoquismo erótico, como en las tragaperras, y la mesa de juego o la ruleta como una madre dura y sin empatía, identificación ominosa con la realidad aniquilante.

El suicidio en anoréxicas es querer ser inscrito por la madre, celos y envidia como exclusión, y muerte.

Quizá debería haber escrito buena parte de esta reseña con comillas ya que remiten al texto del libro y a frases de sus diferentes autores, que recogen aspectos del rico pensamiento de David Maldivsky.

El libro termina con dos capítulos sobre la mente del terapeuta y la alianza terapéutica. En la tarea de co-construcción del vínculo terapéutico en que se recoge el motivo de consulta y la sintonía con los estados mentales, afectivos y somáticos del paciente, se realiza también la construcción de la alianza terapéutica; los tipos de procesamiento en sesión, la función de reflexiva del terapeuta y del rastreo del terapeuta, en proceso secundario, a través de sus intervenciones de sesión, sus deseos, sus defensas funcionales o patológicas, y los actos del habla, recogidos a través del ADL, detectando, escenas, fragmentos, acordes afines o no, todo ello recoge un mundo representacional inconsciente con sus lógicas, que instalan nexos cada vez más complejos.

Se detectan también las posibles perturbaciones de la mente del terapeuta. El necesario *rappor*t se logra mediante el encuentro transferencial y el genuino interés del terapeuta para conseguir una complementariedad estilística.

Para Bion es intuir lo inexpresado por el paciente, nombrando pensamientos y emociones, Winnicott habla de la reedición de los traumas tempranos en sesión, induciendo *actings* en el analista, en una compleja trama.

Y la tarea de que los acontecimientos emocionales puedan romper el circuito de lo actuado. Liberman hace hincapié en la interacción comunicativa y en los estilos de comunicación de cada tipo de organización psíquica, reseñando la complementariedad del terapeuta con el paciente como algo espontáneo, estudiado mediante el instrumento de ADL que detecta estas funciones comunicativas.

David Liberman recoge las distintas intervenciones para salir de los atrapamientos clínicos, provocados por los pacientes con defensas caracteriales, para no quedar asimilados a personajes de la vida de los pacientes y rastrear el efecto de las interpretaciones como factor de cambio; para Maldivsky el paciente induce al terapeuta a reeditar un personaje traumático de su vida donde las interpretaciones no pertinentes estancan el proceso; para Winnicott la falla del analista podría ser el punto de partida de algo fértil si el paciente responde emocionalmente con algo que tenga el carácter de algo inaugural, que genere nueva comprensión y nuevas alianzas.

El libro termina hablando de la capacidad potencial de relanzar el proceso terapéutico. Creo que esta es la tarea que nos ocupa también ahora a nosotros como forma de elaborar la pérdida de un amigo y maestro, un gran interlocutor, una persona generosa, apoyándonos en el grupo que habéis formado y en toda la obra de David.

Como me puso en la dedicatoria del libro de "Procesos": "Para Juan con el deseo de que en el libro encuentre una orientación para neutralizar el riesgo de perderse".

Creo que estoy encontrado y agradecido de haberme encontrado, a través de David con compañeros de viaje tanto en Valencia como en Buenos Aires para poder relanzar la creatividad en la complejidad, de la que este libro es un buen exponente.

Altea, Alicante, España, julio 2021

Ruth Kazez

Comentarios acerca de "Teoría y clínica en la obra de David Maldavsky"

En marzo de 2016 tuve el privilegio de acompañar a David Maldavsky y a Osvaldo Bodni en el último reportaje que daría el Dr. Horacio Etchegoyen, quien había sido presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional entre los años 1993 y 1997. De 96 años, delgado y físicamente frágil, este hombre sabio, inteligente y sereno nos recibió para conversar.

Era evidente que Etchegoyen y Maldavsky eran amigos desde hacía tiempo y me conmovió el trato entre estos dos maestros del psicoanálisis. Pese a conocer a David desde hacía casi 30 años, gran parte de mis encuentros con él se habían dado en su consultorio, en grupos de estudio, conversaciones o supervisiones, siempre en un contexto de trabajo o eventualmente en alguna consulta personal.

Esta situación me permitió ver a David como amigo de Etchegoyen. En la charla amena, ambos daban valor a la obra del otro, en un clima de afecto, ternura y respeto recíprocos. El reportaje requirió tres encuentros, siempre distendidos, en los que estuvo presente el humor. David y Etchegoyen disfrutaban estar juntos. El reportaje "salió bien", fue mérito absoluto de David y de Osvaldo, lo pueden leer en Internet, en la revista Desvalimiento Psicosocial que David fundó y dirigió en UCES hasta su fallecimiento.

De mi parte, cuando miro en retrospectiva la situación, me doy cuenta que participé de un acontecimiento único en varios sentidos: por un lado, el último reportaje de un prócer del psicoanálisis como Etchegoyen. En segundo lugar, presencié el intercambio entre tres psicoanalistas que valoraban de modo legítimo la obra del otro, y finalmente, un descubrimiento íntimo, al ser testigo de una situación: ver en acción a David, mi maestro, como amigo de sus amigos. Al conocimiento que tenía de él, se sumó esta nueva dimensión, conmovedora, humana, que hasta hoy era parte de mi acervo privado de recuerdos y que elijo compartir con ustedes en esta ocasión especial.

David ofrecía encuentros de media hora para conversar. Eran treinta minutos justos que él dedicaba a su invitado para hablar acerca de su último trabajo o de la investigación que estaba llevando adelante. Siempre encontraba algo novedoso para sugerir, y transmitía entusiasmo para continuar. Abría caminos para el pensamiento, nuevos senderos dentro de la mente de su interlocutor. David irradiaba vitalidad. Como contrapartida, valoraba la lectura crítica de sus trabajos, le interesaba rectificarse para desarrollar complejidades crecientes en el abordaje de diferentes problemas teóricos, clínicos y metodológicos. Estoy segura que cada uno de los que lo conocieron sintió que era especial para él. David tenía esa virtud: hacer sentir único al otro, de un modo genuino. Y esa mirada era así, potente, porque provenía de alguien admirado y querido.

David no solo transmitía su saber sino también un modelo de pensamiento, riguroso, intentando detectar los sesgos a la confirmación de las propias hipótesis, para evitarlos. Su conocimiento de la obra freudiana lo llevó a continuar desarrollando la teoría reconociendo su origen. Enriqueció y amplió los horizontes teóricos planteados por Freud, tomándolo como punto de partida en cada uno de sus aportes. El dialogo de Maldavsky no fue solo con Freud sino con distintos autores. El intercambio adquiría formas diversas, a veces personales y otras, en ausencia, a través de sus obras.

David Maldavsky entendía al psicoanálisis como una ciencia de la subjetividad, con una epistemología desarrollada a partir de la metapsicología. Se preocupó por enriquecer y complejizar el corpus teórico sosteniendo las hipótesis de Freud. Esto lo llevó a recorrer

terrenos como la metapsicología, la psicopatología, la clínica, la metodología y los estudios culturales a lo largo de más de 40 años de trabajo. Esto se vio reflejado en sus 23 libros y más de 200 artículos publicados.

En el libro "Procesos y estructuras vinculares" David define la posición institucional del maestro, como el lugar en quien saber y hacer coinciden. El maestro es quien trasmuda el goce en lógica, renuncia a la fascinación, a la promesa de otro tipo de voluptuosidad por obtener en una institución. También señala que en la historia de una institución suele existir un mito, el de la renuncia del maestro a un tipo de goce para conquistar, en su lugar un pensamiento. David sostiene que este mito es necesario, no es contingente, y que posibilita que otros individuos identificados con esa posición del maestro efectúen la misma renuncia.

La producción de una propuesta inédita, de una nueva lógica, dice David, parte de la consideración de los pequeños espacios existentes, de las pequeñas grietas intrainstitucionales, acerca de las modalidades previas de pensar la comunidad y las relaciones existentes con la supuesta realidad. Al mismo tiempo que la propuesta novedosa se opone relativamente con otras tendencias, se esfuerza por conciliar un triple vasallaje: las aspiraciones sectoriales, la tradición y la realidad.

Maldavsky (1991) habla de la creación de un ideal del yo comunitario en torno de un conjunto de valores, argumentos, lógicas, hipótesis, propuestas, refutaciones y distribuciones de alianzas, adversarios, orígenes y destinos, que tienen una función de establecer enlaces que vinculan de modo fraterno a sus integrantes. Su contenido tiene una historia, transformaciones y transgresiones, y parece ser producto de un esfuerzo comunitario realizado en primer lugar por el maestro y luego amplificado por los integrantes de la comunidad, para finalmente resultar instituido como legado para las generaciones siguientes como un conjunto de propuestas y argumentos. Es lo que estamos construyendo en estos momentos con un conjunto amplio de colegas, conocedores de la teoría de David: comunicar su legado para las siguientes generaciones. En este sentido, este libro da cuenta de esa operación de transmisión.

David, de más está decirlo, daba mucha importancia a la escritura en su valor fundante. Subrayaba la importancia de la transformación de la propia experiencia en producción escrita, la mudanza de una secuencia temporal por otra, doble. Esta doble temporalidad consiste, por un lado, en el desarrollo y la exposición de una teoría, y por otro, en la permanencia en la memoria preconiente de los discípulos y los lectores, quienes son los encargados de llevar adelante la producción cultural que finalmente modifica las instituciones. El proceso se completa, según Maldavsky, cuando se dan tres condiciones: la primera consiste en el reemplazo de la meta voluptuosa por otra no sensual, en segundo lugar, que el objeto de goce se constituya como objeto conceptual, y por último, que tanto el yo del autor como el del lector se promuevan a sí mismos como ausentes, sustituyendo el cuerpo y la presencia por una firma, por un apellido. Este reemplazo expresa que el proceso cultural ha comenzado a desplegarse, a interiorizarse, en cada uno de los lectores.

Quisiera poner de manifiesto que lo que considero una marca de David en nosotros va mucho más allá de su manera de pensar la teoría psicoanalítica, la clínica, la investigación. Como se da en la anécdota que compartí en el inicio, tiene que ver con un modo de entender el pensamiento, los afectos, el valor de la verdad, la generosidad. La certeza de que el aporte del otro nos enriquece, que es bueno compartir siempre y cuando existan valores comunes, es decir, cuando prevalece en los integrantes del grupo un

mismo ideal del yo en el que se privilegia el registro y el respeto por la subjetividad ajena.

Posiblemente a partir de allí, intentando la identificación con un maestro que exige privilegiar el pensar por sobre el percibir, se creó el Grupo Psicoanalítico David Maldavsky (GPDM) y aquí estamos. Nos reúne un objetivo, mantener un intercambio que contribuya al estudio y la transmisión de la obra freudiana que David tanto se esmeró por desarrollar, y continuar la reflexión que permita enriquecer la teoría y el método. El GPDM pretende realizar un aporte al psicoanálisis iberoamericano del cual David se sentía parte, mostrando la originalidad de un pensamiento que supo nutrirse del intercambio con distintos interlocutores. El GPDM es un grupo abierto, que demuestra que la teoría psicoanalítica desde la perspectiva de David Maldavsky se abre a todo aquel que esté dispuesto a indagar en ella, mostrando su riqueza y su potencial clínico.

Desde su fundación en octubre de 2019, el GPDM desarrolló sus actividades en distintas direcciones: se creó un sitio web, <https://gpdm.com.ar>, donde está concentrada toda la información y se publican los Cuadernos del GPDM. Estamos actualmente desarrollando una nueva revista que también formará parte del mismo sitio. Se realizan reuniones mensuales en las cuales interviene activamente casi un centenar de psicoanalistas de nuestro país, y de diversos países de América y de Europa. Asimismo, el grupo organizador del GPDM (Liliana H. Alvarez, Beatriz Burstein, Jorge A. Goldberg, Nilda Neves, Sebastián Plut, Ariel Wainer y yo) creó dos espacios de transmisión de la obra de David: el Seminario Programa Maldavsky de Psicopatología, que se dicta en el GPDM y dirige Nilda Neves, y la Diplomatura en ADL, que se dicta en la Universidad Abierta Interamericana y dirige Sebastián Plut.

En abril de este año presentamos un primer libro, *Lenguaje y psicoanálisis, investigaciones con el ADL*, publicado por Editorial Topía. El libro que nos convoca y que tan afectuosamente han presentado Facundo y Juan, es la segunda obra colectiva que publicamos este año. Estos libros ponen de manifiesto el deseo de muchos de nosotros de proyectarnos en conjunto, de trabajar y valorar los aportes recíprocos.

Este libro forma parte de la Colección Perspectivas, de la Editorial Ricardo Vergara, dirigida por Carlos Tewel, en la que la teoría y la clínica que propone Maldavsky se ubican junto con las de otros psicoanalistas fundamentales, contemporáneos y originales como Arminda Aberastury, Silvia Bleichmar y Hugo Bleichmar. La Colección Perspectivas pretende presentar los conceptos centrales de la obra de estos autores argentinos, permitir un acercamiento a los lectores, y estimularlos a sumergirse en las profundidades en las que ellos incursionaron.

La gratitud al maestro fue el motor de la escritura de este texto. Cada capítulo intenta reflejar un fragmento de su vasto trabajo, y esta gratitud también nos lleva a la transmisión de su obra.

Quiero finalizar agradeciendo a todos por estar aquí acompañándonos. A Ricardo Vergara, a Carlos Tewel, a los coautores de este texto, Liliana Haydée Alvarez, Beatriz Burstein, Jorge Ariel Goldberg, Nilda Neves, Sebastián Plut, Delia Scilletta y Carlos Título. A Mariana Krojzl por su colaboración en la corrección. A Sebastián Plut, que me convocó a compilar junto con él este libro, a Juan Gonzalez Rojas y a Facundo Passos de Oliveira por sus cariñosas palabras y por estar presentes desde otras latitudes, y a los colegas que se suman día a día al Grupo Psicoanalítico David Maldavsky.

28/8/21

Cambio clínico, Obstáculos y Desafíos

Presentaciones de Delia Scilletta y Horacio García Grigera

Delia Scilletta

Cambio clínico

Introducción

Buenos días a todas y a todos. Antes que nada agradezco la invitación a este encuentro sobre el tema cambio clínico. Si bien este concepto fue estudiado por diversos autores nos centraremos, en esta oportunidad, en los desarrollos y las propuestas de David Maldivsky.

Este autor (2004) destaca el valor de la defensa a la hora de evaluar tratamientos y ubica a la teoría de la defensa en cuatro marcos diversos: el metapsicológico, el psicopatológico, el clínico y el técnico. Todas estas investigaciones exigen un pasaje desde las hipótesis teóricas a las ligadas a las manifestaciones. Lograr el nexo entre ambos conjuntos de hipótesis, de importancia central en la investigación, requiere de una argumentación rigurosa y fina, y constituye uno de los objetivos de esta exposición.

Para comenzar, diremos que el cambio clínico puede estudiarse a lo largo de varias sesiones o en una misma sesión, sea en uno o en varios pacientes, en parejas o en familias. A su vez, Maldivsky (ob. cit.) distingue tres criterios de evaluación de procesos psicoanalíticos y cambio clínico:

1. Uno, sintomático, que es descriptivo. Por ejemplo, la evidencia de mejoría en los síntomas, los rasgos de carácter, el malestar que aqueja al paciente.
2. Otro, en cambio, deriva del establecimiento de parámetros específicos, como el logro o el incremento del *insight*, o la mejoría de la calidad de los vínculos afectivos y/o laborales del paciente.
3. Un tercer criterio es el estudio de los cambios en las defensas.

Se podría decir que los dos primeros criterios (el sintomático y el de los parámetros específicos) son un indicio del tercero, y que la modificación de un rasgo patológico de carácter, o el incremento del *insight*, por ejemplo, son expresión del cambio en la defensa (Freud 1913c). Sin embargo, no siempre es así, en algunas circunstancias el proceso terapéutico puede no avanzar hasta el cambio estructural, ya que estos cambios sintomáticos pueden ser consecuencia de la sugestión, de la maduración vital, de la modificación de circunstancias ambientales. Asimismo, un cambio sintomático, caracterológico, o un incremento del *insight* no garantizan que dichas modificaciones persistan a lo largo del tiempo. Puede suceder que las defensas patológicas no se modifiquen, o incluso que dichas defensas dominantes en el inicio del tratamiento se sustituyan por otras, también patológicas, pero con mayores costos psíquicos, por ejemplo, que la desmentida sea relevada por la desestimación del afecto.

Una mayor estabilidad de los cambios clínicos, en cambio, se pone en evidencia con la sustitución de una defensa patógena por otra más benigna. Por supuesto, los indicios más sólidos para inferir el éxito o el fracaso de un tratamiento se demuestran con la combinatoria de estos tres factores (cambio en la defensa, *insight*, mejorías sintomáticas y/o caracteriales).

Las defensas

Por lo dicho, previo al desarrollo del concepto de cambio clínico, creemos conveniente recordar que todas las defensas han sido concebidas por Freud (1915c) como destinos

de pulsión, hipótesis que lleva a Maldavsky a establecer un fuerte enlace entre ambos conceptos y concluir la combinación de los deseos con diferentes defensas específicas (Maldavsky, 2009).

Enumeraremos brevemente dichas combinatorias antes de proseguir. Comencemos con las defensas patológicas, en cuyo caso la libido intrasomática (LI) se combina con la desestimación del afecto; los deseos oral primario (O1), sádico oral secundario (O2) y el deseo sádico anal primario (A1) con la desmentida y/o la desestimación de la realidad y la instancia paterna; por último, los deseos anal secundario (A2), fálico uretral (FU) y fálico genital (FG) con la represión con o sin el agregado de rasgos caracterológicos. En cuanto a las defensas funcionales, acorde a fines, inhibición, creatividad y/o sublimación, pueden combinarse con todos los deseos ya enumerados.

También es posible diferenciar defensas centrales, que permiten distinguir las organizaciones psíquicas (como las neurosis, las psicosis, las perversiones y las patologías tóxicas y traumáticas), y otras, secundarias, que reconocen variedades dentro de la misma organización psíquica (como la neurosis obsesiva, la neurosis de angustia y la histeria dentro de las neurosis de transferencia o las manifestaciones psicósomáticas, la anorexia, la bulimia, el alcoholismo y la violencia, dentro de las patologías tóxicas y traumáticas). Cabe aclarar que las combinatorias hasta aquí descritas son válidas también para los deseos y las defensas secundarias.

Para finalizar esta breve descripción de las defensas diremos que algunas se oponen al deseo y se posicionan a favor del superyó y/o la realidad); otras, en cambio, se presentan acordes al deseo y se oponen al superyó y/o la realidad. Asimismo, no alcanza el estudio del tipo de defensa sino que es conveniente dilucidar también su estado, ya que algunos síntomas derivan del fracaso de la defensa, como un acto fallido (cuando fracasa la represión) o una úlcera gástrica (si fracasa la desestimación del afecto); mientras que otras manifestaciones, como una estafa o actos perversos, derivan del éxito de la desmentida.

Resumiendo lo expuesto hasta aquí, resaltamos la importancia que adquiere en la clínica algo que David Maldavsky reiteraba en sus clases: en primer lugar, la detección de la defensa dominante; luego, en segundo lugar, la decisión de si es o no patógena; y, finalmente, la resolución de su estado (exitoso, fracasado o mixto).

Cambio clínico

Con el objeto de desarrollar ahora el concepto de cambio clínico, una vez expuesto el de defensa, creemos conveniente comenzar a ligar las dos hipótesis mencionadas al comienzo (las derivadas de las manifestaciones clínicas y las derivadas de la teoría). El concepto de cambio clínico nos lleva a pensar, en primer lugar, la propuesta freudiana de meta clínica, por ejemplo, el levantamiento de la represión para las neurosis de transferencia. Sin embargo, nuestra práctica nos lleva a complejizar la observación de los hechos clínicos, y prever la limitación y el riesgo reduccionista de pensarla a partir de una única defensa dominante (como la represión para la neurosis), concepto clave para deslindar las diferentes estructuras clínicas. En suma, se torna necesario complejizar la dominancia de las defensas pensando el entramado con otras que hacen de complemento de aquellas.

Por lo dicho hasta aquí, podemos inferir que el objetivo central de un tratamiento es el cambio de la defensa patógena por otra más benigna, tal como lo propone Freud al referirse, por ejemplo, al levantamiento de la represión (1933a) como meta para el tratamiento en las neurosis. En consecuencia, la consideración de la defensa patógena dominante es fundamental para la evaluación de estrategias clínicas, como orientación

global del terapeuta, más allá de las técnicas específicas que se utilicen para implementarlas. El objetivo clínico diferirá entonces cuando la defensa patógena dominante no es la represión, como en las psicosis, las depresiones o las patologías tóxicas y traumáticas. Del mismo modo, variará la estrategia clínica, según sea la conjetura de la defensa dominante, la meta, como dijimos, y también el complemento de dicha meta: cómo se posiciona el terapeuta, cómo escucha o interviene. Por ejemplo, la escucha del terapeuta para las neurosis de transferencia es la atención flotante y lo que se le propone al paciente es que asocie libremente. En cambio, no ocurre lo mismo si la defensa dominante es la desestimación de la realidad y la instancia paterna, como sucede en las psicosis, o si la defensa dominante es la desestimación del afecto, como ocurre en las patologías tóxicas y traumáticas. En consecuencia, la posición del analista no es la atención flotante ni la propuesta al paciente la asociación libre. En efecto, si nos centramos en la consideración de un deseo reprimido del paciente y no atendemos a su rechazo de la realidad y de la instancia paterna, o a la desestimación de sus afectos (como mecanismo dominante que otorga la clave al conjunto complejo), corremos el riesgo de encontrarnos con sorpresas, en el transcurso del tratamiento, como la manifestación de una enfermedad orgánica o el franco desarrollo de un delirio.

Esta breve introducción nos permite pensar ahora la importancia que adquiere la detección de las relaciones entre sistemas defensivos y sus modificaciones en el tratamiento. David Maldivsky enfatizaba la importancia de ser respetuosos con la clínica, interrogando a la teoría que no se ajusta a los hechos clínicos. En suma, proponía no ajustar la clínica a la teoría, ya que esta solo intenta una aproximación a su complejidad y exige un permanente esfuerzo de investigación. En efecto, en los hechos clínicos hallamos la coexistencia de un conjunto de defensas, múltiples, cambiantes y con prevalencias relativas, para lo cual resulta necesario contar con una teoría, acorde a los hechos, que dé cuenta de dichos procesos con suficiente fineza, como la aportada por Maldivsky.

Para poder reunir el conjunto en una totalidad coherente recurrimos a un concepto freudiano, el de corrientes psíquicas coexistentes (Freud, 1918b). Este concepto permite pensar al paciente no como una unidad rotulable, con una estructura histérica, obsesiva, fóbica, paranoica, etc., sino como una combinatoria compleja de varios componentes en pugna, en la que se evidencian alianzas, subordinaciones, dominancias, de manera estable o cambiante. En consecuencia, el concepto de corrientes psíquicas nos aporta un elemento clave para el estudio y la comprensión de los hechos clínicos y la plasmación de los resultados en un todo coherente (Maldivsky, 2009).

La clínica suele evidenciar combinatorias que presentan estas características prototípicas. Diversas manifestaciones y estructuras dan cuenta de ello, ejemplifiquemos algunas:

- 1) una caracteropatía histérica, en la que la represión es reforzada por la desmentida;
- 2) la manifestación histérica de algún paciente con una estructura depresiva en la cual la represión refuerza la desmentida;
- 3) las manifestaciones tóxicas transitorias en pacientes paranoides donde la desestimación del afecto se muestra al servicio de la desmentida);
- 4) las adicciones graves en la desestimación de la realidad y de la instancia paterna refuerza a la desestimación del afecto;
- 5) brindaremos un último ejemplo cuando el predominio de la desmentida involucra a los otros, quienes son utilizados al servicio de dicha defensa, revistiendo el lenguaje del erotismo fálico genital, en su versión exitosa. Es posible diferenciar este momento eufórico de aquel en el cual el paciente se repliega sobre sí evidenciando en su discurso el predominio del lenguaje del erotismo fálico uretral pero en una versión disfórica.

A su vez, advertimos dos tipos de combinatorias: 1) una, reúne defensas centrales y derivadas (que pueden aliarse a la central o hallarse del lado opuesto en el conflicto, y que por lo tanto pueden estar al servicio del retorno de aquello que la defensa central pretende frenar) y 2) otra que combina defensas centrales (como represión y desmentida) entre las cuales pueden presentarse contraposiciones y conflictos. Maldavsky ejemplifica con el caso de una mujer que desmiente sacrificándose al lado de un hombre inútil y estéril. Su deseo de tener un hijo puede aliarse en ella a la desmentida ya que la manifestación del deseo de ser madre podría sabotear el predominio de dicha defensa y conduciría a su fracaso, mientras que el fracaso de la represión podría generar un síntoma histérico, por ejemplo.

Resulta interesante y clarificador de la complejidad expuesta el estudio de un capítulo de las Memorias de Schreber realizado por Maldavsky (Maldavsky, 2003c, 2011) en cuyo texto detectó relatos inherentes a tres lenguajes del erotismo. En dos de ellos se evidenciaba la prevalencia de la desestimación en estado fracasado: uno, el intrasomático, a través del dolor orgánico y los estados de agotamiento energético, mientras que el otro, sádico anal primario, se evidenciaba en las humillaciones que padecía Schreber por parte de las voces. Sin embargo, un tercer lenguaje del erotismo, el oral primario, expresaba una posición eufórica en los relatos acerca de la recepción de una revelación por vía de un milagro. Pese a que los otros tenían mayor peso estadístico, este lenguaje era el lógicamente prevalente, el que organizaba el conjunto. Se pone en evidencia de este modo la coexistencia de diversas defensas y con diferentes estados.

Asimismo, es de destacar que los relatos eufóricos que expresaban al lenguaje del erotismo oral primario correspondían al momento en que fue escrito el texto. En cambio, los relatos disfóricos, que expresaban los otros lenguajes correspondían a la evocación de recuerdos.

En la valoración de los cambios clínicos, bajo la mirada de esta teoría sofisticada, no reduccionista, tienen importancia los nexos entre las defensas secundarias y la defensa central a la cual sobre todo representan. A su vez, muchas defensas secundarias pueden acoplarse a diferentes defensas centrales, como la inhibición a la represión, en cuyo caso su remoción conduciría al despliegue del retorno de lo reprimido (en una fantasía, por ejemplo); o acoplarse a la desestimación de la realidad y de la instancia paterna, situación en la cual su fracaso llevaría al retorno de lo desestimado (como un delirio persecutorio).

En efecto, y en relación con los cambios clínicos, en los hechos hallamos una combinatoria entre orientaciones defensivas que se reordenan de manera más o menos permanente. Este tipo de resultados de carácter transitorio, con reordenamientos cambiantes, son los que suelen ponerse en evidencia, sobre todo si estudiamos un tratamiento en proceso, y no su resolución final.

Con el fin de deslindar estos cambios parciales, si hay más de una defensa central, para decidir cuál es la dominante es posible recurrir a dos alternativas: optar por un análisis estadístico, o sea, la defensa que resulta más frecuente sería la dominante; o bien un enfoque lógico, este último, privilegiado por Maldavsky; y, mejor aún, más enriquecedor será complejizar el análisis combinando ambas perspectivas.

Para el enfoque lógico es dominante aquella defensa que organiza con mayor coherencia el conjunto complejo. En efecto, es posible que una de ellas ocupe el lugar hegemónico y otra haga de complemento. Asimismo, no solo es posible hallar pugnas entre dos defensas diversas sino también entre dos estados de la misma defensa, por ejemplo, entre el éxito parcial de la desmentida en un repliegue narcisista y su fracaso en la reconexión con el mundo en una posición disfórica.

A modo de cierre

Finalizamos este desarrollo sobre cambio clínico destacando el valor que adquieren las observaciones clínicas y los desarrollos teórico - conceptuales de David Maldavsky y la necesidad de profundizar y avanzar en la dirección que nos dejaron sus pasos en este fecundo terreno.

Bibliografía

- Freud, S. (1913c) "Sobre la iniciación del tratamiento", en AE, vol. 12
(1915c) "Pulsiones y destinos de pulsión", en AE, vol. 14
(1918b) "De la historia de una neurosis infantil", en AE, vol. 17
(1933a) "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis", en AE, vol. 22
- Maldavsky, D. (2003c) "Una investigación conceptual sistemática. Análisis fragmentario de las Memorias de Schreber con el algoritmo David Liberman", inédito
(2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Editorial Lugar
(2009) "Nuevos desarrollos en investigaciones de diagnóstico y cambio clínico en psicoterapia". *Revista Itinerario, 4 (11). Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Udelar* (Uruguay)
(2011) "Deseos y defensas en el discurso de Schreber y de pacientes afines. Un estudio con el algoritmo David Liberman (ADL)" *Revista Científica do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre*

Horacio García Grigera
Caso Malena: ¿El analista sobrevive?

Voy a plantear a través de una situación clínica algunas vicisitudes que a lo largo de un tiempo prolongado, en los años 90, se presentaron en el vínculo terapéutico con una paciente a la que llamaremos Malena.

La consulta se debió a un hecho de violencia del que fue objeto con un hombre con quien se vinculaba sin mucha convicción, desde hacía poco tiempo; un músico divorciado que consumía cocaína (ella también había consumido por poco tiempo y no quería recordarlo porque le producía mucho malestar) y tenía conductas promiscuas que la llevaron a un enfrentamiento del que resultó muy golpeada. En su crisis llamó a la madre que estaba de vacaciones y la respuesta fue que le arruinaba su descanso y no pensaba volver.

Previamente cargaba con una historia de consultas por diversos síntomas orgánicos: dolores agudos generalizados, debilidad, fatiga, disfunciones digestivas y cefaleas. Recibió un diagnóstico de fibromialgia.

M tenía dos hermanos mayores (5 y 3 años) El nacimiento de su segundo hermano fue muy difícil. Por ello su madre se negaba a un nuevo embarazo y cuando se produjo lo abortó. Luego el padre la convenció cuando quedó embarazada nuevamente de sostener el que sería el embarazo de M.

M describía a su madre como alguien que siempre vivió en su mundo: aislada, callada y cuando salía de su retracción era para retarla, cuestionarla o descalificarla. Recuerda un episodio en el que fue a visitarla y la madre abrió la puerta saludándola con el nombre de la empleada.

El abuelo paterno, inmigrante italiano, era un empresario reconocido, Cuando M era niña convivía con sus abuelos y un tío paternos. Refiere un escenario muy frecuente en que sus abuelos, su padre y su tío tenían largas conversaciones en el idioma de origen mientras su madre pasaba horas sentada fumando en un balcón. M expresó que frente a ese escenario "no entendía nada, nadie me daba bola...Una noche me fui a la vuelta de mi casa, seguramente esperando que me fuesen a buscar. Pasaron algunas horas y como nadie vino me volví"

La empresa paterna hizo mucho dinero antes y durante la época de la dictadura. M decía que siempre le rondaba en la cabeza si ellos habrían sabido todo lo que ocurría en referencia a desapariciones, torturas, etc.

A los dieciocho años comenzó una carrera humanística que abandonó súbitamente cuando su primera pareja, de quien tuvo un hijo, le hizo un comentario despectivo y sobre el sinsentido de que ella estudiara lo que había elegido. Esa relación siguió existiendo hasta bastante tiempo después de que él se mudara de ciudad. En un primer momento incluían esporádicos contactos sexuales pero lo permanente era el maltrato, acusaciones de ser mala madre y alguna intención de acercarse sólo para tener sexo cuando ella le había manifestado que no lo iban a hacer más.

Durante el primer período del tratamiento logró neutralizar los efectos que le producían los contactos con el padre de su hijo y que consistían en accesos de furia impotente a veces sofocados, otras veces no, que alteraban su equilibrio anímico y orgánico: temores en relación a descompensarse físicamente que se hacían realidad (dificultad para conciliar el sueño, insomnio, dolores musculares generalizados y episodios de astenia).

Desde aquella relación de la que nació su hijo, M tuvo tres parejas más y varias relaciones breves. Uno era un funcionario público de alto rango, muy atractivo físicamente y muy rígido en sus costumbres y terminó con él con mucha dificultad porque lo veía muy

encerrado en su mundo de actividades y no le daba suficiente atención. Luego de un tiempo supo que él se había casado y se preguntó por qué con ella no pudo ser.

El siguiente era un empresario mayor que ella, separado con hijos y promiscuo, lo que promovía en ella un estado de vigilancia permanente y la comprobación de sus aventuras que él negaba sistemáticamente.

Por un tiempo volvió a alterarse su cuerpo de manera análoga a otras veces pero pudo pasar a tener una relación amistosa con un tinte paternal ya que si necesitaba algo, material o no, solía llamarlo y él siempre estaba dispuesto. En ese tiempo se agravaron las enfermedades que el padre venía soportando desde hacía años: hipertensión y diabetes que desarrollaron fallas renales y hepáticas y que él desafiaba no respetando los tratamientos ni los cuidados necesarios. Finalmente murió en un momento en que M no estaba en análisis. Debo decir que hubo varios períodos en que ella dejó de asistir sin manifestarlo, ya que luego de las vacaciones no se reintegraba. Nunca pasó mucho tiempo, pero en esa ocasión fue la más prolongada (cerca de 2 años).

Mientras escribo estos párrafos me interrumpe un pensamiento en referencia a tales períodos: ¿habrá sido así cómo lo estoy consignando o se trata de un recuerdo encubridor? Y si es así, ¿a qué responde? Lo primero que acude es que quizá yo estuviera ubicado en el lugar del que siempre estaba para ella y que olvidaba de esos momentos en que ocurrieron las interrupciones considerar algo hostil de su parte, de la mía o de ambas.

Supe, no por ella, de la muerte de su padre y me dije "cómo estará", seguro que pronto me llama" Así ocurrió unos meses después. Estaba con una serie de síntomas corporales, viendo a un clínico que parecía muy preocupado por ella ya que respondía inmediatamente a sus mensajes o se los enviaba él preguntando cómo se sentía. Tenía insomnio, alteraciones de la deglución, dolores musculares intensos y dificultades respiratorias por las que le hicieron estudios de apnea del sueño. Estaba muy enojada con el clínico porque le parecía desorientado y tendía, como otro médico al que iba cuando la conocí, a pensar en algo anímico. Esto para ella era como decirle que estaba loca, algo que siempre estuvo presente desde niña: era la loca de la familia, también era la enferma que tenía accesos de vómitos que le duraban una semana. Durante ese tiempo me encontré en una situación difícil porque si quería, siquiera sugerirle, alguna relación de esos síntomas con algo anímico la rechazaba y se ponía hostil integrándome a la pléyade de médicos que iba consultando y no acertaban un diagnóstico. Llegó a pensar, por sus cefaleas, que tenía un tumor en la cabeza y ello le producía pánico. Mientras, sólo podía acompañarla en su angustia sin cuestionar sus consultas. Mi preocupación por su situación orgánica crecía.

En una supervisión se me sugirió introducir el tema de su histórica sospecha sobre las actividades de sus familiares en la dictadura, por dos vías: una que se identificara con los posibles pensamientos culposos y sufrientes de sus familiares, especialmente de su padre y otra identificación con los torturados: sufrir en su cuerpo lo que ellos habrían sentido. M se sorprendió mucho por la introducción de este tema de mi parte y luego yo me sorprendí más porque los síntomas comenzaron a ceder quedando algunos como su dificultad para conciliar el sueño.

Luego comenzó a proponerse retomar una actividad relacionada con las medicinas alternativas por la cual era muy reconocida. Entonces inicio una relación pasional con un biólogo muy reconocido que hacía investigación y docencia y que tenía fama de ser infiel y cautivador. Esto último no sólo con mujeres sino también con colegas y alumnos. Daba

frecuentes seminarios y clases magistrales produciendo, según ella, un efecto de "rendirse a sus pies". La relación tuvo un tiempo de enamoramiento de parte de ella y de declaraciones de parte de él que no coincidían con los hechos ya que él podía en un momento decirle te amo y al día siguiente sin razón alguna afirmar que ella no era ni media mujer y que no estaba a su altura. Durante un período M reiteró un relato, ya conocido por mí, de quejas, sufrimiento e imposibilidad de salida que me paralizó, dirigiendo mi pensamiento y mi preocupación hacia cuándo comenzaría a aparecer el descontrol orgánico, sin que ello ocurriera. Pero tampoco podía avanzar en la tarea de desentrañar qué era lo que yo no estaba haciendo bien. Es decir, no podía pensar por qué ella reiteraba ese ciclo del que me sentía responsable de no poder encontrar cómo recuperar una alianza que por momentos se daba, ya que nuevamente ella me sometía a una encrucijada: quería ponerme en contra de su pareja para después insistir en no poder dejarlo.

Surgió entonces, luego de un intercambio muy fructífero, algo que siempre había estado poco considerado: una corriente oral primaria (esquizoide) dominante que aportaba mayor comprensión al círculo mencionado: comienzo por una fascinación con un personaje que aportaría un conocimiento esencial, abstracto (qué es el amor, qué es el gozar, qué es el saber) y ante el cual, como ella decía, quedar "rendida a sus pies", someterse a su desconexión, maltrato, agresión. Luego enfurecer, pelear para recuperarse de sentir que era para el otro un desecho (identificación con el aborto del hermano que la precedió) y finalizar con "una angustia infinita" como consecuencia de haberse ofrendado a ese personaje.

En esta secuencia ocurría que ella no podía atender a la angustia como señal que quedaba obturada por la fascinación, con lo que ella quedaba expuesta a lo que denominaba "angustia infinita" que correspondía a la angustia automática consecuente con la desestimación previa. En otros términos: ella no atendía a una afirmación repetida pero no sostenida: tengo que dejarlo. Por el contrario resolvía la desinvertidura de que era objeto, como lo había sido en su historia, de una forma que la llevaba indefectiblemente a padecerla luego, ya que prefería enfurecer y pelear por ser engañada antes que reconocer su propia sensación de inexistencia para el otro.

Atender a la corriente O1 dominante, enfatizando la secuencia mencionada, produjo algunos cambios: se separó, pasó por un período breve de intensas angustias producto del fracaso de las defensas por lo que le sugerí incrementar las sesiones, cosa que aceptó y en una de ellas dijo: "yo tengo que ser lo más amorosa posible con eso que me pasa, rodearme de gente buena, no desviarme de mi camino de trabajar, tratar de evitar los vicios, la droga, el alcohol que todavía me tienta, pero nunca voy a poder resolver que deje de pasar esa sensación de angustia de fondo" Dicho esto se abrazó poniéndose de costado y lloró mucho sin desesperación: parecía que los dichos comenzaban a coincidir con el sentir, quizá empezaba a querer a esa niña desestimada.

Conclusiones

La primera aproximación a M hizo que la consideráramos como una paciente que convocaba contratransferencialmente al sacrificio y resaltamos una variante de corrientes LI (sus manifestaciones orgánicas) O2 (sufrimiento) y A2 (posibilidad de pensar en un intercambio, rectificar algunas intervenciones de ambos, coincidir en otras) Posteriormente, en relación al núcleo psicótico de su madre, su inclinación hacia todo lo que fuera cultura oriental (cocina, lecturas, sintonía con medicinas alternativas, dio lugar a incluir la corriente O1 pero no como predominante y allí estuvo, creo, la mayor dificultad transferencial porque quedaba atrapado en un secuencia donde desde el sufrimiento anímico O2 y la consecuencia orgánica LI no podía apelar a una alianza de trabajo A2, ya que la desestimación promovida por la corriente O1 me condenaba al sacrificio, esto es a sentirme un inútil, atrapado en una proyección tal donde yo era ella y ella un personaje que podía representar mucho de su madre y tal vez algo de un padre que no había sido, parafraseando a Winnicott, "lo suficientemente bueno " para rescatarla.

A propósito de este autor, en su artículo "Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico" y en referencia al marco clínico de Freud, Winnicott desarrolla doce puntos, en el último dice "el analista sobrevive" Creo que alude al esfuerzo por no claudicar frente a los desafíos e interrogantes, a las identificaciones atrapantes (aquello a lo que David Maldavsky aludía de quedar atrapado en alguna escena traumática del paciente).

Quisiera pensar que sobrevivió: M no reiteró el círculo que la condenaba, se ocupó de su trabajo y del patrimonio en relación a la herencia familiar, y se mudó a un lugar siempre deseado. Periódicamente se comunica conmigo.