



CUADERNOS DEL GPDM

Marzo - Mayo

2022

VOL

3

Nº 1

Cuadernos del GPDM

2022: Vol. 3- Nº 1

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

David Maldavsky falleció el 29 de mayo de 2019, exactamente tres años atrás. Ese día y los que lo siguieron fueron de aturdimiento y dolor. Los proyectos en marcha, la labor metodológica, el trabajo académico, parecían haber quedado paralizados, sin rumbo. Poco después, el lazo de amistad y fraternidad que nos unía confluyó en la decisión de conformar el Grupo Psicoanalítico David Maldavsky con el objetivo de profundizar y transmitir su obra.

Aquí estamos, tres años después, con este grupo en pleno desarrollo: una revista que inaugura su tercer año con el primer volumen; un libro colectivo en proceso y tres publicados *Lenguaje y Psicoanálisis. Investigaciones con el ADL*, por Editorial Topía, *Teoría y clínica en la obra de David Maldavsky* y *El Desvalimiento y las Instituciones*, por Editorial Ricardo Vergara; la incorporación al GPDM del Foro de Articulación Clínico-Teórico y de Investigación en Psicoanálisis en Pareja y Familia integrado por prestigiosos profesionales y coordinado por Liliana H. Álvarez, Nilda Neves y Eduardo Grinspon; diversas actividades de formación: la Diplomatura en el Algoritmo David Liberman dictada en la UAI, dirigida por Sebastián Plut y coordinada por Roxana Castro Wojda, el Seminario "Programa Maldavsky de Psicopatología" dirigido por Nilda Neves, el Seminario "Problemas Clínicos en Cuadros Tóxicos y Traumáticos" y por último, la inauguración en la UAI de un espacio para la investigación psicoanalítica del lenguaje aplicando el Algoritmo David Liberman.

Esta labor ha sido fruto del esfuerzo mancomunado de decenas de profesionales que integran el GPDM, que se define como un grupo de colegas abierto a todo aquel que quiera participar en un diálogo fecundo, compartiendo los valores que lo fundaron y lo sostienen.

En este ejemplar, del mismo modo que en los anteriores Cuadernos, renovamos la propuesta de dejar plasmadas las contribuciones de quienes participan activamente de los encuentros que los cuartos sábados de cada mes convoca el GPDM.

Los saludamos afectuosamente,

GPDM – Grupo Organizador

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

29 de mayo de 2022

SUMARIO

26/03/22: El trabajo onírico: aportes teóricos de David Maldavsky	
<i>Jorge A. Goldberg</i>	5
<i>Sebastián Plut</i>	9
23/04/22: Escucha de lo familiar: Intersubjetividad y circuitos mensajeros	
<i>Eduardo Grinspon</i>	13
<i>Graciela Bottini</i>	19
<i>Manuel Liss</i>	22
<i>Adela Woizinski</i>	24
18/05/22: Presentación del libro <i>Del trauma a la resiliencia: Enfermedad orgánica y vida psíquica infantil</i> de Jorge A. Goldberg	
<i>Nilda Neves</i>	26
<i>Ruth Kazez</i>	29
<i>Jorge A. Goldberg</i>	32
28/05/22: Infancias y adolescencias patologizadas. ¿Cómo intervenir desde el psicoanálisis?	
<i>Beatriz Janin</i>	35
<i>Miguel Tollo</i>	42

26/03/22**El trabajo onírico: aportes teóricos de David Maldivsky
Presentación de Jorge A. Goldberg y Sebastián Plut****Aportes de David Maldivsky al estudio de la vida onírica
Jorge A. Goldberg**

Las ideas de Maldivsky respecto a la vida onírica quedaron plasmadas sobre todo en tres de sus libros: *Pesadillas en vigilia*, *Linajes abúlicos* y *Casos atípicos*. Sus propuestas constituyen una profundización de las concepciones freudianas, a la vez que se enriquecen en el diálogo con autores contemporáneos como Fain, Smajda y Szvec. Su fundamento es la teoría freudiana del soñar. Recordemos que el creador del psicoanálisis sostuvo que el sueño nocturno es el guardián del dormir. En el curso de su obra, Freud afirmó que el deseo de dormir responde al narcisismo y a la autoconservación. David (Maldivsky, 1998) introduce una novedad: estudia el descanso nocturno desde el punto de vista de la pugna primordial entre Eros y Tánatos. De tal modo que el pernoctar puede tener como fin la tentativa de recuperar el nexo entre la vida pulsional y el sistema y la energía neuronales (reestablecer los relojes biológicos) o bien apuntar hacia un estado letárgico, inercial. Ahora bien, el recorrido de David sobre esta temática incluye otros indudables logros: contribuye a que fenómenos ligados a la vida onírica como el conciliar el sueño, el despertar, el insomnio y las pesadillas, cobren una envergadura para la praxis psicoanalítica de la que hasta ahora carecían. Es cierto que algunos autores han hecho aportes respecto de uno u otra de estas manifestaciones ligadas a lo onírico, aunque hasta donde yo sé, ninguno ofreció algo parecido a lo que ofrece la obra de Maldivsky: una articulación compleja que considera los matices diferenciales entre cada uno de ellos. Cabe agregar que sus aportes surgen en buena medida, de su trabajo con familias afectadas por procesos tóxicos y traumáticos. Su perspectiva de análisis, pionera, pone de resalto algo que Freud desconsideró total o casi totalmente. Me refiero al hecho de que la pulsión de dormir se suele procesar en el seno de una familia.

En lo que sigue vamos a exponer las propuestas de Maldivsky respecto de:

1. Las condiciones psíquicas necesarias para conciliar el sueño y descansar. Maldivsky (1996) sostiene que una condición crucial para lograr conciliar el sueño y dormir es la existencia de un clima afectivo familiar. Dicho de otro modo: es importante que quien intenta dormir, suponga que hay otro en ese contexto íntimo que desea que el durmiente conserve su vida. Otro requisito es el de los procedimientos correspondientes a las prácticas de acunamiento. Éstas consisten en el aporte de estimulaciones mecánicas, rítmicas, cuya característica es que no pueden ser ni tan llamativas como para reclamar atención ni tampoco pueden faltar (Maldivsky, op.cit.). El acunamiento tiene como precondition a la función de sostén, de holding inherente a la función materna. Si los cuidados maternos resultan satisfactorios contribuyen a que, en el dormir, la pulsión de autoconservación imponga su criterio (reposo como recuperación energética) a la pulsión de muerte y a las sexuales.

2. El despertar genuino, sus condiciones

Entre los aportes más valiosos de David se cuenta el de considerar al despertar genuino como problema que incumbe a la praxis psicoanalítica. En *Linajes abúlicos* David expuso el caso clínico de una familia en la que era ostensible el hecho de que desarrollaban

acciones durante la vigilia (alimentarse, mantener relaciones sexuales, conversar) sin estar plenamente despiertos. Surge la siguiente pregunta: ¿cuáles son las condiciones en las que es posible un genuino despertar? Una respuesta aparentemente inobjetable, plantea el autor, es que el despertar depende de la autoconservación, ya que esta pulsión requiere de la conexión con el mundo. Sin embargo, el estudio de familias como la antedicha, ponen de manifiesto situaciones de mayor complejidad. David afirma que alcanzar la vigilia plena, requiere de un plus respecto de la autoconservación. Éste consiste en disponer de una investidura libidinal dirigida hacia el mundo. Esta investidura tiene como requisito un encuentro con un clima afectivo familiar como sostén, como marco, como ambiente, diría Winnicott. Cuando esta correspondencia no se despliega, es entonces que el despertar constituye un golpe aturdidor (Un ejemplo de esto me lo dio un paciente quien recordaba que, en sus tiempos de soldado, los gritos del sargento, lo arrancaban de la cama, pero lo dejaban durante un buen rato aturdido, como si le hubieran propinado un golpe). Otra modalidad del despertar, contrapuesta a la anterior, ya que es compatible con el dormir, es la emergencia de sueños nocturnos. En este punto Maldavsky retoma la idea freudiana de que el sueño es el guardián del dormir, ya que permite que se desarrolle la conciencia sin que se perturbe el reposo impuesto a la sexualidad por la autoconservación.

3. El insomnio y su relación con los vínculos adhesivos

Uno de los problemas del sueño al que David (Maldavsky, 1996) dedica su atención, es al insomnio en pacientes en que domina un componente tóxico o traumático. Expone el caso de una pareja, la de Irma y Federico. La mujer, actualmente separada, oscilaba entre el insomnio, el dormir tenso (logrado mediante ansiolíticos) y la somnolencia matutina. Cabe resaltar que sigue viviendo en el mismo edificio que su ex suegra, quien suele tocarle el timbre inclusive en horarios de descanso nocturno. Irma, a su vez, se enteró de las infidelidades de su esposo porque éste se autodelató mientras dormía. Cabe resaltar que en esta situación se produce el inverso del clima afectivo imprescindible para el dormir acorde a eros. Por el contrario, para Irma dormir tenía la significatividad de darse de baja a sí misma. La posición insomne se mantenía como resguardo respecto de la interrupción intrusiva del dormir por parte de su suegra, y de la amenaza de recibir confesiones insoportables del marido en estado de indefensión. Se puede inferir que el recogimiento de libido y autoconservación propio del dormir, en el insomnio, queda interferido por un criterio para la distribución de las investiduras hostiles que hacía necesaria la permanente conexión. En lugar del soñar, una acechancia a los procesos psíquicos inconscientes ajenos. El insomnio, en la medida en que el dormir es entregarse a la inercia, es un modo de defenderse de ese destino, en tanto que la ingesta de somníferos atacaba el esfuerzo de oponerse a bajar los brazos y dormirse. El insomnio se suele acompañar de una postura adhesiva respecto de otro cuerpo, de cuya vitalidad se depende, de modo tal que resulta imposible introducir alguna discontinuidad en el vínculo. Procesos anímicos como los oníricos implican una lógica más sofisticada que exige la separación.

4. Las pesadillas

4a) Función psíquica: David toma como base de su propuesta la afirmación de Freud, referida a que en las neurosis traumáticas los sueños de angustia, los que reeditan los momentos previos al trauma, tienen la función de ligar a éste (Freud, 1920g). Es importante recordar que para Freud los afectos son símbolos mnémicos (Freud, 1926d), de ahí su propuesta. Maldavsky (1995) estudia la cotidianeidad de varios pacientes en cuya estructura psíquica prevalece la neurosis traumática y jerarquiza como estado anímico central el sopor insomne, un estado en el cual vigilia y dormir no están diferenciados. La pesadilla tiene como función crucial realizar el trabajo de separación de la vida anímica

vigil respecto de la coraza de somnolencia. Sintetiza este concepto con una fórmula: la pesadilla es el guardián del despertar, del rescate de la conciencia vital que propugna la sofisticación y la diferenciación acorde a Eros, en detrimento del sopor de un dormir desfalleciente, en línea con el dejarse morir (Maldavsky, 1998)

4b) Utilidad clínica de las pesadillas, David (Maldavsky, 1995): desplegó un conjunto de propuestas sumamente originales respecto a un problema nodal de la clínica: el del abordaje analítico de los traumas acaecidos específicamente por falla en la función de reverie u holding en los albores de la vida anímica (Maldavsky, *op.cit.*). La marca traumática, en estos casos, no deja siquiera una huella mnémica auditiva o visual que pudiera ser evocada mediante el trabajo analítico de asociación libre del paciente e interpretación del analista. Una configuración vincular que "cabe" perfectamente en esta categoría de trauma, es el vínculo entre un/a encargado/a de crianza psicótico/a y un bebe inerme quién, en respuesta a la violencia del ambiente, se deja morir psíquicamente.

David afirma que el trabajo terapéutico es el ámbito en que este tipo de desenlace anímico debe ser rescatado para su procesamiento psíquico. Lejos de conformarse con esta fórmula general, avanza con dos interrogantes: I) ¿Qué tipo de manifestaciones del paciente pueden condensar algo de ese trauma primordial? y II) ¿Qué tipo de intervención terapéutica es pertinente implementar en estas situaciones? (Maldavsky, *op.cit.*).

I) Respecto de las manifestaciones, Maldavsky (Maldavsky, *op.cit.*) sostiene que las pesadillas pueden constituir buenas pistas para conjeturar el trauma temprano, aunque aclara que lo nuclear del trauma, lo más inaccesible de la situación, no queda representado en la pesadilla. Lo nuclear del trauma se pone de manifiesto en las referencias de los pacientes a la respiración, a los golpes térmicos o a los estados vertiginosos.

II) Respecto de los traumas primitivos, Maldavsky sugiere que un tipo de intervención clínica pertinente es la construcción. Construir, a partir de la pesadilla, las fijaciones pulsionales y yoicas que anclan la subjetividad del paciente, a un desencuentro acaecido en el vínculo temprano. Cabe aclarar, por si hiciera falta, que lo que construye el analista son desenlaces psíquicos acaecidos en los tiempos de la constitución subjetiva. Vale, aquí y ahora, argumentar acerca del valor que atribuía David a las construcciones del analista. En *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, afirma que las construcciones hacen la función de enlace entre las manifestaciones clínicas concretas (por ejemplo, el relato de una pesadilla) y la teoría general. Hacen de articulador entre la clínica y los conceptos abstractos, teóricos. En sus escritos recupera la propuesta freudiana de que existen dos categorías de construcciones: el tipo más consabido se refiere a inferir desenlaces psíquicos a partir de las vivencias infantiles que el paciente puede rescatar de sus recuerdos. El otro tipo de construcción consiste en formular una conjetura acerca de actos psíquicos (identificaciones fantasías, desarrollos de afecto, etc.), que, tal vez nunca fueron conscientes (Maldavsky, 1992; Freud, 1914g), no obstante lo cual, insisten en procurarse diversas plasmaciones e inocularse a través de diversas manifestaciones en la escena transferencial.

Propongo detenernos un instante y volver sobre lo que vengo exponiendo. Tenemos hasta aquí dos piezas que no encajan: una es el trauma primitivo que nunca fue consciente y/o que no deja registro visual ni auditivo. La otra es la pesadilla que da cabida a algo del trauma, pero no al núcleo de éste. Persuadido de lo difícil que resulta el manejo clínico de las situaciones en las que este tipo de trauma prevalece en el campo transferencial, el desvalimiento en que puede quedar atrapado el analista cuando eso sucede, Maldavsky (1995) brinda un conjunto de sugerencias que tienden a orientar el trabajo de indagación respecto de las pesadillas para, a partir de ellas, acceder a la conjetura del núcleo de los traumas tempranos.

Aquí van algunas de ellas: a) si el contenido de la pesadilla alude a episodios con el padre, cabe la posibilidad que éste sea una alusión sustitutiva a escenas imposibles de evocar con la madre b) considerar de las pesadillas relatadas, no tanto a los personajes concretos de la misma, sino el tipo de lógica vincular subyacente en el relato (p. ejemplo: rescatar la tendencia del paciente a generar vínculos adhesivos) c) la construcción, no necesariamente ha de formularse explícitamente, puede ser desplegada como materia prima de otro tipo de intervención clínica, como por ejemplo de un conjunto de interpretaciones que tienen como fundamento la referida construcción.

4c) Migración, diferencias generacionales y pesadilla: Para terminar esta exposición deseo compartir otra de las propuestas originales de Maldavsky (1996) en su estudio de las pesadillas. Me refiero a su abordaje de una problemática singular: la de los adolescentes, hijos de familias migrantes, que atraviesan el doble desafío vital de apropiarse de los legados familiares y a la vez, generar proyectos para abrirse un camino en la comunidad en la que viven. Maldavsky plantea que los sueños y las pesadillas se desarrollan a partir de un conjunto de frases desprendidas de una maraña de fantasías, el ombligo del sueño. Tales frases suelen corresponder a un lenguaje primordial. En los migrantes, esa frase suele estar en otro idioma. Sus descendientes, en especial en la adolescencia, abominan de ese lenguaje que sus padres hablan en la intimidad. Ello conduce a que, el lenguaje onírico y en particular el de la pesadilla como guardián de la vigilia, no pueda desplegarse con eficacia. En su lugar se activa un despertar por crisis de vértigo, asfixia, frío o un golpe aturdidor. El eslabón generacional quebrantado, transmisor de ideales, mitos, metáforas comunitarias, queda sustituido por un dejarse morir expresado en el eje somnolencia letárgica-insomnio que ataca la subjetivación adolescente y la generación de proyectos hacia un mundo exógamico significativo.

Bibliografía

- Freud, S. (1914g). Recordar repetir, reelaborar, en AE, vol. 12
Freud, S. (1920g). *Más allá del principio del placer*, en AE. vol. 18
Freud, S. (1926d). *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE. vol. 20
Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires: Amorrortu.
Maldavsky, D. (1995). *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu.
Maldavsky, D. (1996). *Linajes abúlicos*, Buenos Aires: Paidós.
Maldavsky, D. (1998). *Casos atípicos*, Buenos Aires: Amorrortu.

Sobre la función epistemológica del trabajo onírico Sebastián Plut

La teoría freudiana sobre los sueños nos lleva a recorrer la metapsicología, la psicopatología y la técnica psicoanalítica. En efecto, en el conjunto encontramos conceptos sobre la constitución del aparato psíquico, las características de los sueños en diversos cuadros clínicos, orientaciones para su interpretación, o sobre cómo fragmentar el material, etc. Por ello, cuando Freud (1900) propuso que el sueño es la *vía regia* hacia el conocimiento de lo inconsciente, indicó el carácter abarcativo del trabajo onírico. Si es la vía regia, entonces, habla de un camino por dónde ir. David Maldavsky afirmó: "*La interpretación de los sueños contiene, además de un análisis de contenidos oníricos, una teoría sobre actividades psíquicas inconscientes que involucran la memoria y el pensamiento*" (Maldavsky; 2000). Si bien el pensar y el recordar se desarrollan tanto en el dormir como en la vigilia, las características del dormir ponen más en evidencia esos procesos. Tales características del dormir son: el repliegue de la atención desde el mundo sensorial hacia el ello, la inhibición de la motricidad y la regresión de las lógicas convencionales.

Otro aspecto que desarrolló Maldavsky es lo que podríamos denominar el valor epistemológico de los sueños o, dicho de otro modo, la función que tiene la propia actividad onírica del investigador. Ya no se trata aquí de la función terapéutica de la interpretación de los sueños, sino del aprovechamiento que el investigador hace de la propia producción onírica en el camino de la indagación de los fundamentos anímicos. Algo similar señaló Maldavsky respecto de la contratransferencia, la cual tiene un evidente valor clínico en el intercambio entre paciente y analista, pero también la consideró como un retorno de lo no teorizado. Este modo de valorar los sueños, como expresión de un proyecto científico y de las correspondientes vicisitudes anímicas del investigador/soñante, es parte de lo que Maldavsky examinó en la secuencia de sueños de Freud, en particular el sueño de la inyección a Irma.

Los sueños, desde luego, tienen una infinita variedad de escenas manifiestas posibles. A su vez, esos contenidos se acotan significativamente si los analizamos como manifestaciones plásticas que expresan, al decir de Maldavsky, los diferentes lenguajes del erotismo, los diferentes deseos o fijaciones pulsionales. Sin embargo, y pese a esta variedad, para Freud, todos los sueños comparten entre sí un rasgo que los unifica, esto es, todos los sueños constituyen una realización de deseos. Por su parte, Maldavsky también sostuvo que los sueños tienen un elemento común en cuanto a los lenguajes del erotismo, ya que todo sueño posee las características propias del llamado deseo oral primario, lo cual se corresponde con la comparación que Freud hizo entre los sueños y las alucinaciones. Conviene subrayar una diferencia central que hay entre la percepción convencional y la percepción en las alucinaciones y los sueños: en alucinaciones y sueños la percepción es comandada desde la vida pulsional, es decir, vía proyección se perciben los propios contenidos mnémicos. En cambio, la percepción convencional es gobernada por las investiduras de atención, y la proyección consiste en la creación de una espacialidad en la que se captan los contenidos aportados por el mundo. El proceso onírico, entonces, exige un pasaje desde los pensamientos inconscientes a las imágenes del sueño, pasaje que para Maldavsky consistía en una suerte de orden al modo del "Fiat lux", hágase la luz. Esta orden no recae sobre la motricidad ni sobre los afectos, sino sobre el contenido de la percepción. Recordemos, respecto del esquema del peine, que Freud decía que el sueño deriva de un camino regresivo de lo anímico hacia el polo de la percepción, en lugar de apelar a la motricidad.

De lo dicho hasta acá retengamos sobre todo una idea: que el sueño tiene por función trasponer un pensamiento inconciente en imágenes. O, también, cómo hacer de una abstracción algo perceptible.

El sueño de la inyección a Irma

En las últimas ocasiones en que David analizó el sueño de la inyección a Irma, sueño que Freud tuvo la noche del 23 de julio de 1895, destacó sobre todo las escenas propias del deseo fálico uretral, escenas que detectó también en otros sueños de Freud. De ese modo, describió un momento inicial de rutina (en el que se da el encuentro de personas del mismo sexo unidas por lazos de amistad y rivalidad fraterna), luego, la aparición del objeto de deseo (como un objeto atractivo y enigmático), posteriormente, el despertar del deseo ambicioso respecto de develar el interrogante, la incursión en un territorio hostil, prohibido, y, finalmente, el develamiento de la incógnita.

Seguramente recordarán de qué se trata el sueño. En una fiesta, Freud se encuentra con Irma, quien no se siente bien. Freud le revisa la garganta, para lo cual Irma se mostraba renuente. Luego, hay una serie de intercambios entre médicos, sobre el origen y persistencia del malestar de Irma. Finalmente, descubren que hay una infección producto de una inyección. En el mismo sueño, Freud ve escrita la fórmula de la trimetilamina.

En un libro de 1977, *Teoría de las representaciones*, Maldavsky se había centrado en la motricidad relatada en el sueño, en los componentes cinéticos y subrayó tres tipos de movimientos: el acercamiento impaciente acompañado de reproches, el acercamiento para establecer un contacto (con la finalidad de develar el misterio), y, finalmente, un tercer tipo de componente, de carácter vindicatorio.

Sería tedioso exponer ahora la multiplicidad de resultados que obtuvimos cuando estudiamos el sueño de la inyección a Irma en los tres niveles que considera el Algoritmo David Liberman, las palabras, los actos de habla y los relatos. A modo de síntesis, digamos que entre los elementos detectados hallamos la importancia de las justificaciones racionales (por ejemplo, explicar qué pasó con Irma y el porqué de sus problemas de salud), así como escenas que combinan reproches y autorreproches, en el marco de los sentimientos de culpa, y también expresiones del deseo vengativo ya que, como dijo el mismo Freud, el sueño de la inyección a Irma constituye un alegato, es decir, una defensa frente a una presunta acusación.

Umberto Eco dice que la pregunta fundamental del psicoanálisis "*coincide con la de la novela policíaca: ¿quién es el culpable?*". Aunque solo acordamos parcialmente con esta comparación, es cierto que tal podría ser una de las preguntas subyacentes al sueño de la inyección a Irma: la paciente continúa con dolores y en el sueño se suceden diversas revisiones y opiniones médicas hasta que se *descubre* que la inyección dada no hace mucho por Otto es la *culpable*.

El examen que Freud le practica a Irma en la garganta puede ser pensado en diversas direcciones: por un lado, buscar un componente orgánico del sufrimiento de Irma, pues de ese modo él quedaba exculpado; pero, por otro lado, también puede verse como una transitoria renuncia a sus propias aspiraciones egoístas y narcisistas. Freud –por culpa– cedería en su ambicioso proyecto de una teoría sobre la cura psíquica.

Maldavsky sostuvo que Freud expone un fracaso clínico como condición para realizar un descubrimiento científico. Quizá su sentimiento de culpa no sea solo expresión del escaso resultado obtenido con la paciente sino que derive de que su mayor interés lo tenía como científico antes que como clínico.

Recordemos que el sueño finaliza con el hallazgo de una fórmula abstracta, la de la trimetilamina, lo cual coincide, como dije antes, con el hallazgo de una fórmula abstracta que unifica a los diferentes sueños. Queda para otra ocasión el análisis de las cuestiones olfatorias, ya que la trimetilamina es conocida por ser la principal sustancia responsable del olor desagradable asociado al pescado descompuesto, a algunas infecciones y al mal aliento.

Ahora bien, un problema a tener en cuenta, ante el conjunto de resultados, es cómo determinar qué es lo central y qué es lo complementario en el sueño. Y retomo ahora lo que dije sobre la función epistemológica de los sueños. Una cosa es si consideramos el contexto del sueño (lo ocurrido el día previo, el tratamiento de Irma, etc.) y otra diferente es si consideramos el contexto del relato del sueño (en cuyo caso, ya se trata del libro de la interpretación de los sueños). Según sea uno u otro contexto, tendremos que darle un valor diverso, ya que en el primer caso prevalecen las explicaciones, los reproches y la venganza, y en el segundo caso ya resulta hegemónica la aventura cognitiva. En todo caso, para combinar ambos conjuntos, podríamos decir que Freud resolvió sus deseos vengativos, sus objeciones, sus preocupaciones por la salud –ajena y propia- y sus autorreproches con un hallazgo científico.

El sueño, de hecho, también presenta una escena de anticipación. Por ejemplo, el sueño anticipa la fiesta de cumpleaños de su mujer (que se daría unos tres días después), así como también anticipa la reformulación de los criterios que definen el cierre de un tratamiento. Sin embargo, el sueño corresponde también a la anticipación de un futuro abierto, diverso del presente, un futuro cuyos interrogantes no admiten un cierre definitivo (si buscan la fórmula de la trimetilamina, verán que los números que acompañan las letras son 3 y 9, y 39 era la edad que Freud tenía en ese momento). Para el mismo año del sueño, Freud comienza a atender a un paciente, sobre el cual le escribe a Fliess: *"empiezo a comprender que el carácter en apariencia interminable de la cura es algo sujeto a ley... La conclusión asintótica de la cura siempre es un desengaño más para los circunstancias"*. Otra expresión de este tipo de anticipación (y que se encuentra como referencia al final del análisis del sueño sobre Irma) es otra carta a Fliess algo posterior a la precedente. Allí le pregunta: *"¿Crees que algún día se colocará en esa casa una placa de mármol, con la siguiente inscripción?: «En esta casa le fue revelado al doctor Sigmund Freud el secreto de los sueños»"*. Es decir, el hallazgo de una conclusión abstracta parece ser correlativo de la anticipación de la propia muerte o, dicho de otro modo, la detección del aspecto esencial de la actividad onírica anticipa su presencia psíquica y su ausencia física.

Sobre el valor epistemológico de un sueño de Maldavsky

Ya mencioné que al analizar el sueño de la inyección a Irma, Maldavsky afirmó que el avance científico en Freud tuvo como condición **exponer** un fracaso clínico, deponer una imagen de potencia, en el sentido de un precio a pagar por abandonar el refugio en la rutina, en lo consabido.

Como se ve, tenemos dos cuestiones a considerar: por un lado, el sueño y sus múltiples sentidos y, por otro lado, la función que cumple el investigador al exponerlo.

Algo similar podríamos decir de un sueño del propio Maldavsky que él expuso en su libro *Sobre las ciencias de la subjetividad*, libro en el cual desarrolla la epistemología del psicoanálisis y, a su vez, establece los fundamentos de lo que, luego, se conocerá como Algoritmo David Liberman, su método de investigación del discurso. No vamos a presentar ahora el análisis de este material onírico, pero sí podemos preguntarnos qué lo condujo a exponer, diría que casi por única vez, su propia subjetividad. Al igual que en el

sueño de Freud, en ese sueño se expresan las vivencias correspondientes a un proceso de investigación. Tales vivencias, descritas tanto por Freud como por Maldavsky, corresponden al temor al exhibicionismo y/o la autocensura y la desorientación por avanzar por terrenos alejados de lo acostumbrado. Por otro lado, nos podemos preguntar si exponer la propia subjetividad forma parte de una exigencia que debe afrontar el investigador de los fundamentos anímicos.

Maldavsky, de hecho, alude a *"la compleja situación en que un desdoblamiento subjetivo permite tomarse a sí mismo como objeto de investigación"*. Finalmente, así concluye ese capítulo: *"Tal vez la situación actual de las ciencias de la subjetividad, cuya base es el psicoanálisis, exija de este nuevo avance hacia los fundamentos, hacia lo que Freud llamaba ombligo del sueño"*.

El ombligo del sueño, el repliegue hacia el ello, quizá no sea sino el reencuentro del yo con su propio origen, con ese núcleo anímico en el que se percibe que nuestra vitalidad y nuestra subjetividad tienen un destino en la inercia. El sueño, entonces, es la vía regia en tanto allí se expresa la pugna entre pulsión de vida y pulsión de muerte. O, como también dice Maldavsky, quizá constituya uno de los intentos de recuperar el surgimiento de la significatividad sobre el fondo de una ausencia de significación.

Con lo expuesto hasta aquí, mi interés fue reflexionar sobre los aportes que Maldavsky realizó respecto de los materiales oníricos al servicio de la investigación científica, sueños soñados en el contexto del avance en la indagación de los fundamentos anímicos.

Como nota de color, y quizá no solo de color, hay otra llamativa coincidencia entre el sueño freudiano de la inyección a Irma y el sueño de David; coincidencia que dudo mucho se deba al azar: con 99 años de diferencia entre uno y otro sueño, ambos fueron soñados la noche del 23 al 24 de julio (1895 y 1994). Números y fechas son manifestaciones que ambos autores tenían muy cuenta.

Bibliografía

Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*, vols. 4 y 5, A. E.

Maldavsky, D. (1977). *Teoría de las representaciones*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Maldavsky, D. (2000). La teoría psicoanalítica sobre los procesos oníricos, la memoria y el pensamiento inconscientes, *Actualidad Psicológica*, Nº 276.

Plut, S. (2021). *Vestigios Psicoanalíticos*, Buenos Aires: Ricardo Vergara.

23/04/22**Escucha de lo familiar: Intersubjetividad y circuitos mensajeros*****Presentaciones de Eduardo Grinspon, Graciela Bottini, Manuel Liss y Adela Woizinski*****Escucha de lo familiar frente a consultas generadas por hijos testigos implicados dentro de escenas familiares patógenas. Características de estas escenas. Circuitos mensajeros posibles.****Eduardo A Grinspon**

La "escucha de lo familiar" o nuestra escucha con la posibilidad de una perspectiva familiar¹, es un matiz de nuestra escucha como persona del analista implicado en una clínica del proceso y ante los pliegues² que todo proceso transferencial nos presenta. Es decir, es una posición clínica en cualquier espacialidad terapéutica en la que estemos implicados³, fundamentalmente con familias en las que priman sufrimientos narcisistas identitarios y sus soluciones narcisistas de sobrevida psíquica, configurando estados límites de la subjetividad y subjetivación⁴. Luego nos referiremos a los pliegues y su referencia a nuestro malestar en sesión.

En esta oportunidad quiero compartir un escollo clínico dado por un motivo de consulta generado por un grupo de hijos ya adultos, preocupados por un miembro de la pareja parental atravesando una situación límite a nivel psíquico y somático. Situación límite que al ser registrado por uno de los hijos inició un circuito mensajero intrafamiliar. Hijos hoy testigos implicados ante el riesgo de vida, es decir frente a la presencia de la muerte como posibilidad. Pensamos que este fue el punto de inflexión que expresó la vacilación del equilibrio familiar patógeno sostenido a través de años y relanzó un circuito mensajero intrafamiliar e inter-pulsional, dando lugar al llamado hacia una terceridad posible a través del motivo de consulta actual. Un punto de inflexión en el cual el anclaje no refirió al sistema defensivo sino al borde somáticamente vital⁵.

Como viñeta clínica elegí compartir los matices de mi escucha desde el llamado telefónico de un hijo hasta poder constituir el encuadre pertinente y sostenido en continuidad durante dos años.

Recibo un llamado telefónico en el cual un hijo me pide que vea a su madre quien estaba atravesando situaciones depresivas muy serias. El hecho de comentarme haber transitado varios tratamientos fallidos e incluso mi registro del hartazgo y la desesperanza frente a un estado depresivo pertinaz con amenazas suicidas y derivaciones somáticas con alto riesgo de vida, me llevó a preguntar si había otros hijos. Me responde que son varios, incluso alguno viviendo en el exterior y que habían hablado de la necesidad de una nueva consulta. Esto me lleva a proponer de inicio que hable con sus hermanos para

¹ Término que acordamos junto a André Carel en el último Congreso de la AIPPF en la presentación del texto «*Omnipresencia mensajera de hijos cautivados y cautivos*» <https://eduardogrinspon.com/omnipresencia-mensajera-de-hijos-cautivados-y-cautivos/>

² A. Ciccone.

³ Es decir, nuestra inclusión intraestructural en una clínica del proceso.

⁴ R. Roussillon.

⁵ Articulación entre la posibilidad de efectos catastrófico, la muerte y la presencia del loco organizador.

tener una entrevista con el grupo de hijos. Este hijo me responde el mismo día que estaban de acuerdo y acordamos la entrevista con todos los hijos. Una vez que esta estuvo pactada, ofrecí la posibilidad que invitaran a su madre a estar presente sin que tuviera la exigencia de hablar. Esta propuesta fue aceptada y contamos con la presencia de la madre. En esta entrevista luego de referir a la impotencia y sufrimiento de estos hijos frente al sin salida de su madre, surgió un comentario acerca de las consecuencias de una difícil y muy antigua situación de pareja que la madre venía padeciendo. Un padre muy tiránico y con quien no se podía hablar. Rápidamente agregaron que no le habían consultado para pedir esta consulta porque "el padre no creía en estas cosas". Le propuse a la madre tener una entrevista singular y luego tener otro encuentro con los hijos.

En la entrevista singular, de inicio hubo un silencio y, apoyándome en los relatos que habían hecho sus hijos, pude acercarme a su desesperanza frente a situaciones insoportables vividas en su casa. Además de su desesperanza frente a que un tratamiento pudiera ayudarla. Si bien esto coincidía con escenas familiares primarias, el malestar se había acentuado con la partida del último de los hijos. Al ser un espacio terapéutico ampliado y no escindido⁶, pude dar lugar en la entrevista con los hijos a distintos matices del sufrimiento de la mamá, algunos secretados. Como por ejemplo las penurias económicas padecidas por el manejo arbitrario del dinero del agente tiránico, o el efecto de sus silencios tensos y prolongados, que todos padecían y aceptaban como inmodificables. Por supuesto, en mi escucha de lo familiar este padre "presente en ausencia" y referido como alguien que nunca iba a aceptar un espacio terapéutico, fue desde un inicio un objetivo a integrar.

Luego de iniciado el espacio singular de la Sra., articulado con entrevistas con los hijos, constituimos un grupo de whatsapp de comunicación continua y fundamental en nuestro proceso. Fue por este medio que me enteré que papa ya sabía ya que una hija se lo había comentado una hija, sin habérselo dicho al resto. De inicio quedó claro que el costo económico era solventado por el grupo de hijos. Comenzamos a plantearnos como integrar a papá. Luego de muchas vacilaciones, la mamá propuso que ella lo iba a hacer. A partir de mi registro de su adaptabilidad sacrificial, propuse llamarlo yo telefónicamente e invitarlo a una entrevista de pareja. Así lo hice y tuve una respuesta rápida pero escueta en la cual pudimos organizar un horario. Luego de pactado este encuentro lo comuniqué en nuestro grupo de whatsapp.

En esta entrevista comencé plateándole el sufrimiento de su esposa, ante lo cual me respondió contestatariamente desde su impotencia y hartazgo refiriendo todo lo que él hacía sin ningún reconocimiento ni resultado. Le comenté que esta sensación era homóloga a lo que toda su familia me había planteado y le propongo que se integre a nuestras reuniones familiares, y que también iba a intentar ayudarlo a dialogar con su esposa. Constaté que papá tenía un ciclo de dos tiempos. Luego de un silencio tensamente audible, un primer tiempo contestatario con un matiz violento desde su retracción y un segundo de buena aceptación. Esto me llevó a sostener en sesión familiar de inicio este matiz explicitando que papá no había fallado a mi convocatoria pero entendía que era necesario saber y respetar sus ciclos de dos tiempos. Agregamos, luego de una interconsulta con un psiquiatra de mi confianza, una medicación adecuada e iniciamos este proceso. Sostuvimos una continuidad dada por un espacio terapéutico ampliado y no escindido⁷ que consistió en sesiones semanales singulares de la señora articuladas con

⁶ E. Grinspon: Espacialidad terapéutica ampliado y no escindida, sostenida desde nuestro encuadre interno.

⁷ E. Grinspon.

entrevistas familiares cada 15 días con todos los miembros ya presentes. En estas entrevistas quincenales incluimos varias entrevistas de pareja.

Jerarquizo la importancia del motivo de consulta y el modo atípico en el que se nos presentó. Lo enuncio atípico por su diferencia a los motivos de consulta con los que nos encontramos acorde a nuestros encuadres habituales. Pienso que ante estos escollos clínicos nuestra "escucha de lo familiar"⁸ es un matiz de nuestra escucha como analista en persona sostenida en sesión por nuestro encuadre interno⁹. Considero a este matiz un referente de base, tanto en un motivo de consulta dado a partir del "grupo de hijos de una familia" (al que vamos a referir en este desarrollo), como en aquellas situaciones clínicas individuales, en las que fuimos nosotros como analistas en persona implicados, quienes a partir de nuestro malestar en sesión o en el espacio intersesión, imaginamos y propusimos la ampliación del espacio terapéutico a nuestro paciente individual.

A partir nuestra escucha de lo familiar en el espacio de terapia individual de "mi paciente", como uno de los padres, hemos accedido a una repuesta al "pasaje por el acto de uno de sus hijos" en su función mensajera. Es decir al ser escucha de lo familiar en la terapia individual de mi paciente, es un registro de nuestra intersubjetividad transferencial¹⁰. Jerarquizo mi malestar como un efecto del pliegue posible, que nos posibilitó escuchar los gritos de este hijo instalado como preocupación y único para nuestro paciente. En mis desarrollos anteriores exploré los efectos en nuestro espacio intersubjetivo transferencial de "gritos mensajeros de hijos cautivos y cautivados"¹¹, atrapados en circuitos incestuales. Gritos advenidos por pasajes por el acto¹² de estos hijos que al afectar a nuestros¹³ pacientes se tornaban mensajeros para un "otro sujeto y su pulsión" disponible y utilizable. Menciono lo utilizable ya que son los pasajes por el acto¹⁴ mensajeros dentro de una intersubjetividad posible (en su diferencia con pasajes al acto dados por las descargas) aquello que al implicarnos como personas, nos lleva a intervenciones y propuestas necesarias.

El proceso actual inaugura otra opción dada a partir de gritos mensajeros provenientes del cuerpo, expresión somática del sufrimiento de uno de los miembros de la pareja parental, o de un estado serio de desvitalización que se tornó mensajero a nivel familiar. Cada vez que enunciamos gritos a nivel familiar, nos referimos a pasajes por el acto o por el soma mensajeros dentro de la intersubjetividad familiar. Una intersubjetividad específica en la que dentro de la asimetría familiar estructural dada por la inter-generacionalidad se configura una inter-pulsionalidad familiar en un equilibrio inter-defensivo, el cual por ser pluripsíquico es dinámico y en permanente readecuación.

Los circuitos mensajeros dados en la especificidad de la grupalidad familiar, provienen de una vacilación de este equilibrio inter-defensivo e inter-pulsional familiar patógeno.

⁸ E. Grinspon.

⁹ Este último es fruto de la articulación entre nuestra experiencia personal del análisis de nuestros sufrimientos, nuestra formación y experiencia clínica.

¹⁰ Qué tipo de *rêverie* estuvo en juego en nuestra escucha implicativa en este tipo específico de transferencia posible. Me refiero a la transferencia por retorno de lo clivado enunciado por R. Roussillon, un tipo de retorno dado a partir y través de nuestra posición en sesión como un objeto otro sujeto y su pulsión. Un trabajo de apropiación subjetiva supone la confrontación con un juego de diferencias.

¹¹ E. Grinspon.

¹² R. Roussillon.

¹³ Afecto en su función mensajera.

¹⁴ R. Roussillon.

Estamos refiriendo a la vacilación dada como efecto de la presencia del sufrimiento singular de algún miembro quien pudo gritar "aun" y "como pudo" un pedido de "alguien" que le posibilite salir del circuito de retracción concéntrico. Un alguien¹⁵ cuya presencia implicativa le posibilite el circuito¹⁶ necesario para acceder al trabajo de subjetivación¹⁷ y recuperar al sujeto del propio sufrimiento. Circuito sostenido o vehiculado por el trabajo del afecto mensajero (función semaforizante del afecto que enuncia R. Roussillon) que al no cesar en la búsqueda objetal inaugura el encuentro co-alucinatorio que finalmente nos convoca. Este proceso objetalizante está dado en un primer momento por el efecto del registro y a veces de la convalidación del sufrimiento padecido por el miembro familiar emisor (habitualmente un hijo o la pareja partenaire de una alianza perversiva) por un "otro humano como uno", en el mejor de los casos a nivel intrafamiliar, y luego en sesión o en el espacio inter-sesión, es una posición sostenida por nuestra presencia implicativa.

Al correrlos de la perspectiva individual, ¿cómo pensamos en nuestra especificidad de escucha de lo familiar, lo traumático y su transmisión en el circuito familiar asimétrico? Asimetría dada desde los padres con sus pactos y alianzas, la transmisión de su sufrimiento hacia sus hijos que los padecieron como hijos y testigos. Lo específico del circuito de transmisión de lo traumático en estas familias adquiere el matiz de la transmisión traumática de lo traumático dentro de la intersubjetividad familiar, es decir lo traumático para alguien quien ha vivido y atravesado situaciones traumáticas que dejaron restos a los que luego nos referiremos. En nuestra especificidad de "lo familiar", las alianzas intersubjetivas patógenas llevan a pactos narcisistas en complicidad, una interpulsionalidad compleja que hace que se logre un equilibrio inter defensivo-ofensivo por el cual se da la posibilidad de este matiz de transmisión, arrasando la "inter-generacionalidad y llegando a la trans-generacionalidad.

A partir de nuestra clínica del proceso esta data clínica inaugura una especificidad dada por hijos, quienes como grupo fratria, en lugar de fragmentarse y clivarse sosteniendo la paradojalidad, accedieron a una resonancia intersubjetiva en búsqueda de una terceridad necesaria. Esta resonancia intersubjetiva nos llevó a pensar el componente mensajero del afecto en este proceso de transmisión y retorno¹⁸.

¿A qué circuito de transmisión nos estamos refiriendo?

A partir de la interpulsionalidad subyacente se posibilita este trabajo del afecto que partiendo de la descarga somática en uno de los miembros, inicia una apertura alucinatoria en búsqueda del objeto necesario que finalmente da lugar a la apertura co-alucinatoria que nos convoca a implicarnos. Nuestro malestar ya es parte del encuentro co-alucinatorio.

Cuando hablamos de restos nos referimos a huellas perceptivas¹⁹ o cuantitativas presubjetivas que, al no cesar en su insistencia en búsqueda de un otro sujeto y su pulsión²⁰, posibilitaron al afecto su función mensajera. Una vía dada a partir del movimiento y empuje pulsional que posibilita un acceso al trabajo de apropiación subjetiva necesario. Este último supone la confrontación con un juego de diferencias, aquello que con David Maldivsky enunciábamos como afín pero diferente. La diferencia sin el fondo de similitud

¹⁵ un otro sujeto (y su pulsión)

¹⁶ E. Grinspon, *Lo alucinatorio en sesión, Acceso al circuito que inaugura el encuentro co alucinatorio..*

¹⁷ es decir, a la representación y figurabilidad necesarias para la apropiación subjetiva.

¹⁸ Es parte de nuestro accionar, dar acceso a la diferencia de lo vivido por cada hermano y el destino o tránsito que tuvo su sufrimiento.

¹⁹ C. Botella- R. Roussillon.

²⁰ R. Roussillon: Compulsión a la subjetivación.

llevaría a un clivaje y la similitud sin un fondo de diferencia suficiente es factor de confusión.

En el proceso recorrido y a partir de los restos del sufrimiento padecido, se generó en la intersubjetividad familiar un "continente afectivo" que posibilitó que en el retorno de lo traumático devengaran contenidos. Un tipo de trabajo desde el negativo, un trabajo del resto aun no subjetivado que no cesa en su insistencia en la asimetría familiar.

Este nivel traumático de transmisión²¹sostiene sectores familiares clivados a través de generaciones, arrasando el imperativo que tiene cada generación de elaborar sus propios sufrimientos. Concepto nuclear y base de esta presentación.

Un matiz específico en estos equilibrios familiares patógenos, es que en la pareja parental primaban escenas fijas en las que la tensión y la coexcitación fusional opera como un equivalente perversivo de vínculo. Esta derivación genera movimientos perversivos familiares que detonan un circuito interhumoral, el cual opera para los hijos de un modo contextual centrípeto y fetichizante. Movimiento patógeno que deja estos restos sostenidos en "lo actual" del sufrimiento de estos hijos, muchas veces rehenes y atrapados en la vigencia de los clivajes familiares.

Esta vez nos encontramos con hijos ya adultos que consultan preocupados por uno de los padres y con disponibilidad a un "espacio familiar de terapia", que implica a todos sus miembros "en presencia" o en un inicio algunos como "presentes en ausencia". Así sucedió con los agentes demonizados con quienes "supuestamente" era imposible dialogar.

Estas escenas parentales articulan personajes en quienes priman escenas fijas y privadas que remiten a la derivación identitaria de cada solución narcisista de sobrevida psíquica singular lograda. En estos personajes "restan atrapadas" personas fijadas en una estasis temporal a su partenaire de un modo necesariamente inmodificable. Esta diferenciación entre los personajes de las escenas en las cuales se nos presentan y las personas es una de las metas clínicas en estos procesos. En el pacto vigente, cada miembro le aporta al otro el personaje necesario para sostener la eficacia de las corrientes defensivas singulares que posibilitaron su solución narcisista de sobrevida. Desde nuestra posición clínica interpelamos estos personajes. Un movimiento en búsqueda de la persona singular atrapada en su caparazón defensivo preventiva y en "lo actual" ofensiva dada en familia. Estas intervenciones en el espacio familiar nos posibilitan acceder a los matices del sufrimiento singular de cada miembro de la pareja parental y es notable el efecto trófico y subjetivante dado en los hijos, quienes aún sostienen interrogantes que no cesan en su insistencia. Hijos inevitablemente testigos y parte de estas escenas centrípetas familiares. En los ejemplos clínicos que fueron la base de este desarrollo primaban alianzas parentales en las que imperaba un pacto narcisista del orden tiranía sumisión, dada la disponibilidad a la adaptabilidad sacrificial con desvitalización progresiva de uno de sus miembros. Este rasgo de la adaptabilidad tiene un efecto en los hijos testigos en familias en las que "no se puede decir", quizás ni existir en presencia del agente tiránico, para evitar reacciones temidas. Familias en las que durante tiempos prolongados "se aplacaba al loco y se lo perpetuaba en su función organizadora". En nuestro tránsito pudimos diferenciar a estos agentes tiránicos en quienes primaba un tipo de retracción defensiva de otros agentes perversivo-narcisistas. Estas son situaciones clínicas específicas en las que el agente tiránico demonizado es alguien atrapante como agente en la dinámica familiar y atrapado como persona dentro de su personaje intrafamiliar. Es nuestra escucha e

²¹ Junto a la presencia de restos que no cesan en su insistencia de acceso a la subjetivación.

intervenciones lo que posibilita en estas familias salir del proceso de agentificación forzada, es decir la producción compulsiva de agentes que organicen las escenas familiares, y acceder al sufrimiento singular y su destino intrafamiliar.

Pensamos estos motivos de consulta como expresión del retorno de restos intrafamiliares aun en búsqueda de subjetivación, un circuito de complicidad y banalización sostenido en el tiempo. Nuestra posición posibilitó co-construir un continente que albergue estos sufrimientos en su singularidad y resistiendo al estancamiento dado por la tendencia desde la desesperanza, impotencia y hartazgo, a producir agentes responsables y culpables.

La interpelación por los hijos hoy adultos posibilitó circuitos de subjetivación inimaginados pero posibles dadas estas condiciones. Al dejar de ser la tensión un equivalente pervertido y perversivo de vínculo, el sufrimiento pudo dejar de ser un organizador y adquirir otra perspectiva desde la repetición posible en búsqueda de la apropiación subjetiva.

**Comentarios acerca del trabajo de Eduardo Grinspon
Graciela Bottini**

¿Cómo nos involucramos como analistas en "la escucha de lo familiar" dentro de la clínica del sufrimiento narcisista o supervivencia psíquica, en familia y pareja en los Problemas y Patologías del desvalimiento? ¿Qué cuestiones intervienen?

Los procesos de interconexión invitan a explorar las resonancias sensoriales habilitadas desde la interpsicología, que es base de la intersubjetividad transferencial. La resonancia es primal, me refiero a la transmisión intercorporal presubjetiva y cuantitativa.

Mi recurso cuando la clínica interpela a la teoría son las artes expresivas dentro de un modelo intermodal donde se articulan todos los lenguajes expresivos (Movimiento-imagen-metáfora). Inevitablemente, al fundamentar los supuestos básicos de este tipo de tarea y de propuesta, incluyo observaciones, interrogantes, descubrimientos y aportes desde mi propio proceso personal como psicoanalista y arte-terapeuta. Las EXA (Expressive Arts therapies) expanden nuestra percepción y conciencia y permiten hacer tangible lo intangible, lo indecible encuentra sus lenguajes, y lo disperso, su sintaxis. Creamos un estado de presencia consciente donde se asocian elementos aparentemente separados para una mirada habitual. Es un proceso pulsante que va de la fragmentación a la unidad, o dicho en otras palabras, va del centro a la periferia y de la periferia al centro. Aprendemos a percibir cualidades que hacen visible una urdimbre que sostiene tramas singulares y únicas. En las EXA trabajamos con frecuencias, ritmos, pulso, pausas. El color, lo sonoro, el movimiento, es vibración y sus proporciones generan realidad. Crean, dan lugar a una terceridad, sostenida con la persona del analista, que "se juega" de una manera diferente. Las artes expresivas integran las diferentes posibilidades de expresión artística para trabajar con la subjetividad, intentando desde el punto de vista dinámico "hacer consciente lo inconsciente" y desde el punto de vista tópico "donde Ello era, Yo debe devenir".

Siempre necesité teoría que diera razones fundamentadas a todo este proceso a medida que comprobaba que este modo de intervención permitía abordar lo no decible, registrar emociones, sentimientos y sensaciones que antes de intentar estos recursos se procesaban o no de manera diferente y podía también aportar evidencia empírica en favor de la teoría del Desvalimiento.

O sea que a través de las artes expresivas articuladas intermodalmente no sólo trabajaba con la conciencia ligada al preconsciente, la cual permite levantar la represión y hacer consciente lo inconsciente, sino también con el otro tipo de conciencia a la que alude Freud, aquella que está ligada a la percepción, y que es un requisito para que se creen los recuerdos.

Cuando la conciencia primordial falla, la subjetividad falla o no se constituye o queda desmantelada, entonces gana espacio el anonimato, se incrementa la destructividad, se entregan pedazos de cuerpo o surge la inermidad y el dejarse morir (Maldavsky, 1992, 1995, 1997).

El desvalimiento psíquico es el estado del psiquismo carente de los recursos suficientes para procesar los estímulos externos e internos, provocando esto toxicidad pulsional. Dicha intoxicación se manifiesta en estados de abrumamiento y en conductas de carácter autodestructivo.

Intuitivamente y acompañada por las investigaciones teóricas unidas a la práctica que propone David Maldavsky sobre la constitución, dinámica y perturbaciones de la conciencia primordial, me atrevo a explorar a través de las artes expresivas la memoria que guarda la temperatura de los recuerdos. Es este un proceso integrativo que emplea

nuestras capacidades intuitivas, tanto como los procesos lógicos y el pensamiento secuencial. Vale destacar que, a través de las diferentes formas de expresión artística, se reestablecen ritmos primordiales, arcaicos, registros rítmicos de sostén y presión, que constituyen memorias biológicas, inmunitarias, filogenéticas aparentemente olvidadas. Utilizando la sublimación, como modo singular de tratamiento de la pulsión, el sujeto puede a través de las diferentes modalidades de expresión artística procesar los contenidos más arcaicos correspondientes a su historia erógena infantil.

¿Cómo rescatar del silencio la voz del sobreviviente, su inhabilidad de identificarse y hablar de su dolor psíquico?

¿Cómo asistir y modular su vida anímica (su rabia, su tristeza, su desesperanza)?

¿Cómo transformar lo no decible en palabras con significado y que den cuenta de sus experiencias vitales?

¿Cómo transformar las defensas que congelan un trauma?

¿Qué capacidades desarrolla el psiquismo para tramitar vía representaciones el dolor psíquico no sentido a raíz de un trauma intenso y temprano y su consecuente hemorragia libidinal en las Patologías del Desvalimiento?

¿Cómo abordar la vulnerabilidad que predispone a un individuo a abusar de las drogas, la comida, el trabajo o el alcohol?

¿Cómo descifrar los "circuitos mensajeros" intrafamiliares?

La técnica vinculada a la teoría de las neurosis no siempre es la más adecuada para aquellos pacientes comprendidos en las Patologías del Desvalimiento, debido a que su organización psíquica es diferente desde los primeros momentos de su constitución. Uno de los supuestos básicos de esta teoría se basa en las fallas constitutivas en el Yo Real Primitivo. Este queda herido en el sentimiento de sí, con su bienestar de base y su bienestar de "estar vivo". En estas estructuras quedan afectados los ritmos primordiales, aquellos que habilitan al tiempo y al espacio. Estos sujetos presentan alteraciones corporales graves y componentes delirantes que apuntan a la autosupresión de la subjetividad, despojando a la vida psíquica de la incitación pulsional dejándola en un estado confuso, drenado de energía vital, carente de discriminación. La sobreestimulación perceptiva, tanto exterior como interior desorganiza la coraza de protección antiestímulo. De acuerdo con la Teoría del Desvalimiento existe un fracaso psíquico en su esfuerzo de ligadura de la pulsión de muerte en las fijaciones tempranas (Freud, 1920g).

Freud, al referirse a la melancolía y a la neurastenia habla de un empobrecimiento energético, libidinal y representacional donde los procesos de desinvestidura entran en relación directamente con lo somático, afectándolo. Los procesos que articulan las relaciones recíprocas de percepción, conciencia, pensamiento y memoria quedan afectados en menor o mayor grado.

¿Cómo opera la angustia en estos sujetos? En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud diferencia tres niveles de angustia (automática, señal y de separación) y sus distintos estados afectivos, que corresponden a diferentes momentos de la organización del psiquismo y de magnitudes de investidura. También dice: "cuando coinciden peligro externo e interno, peligro realista y exigencia pulsional, el Yo vivencia en un caso dolor que no cesa y en otro estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción; y en ambos casos la situación desde el punto de vista económico es la misma y el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico".

En fin, a manera de cierre, ensamblar arte y psicología es parte de mi propio proceso evolutivo personal. Crear conceptos es en sí mismo un acto creativo. La propuesta de Eduardo en la "escucha de lo familiar" inaugura la escucha de una polifonía de voces que es un registro de nuestra intersubjetividad transferencial.

Los interrogantes teóricos son múltiples. La necesidad de un interlocutor para problematizarlos y para sostener la búsqueda es imprescindible. El desamparo es doloroso.

Explorar, darme cuenta de no caer en la ingenuidad de que sólo hay rigurosidad en la teoría y menos aún que la teoría implica completud, ofrece el recurso dialéctico para seguir aprendiendo.

Ernesto Sábato habla del lenguaje de la ciencia y el lenguaje de la vida. Al lenguaje de la ciencia lo llama el lenguaje de la verdad. Mas, el hombre primero vive en el Universo y luego reflexiona sobre su esencia.

Bibliografía

Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia", en *AE.* vol. 3.

Freud, S. (1920g). *Más allá del principio del placer*, en *AE.* vol. 18

Freud, S. (1926d). *Inhibición, síntoma y angustia*, en *AE.* vol. 20

Maldavsky, D. (1992). *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires: Amorrortu.

Maldavsky, D. (1995). *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu.

Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Sábato, E. (1953). *Heterodoxia*, Barcelona: Seix Barral.

Gritos mensajeros de hijos cautivos y cautivados

Manuel Liss

Retomando lo planteado por Eduardo en relación a "los gritos mensajeros de hijos cautivos y cautivados" atrapados en circuitos incestuales, voy a compartir un proceso terapéutico que está desarrollándose en la actualidad haciendo hincapié en los 3 momentos iniciales fundantes del vínculo transferencial. El relato tiene varios ejes para desarrollar y seguir pensando:

- Escucha de lo familiar
- Tipo de derivación
- lugar del analista
- Intersubjetividad transferencial
- Intersubjetividad del grupo terapéutico

Primer momento: me llama Eduardo planteándome una derivación, era una situación de urgencia. Me comenta que, ante la insistente preocupación de un paciente suyo por un hijo, le propone que este se comunique con él para tener una entrevista y una nueva derivación. En esa entrevista el hijo hace referencia a un secreto mantenido durante muchos años que involucra a la pareja parental, ante esta situación le propone una derivación y que lo comentado iba a ser comunicado al colega, que él podía conocerlo y seguir hablando del tema. Propuesta que es aceptada por el hijo.

Desde la escucha de lo familiar, ante un material surgido en una sesión individual, a partir de sus registros perceptivos-afectivos en el vínculo transferencial, generó en el analista un posicionamiento que lo llevo a intervenciones terapéuticas más allá del encuadre establecido.

La información recibida va configurando en mí un posible paciente llamado Raúl, con una problemática explicitada y un estado de angustia comentado a otro terapeuta.

Segundo momento: Por el tipo de derivación, le envié un whatsapp a Raúl en el cual me presento aclarándole que estaba al tanto de lo que le estaba sucediendo, estrategia que utilice para superar un posible escollo ante la angustia que podía provocarle hablar nuevamente de algo que estaba "prohibido hablar". Me contesta de inmediato y combinamos un encuentro por zoom.

Tercer momento: Lo primero que me plantea, es el estar muy mal por el corte de un noviazgo, corte propuesto por su novia. Relación que caracteriza de muy importante e intensa, definiéndose el como muy emocional y sensible. Además, comenta de manera genérica pensamientos que insisten en su mente, "cosas escondidas".

Lo percibo agobiado, angustiado, con frases cortadas y lenguaje críptico, supongo que estaba expresando algo de lo que "no se puede decir" que perturba su estructura de pensamiento y de comunicación. Decido mantenerme en silencio a pesar del esfuerzo que me generaba el poder seguir su relato, y el estado confusional que por momentos me generaba.

Luego "como dando vuelta una página" (frase que va a utilizar frecuentemente) me pregunta si yo sé lo del secreto, le contesto que sí y le pido que él me lo cuente.

Partiendo que todo sujeto se constituye como tal desde el encuentro con otro sujeto-objeto que se predispone disponible, al aclararle que sabía lo que le estaba sucediendo, convalido su sufrimiento, ofreciéndome como objeto-testigo del sujeto del dolor, intentando dar figurabilidad y representación a su padecer. El pedido de que él me lo cuente es con la intención de comenzar a instalar en un encuadre terapéutico "esos pensamientos que insisten en su mente".

Me describe que, siendo chico, se entera de una relación de infidelidad de su padre con una amiga de la familia, que aún se mantiene, tema que hace muchos años tiene en la cabeza y lo perturba. En una oportunidad quiso hablarlo con su padre y este le contestó que era muy chico para entender de esas cosas. A partir de lo cual el tema "quedó clausurado". También plantea las situaciones de tensión entre sus padres por "conflictos económicos" y "que su lugar es quedar en el medio tranquilizando a ambos" como también proteger a sus hermanos menores.

Inicialmente el trabajo terapéutico se basó en la ruptura de su pareja, la inquietud sobre nuevas relaciones, y fundamentalmente en el proceso de historización de la familia y sus vínculos, este proceso le genera interrogantes que lleva a la ruptura del equilibrio interdefensivo familiar, lo cual le va permitiendo sustraerse del magma incestual.

En la medida que avanzan las sesiones es notable su distensión corporal y su capacidad expresiva, las "cosas escondidas" comenzaron a circular, la prohibición de hablar ya no es tal, dándole la posibilidad de poner en palabras los conflictos y los sentimientos que lo perturban.

La derivación de Raúl tiene su particularidad, en principio se genera desde la escucha de lo familiar, luego la derivación de la mano, que implica una trama entre los analistas intervinientes. El analista del padre, convoca a este hijo, que a su vez le permite conocer a su analista, terceridad que le habilita una salida exogámica, construcción de un espacio singular, diferenciado, posibilitador de un movimiento al estado de atrapamiento incestual, ya que Raúl es portador mudo de un "supuesto secreto" familiar. Trama terapéutica continente de la intersubjetividad transferencial que nos implica y permite la posibilidad de trabajo en los distintos espacios terapéuticos, generando aperturas en las estructuras vinculares familiares.

Son los analistas quienes sostienen el desequilibrio defensivo, resistiendo los nuevos equilibrios patógenos que van a insistir y que son perturbadores del proceso de subjetivación. Ese resistir, de los analistas, es a través de sus vínculos intersubjetivos basados en la confiabilidad y seguridad de esa otra persona-terapeuta.

Comentario sobre "Escucha de lo familiar" de Eduardo Grinson Adela Woizinski

Partimos de la base que las manifestaciones interindividuales en una pareja o familia son consecuencia de un entramado de alianzas y defensas y también de proyecciones e introyecciones.

El factor fundamental que exige tramitación interindividual es la pulsión y la defensa que cada uno desarrolla frente a la pulsión promueve la distribución de las posiciones y la relación que cada uno tendrá con los deseos, la realidad y el superyó.

Por lo tanto, lo determinante en una familia o pareja es el conjunto de transacciones que dan lugar a las manifestaciones. Así se producen soluciones de compromiso interindividuales de mayor o menor fijeza.

Eduardo, en su trabajo, refiere a aquellas soluciones de compromiso de mayor fijeza en la pareja parental, en las que se encuentran fragmentos traumáticos –huellas cuantitativas- de historias de la pareja parental, que suelen mantener a los hijos atrapados en ese circuito.

Una de las metas clínicas es deshacer el entramado de defensas, ese que posibilita que cada uno de los miembros de la pareja parental le aporte al otro el personaje necesario para su **solución narcisista de sobrevida**. De allí proviene su fijeza.

Al intervenir en el sufrimiento singular de cada uno de la pareja parental, es notable el efecto trófico que esto produce en los hijos. Hijos que inevitablemente son testigos y parte de estas escenas fijas.

Lo primero que pensé al escuchar el trabajo de Eduardo fue que este hecho –el entrampamiento de los hijos en el trauma parental- significa seguramente un avance en la posibilidad de detectar *in situ* el pasaje de los traumas en su transmisión de una generación a otra.

Pero ahí inmediatamente me surgió una pregunta ligada a este proceso y que era: ¿cómo distinguir en un grupo familiar un síntoma individual de un hijo, por ejemplo, originado en una vivencia individual, de un síntoma que está entramado con la historia de los padres?

La respuesta tentativa que encontré fue la: **escucha de lo familiar** de la que habla Eduardo, es la que revela los traumas familiares y no los individuales. Es la que se centra en los traumas familiares y conforma la parte nuclear del **encuadre interno del analista**.

Eduardo habla de la necesidad de co-construir en sesión **en acto y a través de lo actual** una escena en que se haga presente ese resto secretado, escindido de sufrimiento singular.

Hice el intento de pensarlo desde los tres niveles de análisis del discurso que conocemos del ADL: palabras, relatos y actos de habla. En un análisis individual lo usual en un tratamiento es que el discurso oscile entre palabras, relatos y actos de habla.

Los relatos remiten a lo extra transferencial y los actos de habla a lo transferencial. Los actos de habla son escenas que se despliegan ante el analista.

En el caso de la escucha de lo familiar resulta que nos encontramos con varios personajes vivos y presentes, conformando una escena desplegada en presencia del analista, donde cada uno de los integrantes de la familia juega un rol como personaje de un entramado que hace falta desmontar.

La primera pregunta para Eduardo sería:

1. ¿Cómo se entiende desde allí lo transferencial? Cuando digo "desde allí" me refiero a que lo que el analista tiene delante de sí es un acto con varios personajes.

¿Cómo entender, entonces, los conceptos de 'transferencia por retorno' y 'transferencias paradójales' en la escucha de lo familiar?

La segunda pregunta tiene que ver con que en la clínica del sufrimiento narcisista familiar se instala muchas veces un clima tóxico, de desesperanza, de fragmentación familiar, de no salida. Para esta situación familiar no suele alcanzar el dispositivo analítico. Se requiere un espacio terapéutico ampliado, no escindido.

Con este fin, Eduardo inauguró el espacio del whatsapp. Ofrece al grupo una vía de "comunicación continua y fundamental en el proceso terapéutico". Y nos informa que el efecto de este nuevo dispositivo en el grupo familiar es excelente.

La pregunta que surge aquí es:

2. ¿Dónde está el límite de tiempos, horarios, etc. en esta comunicación 'continua' y 'abierta' de los pacientes con el analista? ¿No corre el riesgo de volverse también algo tóxico para el analista?

Las preguntas quedan abiertas.

18/05/22

Presentación del libro *Del trauma a la resiliencia: Enfermedad orgánica y vida psíquica infantil*

Presentaciones de Nilda Neves, Ruth Kazez y Jorge A. Goldberg

**Presentación del libro de Jorge A. Goldberg
Nilda Neves**

El libro nos sumerge de lleno en el universo de una sala de pediatría de un hospital público en la que los niños internados padecen una enfermedad orgánica crónica, el VIH transmitido por contagio vertical.

El paciente VIH pediátrico recibe el virus durante su gestación o en los comienzos de su vida a través del pecho materno. La característica común a todos los niños contagiados por esta vía, es que la transmisión ocurre antes de que exista vida psíquica, o cuando ésta recién está comenzando, a partir del nacimiento.

Jorge plantea que la afectación del cuerpo de un niño o niña por esta enfermedad puede ser comprendida dentro de lo que se define en psicoanálisis como neurosis traumáticas. Freud sostiene que frente al trauma caracterizado por la irrupción de un estímulo hiperintenso, una coraza de protección es arrasada, dando lugar a un estado de desvalimiento motor y psíquico. Ante la situación traumática, el yo experimenta una sensación de impotencia y entiende en los casos extremos, que el destino, los dioses, el superyo, son fuerzas poderosas contra las cuales es imposible luchar, y lo único que queda es entregarse, darse de baja, dejarse morir.

David Maldavsky estudia la característica del trauma existente en la enfermedad hereditaria y plantea que, en estos casos, el factor perturbador no surge ni desde un estímulo desmesurado proveniente del mundo exterior, como ocurre en las neurosis traumáticas clásicas, ni tampoco desde el mundo pulsional, sino que su desborde debe hallarse en el trastorno de los procesos inmunitarios como guardianes de un orden económico interno.

El sistema arrasado en este caso, es el sistema inmunitario infantil y el factor avasallante es el virus proveniente del cuerpo materno, el cual deja como sedimento la transmisión de una patología, una marca orgánica indeleble.

Maldavsky destaca que lo nuclear del trauma se caracteriza por la falta de vitalidad anímica, una depresión sin matices afectivos, una hemorragia libidinal que contribuye a un estado de desintegración psíquica que puede llegar a ser radical. Dice también que, a diferencia de otras modalidades de neurosis traumática, hallamos en esta, una especificidad adicional: el sujeto descifra en las enfermedades sufridas por las generaciones familiares precedentes, el código de su propio destino, de su propia muerte".

Los niños que vamos conociendo en las historias que despliega este libro, se encuentran inmersos en un estado de desvalimiento estructural vigente desde los comienzos de su vida, en ese tiempo en el que no existe la posibilidad de apelar a alguna defensa, ni inmunológica ni psíquica; tampoco está disponible todavía la capacidad para registrar afectos, percepciones, o vivencias que den lugar a representaciones. Por lo tanto, en el desarrollo posterior, en la infancia o adolescencia, perdura una situación que no puede ser recordada y tampoco puede ser evocada como estado afectivo; están coartadas todas las vías de elaboración, de este modo la neurosis traumática amenaza en constituirse en la estructura psíquica dominante. Como evitar este desenlace es la piedra angular que dirige los interrogantes planteados en el libro.

Jorge describe en primera persona el desconcierto y desamparo inicial de quienes como él pertenecían a los equipos tratantes, ante esta situación catastrófica, en la que la ciencia resultaba impotente. Unos años después, la gran esperanza que se abrió con la aparición de tratamientos con drogas eficaces. Y más adelante el nuevo desafío, lograr que el paradigma cuantitativo imperante (dosajes, estadísticas, datos numéricos) se haga permeable a la importancia de otros enfoques, aquel que proponen los profesionales que pretenden que se incluya dentro de la ética del cuidado, la dimensión subjetiva de los niños, como factor determinante en su lucha por la vida

La función específica de los profesionales del área psi, y del equipo interdisciplinario, nos hace saber Jorge, fue crear y sostener en el tiempo un espacio de diálogo y juego, en cuyo seno estos niños y niñas tuvieran la oportunidad de desplegar el esfuerzo por dominar su dolor, su deseo de saber, su deseo de sanar, su vitalidad. Más concretamente, se trató de que la patología somática resultara un estímulo para el pensar de quién la padece.

La función primordial del proceso terapéutico es la de contribuir a que cada paciente construya una significación personal de aquello, a lo que lo que desde el campo de la salud se denomina adherencia al tratamiento

La espera activa es una propuesta vincular en la que el terapeuta se constituye en un estímulo no invasor, abierto al llamado de su paciente, y responde desde su disposición a la ternura y la creatividad.

La meta del trabajo a realizar, según este enfoque conceptual y clínico, tiene como una de sus tareas fundamentales contribuir a crear las condiciones para el surgimiento de emociones y representaciones faltantes. El objetivo, en condiciones favorables, es apuntalar el inicio del procesamiento psíquico en la conquista de la figurabilidad, es decir, la posibilidad de generar material psíquico apto para pensar la enfermedad orgánica en relación al cuerpo propio

El juego y sus variantes: relato, dibujo, movimiento, constituyen el canal privilegiado por el que el yo infantil procura darle dimensión psíquica al trauma. La relación entre juego y VIH, dice el autor del libro, es análoga a la que tienen las pesadillas respecto de los traumas que le dieron origen. Esto es, que tanto la actividad lúdica como la pesadilla, intentan lograr una ligadura, dar una dimensión anímica a aquello que ha resultado arrasador, imposible de cualificar.

Jorge destaca el sinfín de interrogantes que van surgiendo acerca de cómo proceder con respecto a lo que los dibujos de los niños y niñas dejaban entrever: el deseo de escuchar hablar de su cuerpo, de la enfermedad, de la medicación, de la fantasía de contagio e incluso del destino al que creían encaminarse.

Algunas respuestas se van hallando. El análisis de las escenas del juego permite observar que los niños que pasan de una postura de pasividad a otras progresivamente más activas establecen una relación de mayor eficacia en su lucha con el HIV.

Desde las posturas más regresivas, en las que el niño no logra desarrollar un movimiento expulsivo respecto del trauma, hasta otras más evolucionadas, en las que consuma la acción omnipotente de arrojar lo hostil y dañino fuera de su cuerpo mediante actos progresivamente más específicos, el paciente hace recaer en el cuerpo y la mente del terapeuta algo de lo nuclear de su desamparo.

El analista de niños queda así ubicado como depositario, filtro y transformador del dolor y el caos cognitivo que determina el trauma. Si el terapeuta soporta y sostiene esa posición, si capta el mensaje transferencial que conlleva la escena, contribuye a fortalecer la calidad del vínculo terapéutico.

El marco teórico para pensar esta complejidad clínica es amplio y pleno de aportes de enorme riqueza; desde los conceptos freudianos, pasando por autores fundamentales como lo fueron Bion, Winnicott, Meltzer y muchos otros.

Es de lamentar que la profusión de contribuciones en este sentido no se vea acompañada por la concreción de trabajos de investigación sistemáticas que colaboren en la transmisión de estos saberes y sus efectos clínicos. Quienes pretenden avanzar en este camino en el área de la psicoterapia con niños, niñas y adolescentes, han constatado que hay una carencia de instrumentos confiables para estudiar el proceso terapéutico y sus efectos en la sesión concreta.

Ante esta situación epistemológica, Jorge describe en la segunda parte del libro, su trabajo de construcción de un instrumento que lleva el nombre de David Maldavsky en homenaje a su maestro, y que fue inspirado en su método de investigación sistemática el ADL.

El análisis de las escenas del juego infantil constituye el material clínico de una investigación que se fue desarrollando a lo largo de años y que culmina en este estudio sistemático sobre la evaluación de la alianza terapéutica y los cambios clínicos acontecidos. El modelo diseñado por Jorge, se propone brindar a los psicólogos que trabajan con niños, niñas y adolescentes afectados por enfermedades orgánicas, herramientas útiles para enriquecer el trabajo en interdisciplina desde una perspectiva integradora y con criterios bioéticos, a la vez que sienta las bases para profundizar en la elaboración de estos hallazgos en futuras investigaciones.

Para terminar, quisiera compartir algo que me ocurrió en los días en que estaba leyendo el libro de Jorge a medida que iban surgiendo en mi cabeza pensamientos y emociones frente a lo que me parecía un relato heroico acerca de la capacidad de resistir de todos aquellos, pacientes y profesionales, que deben sostener la posibilidad de vida allí donde solo parece haber muerte.

Por esas cosas de la casualidad, volví a ver una película cuyo argumento plantea el agotamiento de la vitalidad del planeta tierra y el consecuente, inevitable ocaso de la humanidad. Frente este escenario trágico, se despliega la desesperada lucha de un grupo de científicos decididos a encontrar una posibilidad de rescate.

El personaje del inspirador y mentor de ese crucial esfuerzo grupal, repite en distintos momentos, frente a los cuestionamientos que le hacen los que no terminan de entender su empeñamiento en seguir en una búsqueda que parece destinada al fracaso, y tal vez frente a sus propias vacilaciones; repite decía, los primeros versos de un célebre poema de la lengua inglesa, del poeta galés Dylan Thomas:

*No entres dócilmente en esa buena noche,
Que al final del día debería la vejez arder y delirar;
Enfurécete, enfurécete ante la muerte de la luz.*

Jorge cuenta en el prólogo de este libro, que escribirlo fue una forma de ayudarse a superar el dolor por la muerte de David.

Entendemos que también fue y es, una manera de hacerse cargo de un legado familiar y personal, y de honrar a aquellos que lo pusieron todo, en la búsqueda de transmitir a otros su deseo de conocer y de rescatar la luz para los que más sufren.

**Presentación del libro de Jorge A. Goldberg
Ruth Kazez**

Para comenzar, quisiera compartir una breve anécdota. Unos cuantos años atrás, en los inicios de mi carrera docente, me incorporé a la cátedra de Psicología Evolutiva en la Universidad del Salvador, cuya profesora titular era la licenciada Nilda Neves y su asociada, la licenciada Alicia Hasson. En aquel entonces, los integrantes del equipo docente fuimos invitados por ellas a participar con la escritura de un capítulo del libro que quizás algunos de ustedes conozcan, llamado "Del Suceder Psíquico". La idea de Nilda y Alicia era trabajar en parejas docentes y a mí me tocó acompañar a Jorge. Como les cuento, yo estaba empezando a dar mis primeras clases, que preparaba durante horas. En los prácticos que compartíamos admiraba la capacidad didáctica de Jorge, que lograba que las clases fueran entretenidas, siempre ligando la teoría con ejemplos clínicos, muchos de ellos del hospital al que este libro se refiere. En aquel momento él también llevaba poco tiempo de recibido, y solía preguntarme cómo habría logrado construir esa mirada clínica aguda respecto de una práctica tan difícil como es la de los niños con enfermedades orgánicas crónicas y terminales. Formar la dupla docente con Jorge fue una experiencia muy gratificante, aunque lo más importante fue que ese año comenzamos a construir un vínculo de fuerte compañerismo y una amistad que continuó profundizándose hasta el día de hoy. En momentos complejos Jorge siempre estuvo presente para brindarme su punto de vista certero acerca de la situación que se planteaba. Por estas razones -la historia, el afecto, la admiración- es un honor para mí hablarles hoy acerca de este libro.

El libro está organizado en dos partes. En la primera describe la perspectiva bioética como marco para el desempeño de la tarea clínica, luego se ocupa de mostrar el proceso de construcción de los conceptos que rigen su práctica y, más adelante elabora propuestas para el trabajo de lo que usualmente se denomina "develamiento diagnóstico". En la segunda parte, Jorge se ocupa de desarrollar los fundamentos del Instrumento que denominó David Maldavsky, en homenaje a su maestro. El instrumento cuenta con dos elementos diseñados para el estudio de sesiones concretas. Uno de ellos detalla un grupo acotado de escenas prototípicas, que permiten diferenciar dos posiciones en los pacientes, según sea el contenido de sus escenas: una acorde a la resiliencia y la otra, traumática. El otro elemento examina la alianza terapéutica en el diálogo lúdico y verbal que se da en la sesión de psicoterapia, ubicando los componentes constructivos y obstructivos tanto en las intervenciones del terapeuta como en las manifestaciones de los pacientes. El último capítulo se ocupa de aplicar el instrumento al estudio de un caso.

Jorge tiene la capacidad de comunicar ideas y prácticas complejas de manera sencilla. Además, nos transmite una clínica en la que está constantemente presente su bagaje teórico conectado con su sensibilidad y su capacidad de reflexión. Esto se ve reflejado a lo largo de todo el libro, que logra al menos tres tipos de interlocutores: por un lado, el equipo de profesionales que trabaja con niños con enfermedades orgánicas crónicas o terminales, ya que brinda elementos de reflexión para todos ellos; en segundo lugar, los interesados en el psicoanálisis con niños, ya que se ocupa de un tema clínico poco estudiado, ofreciendo una orientación al terapeuta, acerca de los conflictos de la mente infantil que busca un interlocutor a través de sus palabras, juegos y dibujos. Un tercer grupo de interlocutores son aquellos que se ocupan de la investigación sistemática en las sesiones de psicoterapia. Jorge lo hace a través de un instrumento que él mismo creó desde y para el estudio de las sesiones.

Este libro aborda varios temas. Uno, que atraviesa todo el libro, es la perspectiva desde la cual Jorge entiende la niñez, como un momento precioso que debe ser protegido. Se preocupa por la infancia de un conjunto de niños en particular. Niños que han recibido por parte de sus madres un virus que los compromete como enfermos crónicos. Niños que han perdido a sus padres producto de esa enfermedad y que tienen que encontrar un sentido a eso que les ocurre, muerte y enfermedad, para poder pensar cómo rescatarse de una posición de desvalimiento para cuidarse y vivir.

Entonces el segundo tema, tiene que ver con un posicionamiento bioético pionero frente a pacientes que confrontaron al equipo profesional de aquellos tiempos en que el HIV era una enfermedad desconocida, a encontrarse con pacientes que se ubicaban por fuera de la lógica de la cura. Con el tiempo fueron produciéndose avances médicos que Jorge acompañó, marcando su punto de vista que entiende que la promoción de la autonomía para quienes conviven con una enfermedad orgánica crónica consiste en contribuir a que otorguen significación a sus derechos. El ejercicio de la ética del cuidado por parte del equipo de profesionales invita a ejercitar la capacidad de escucha y el desarrollo de la sensibilidad y la empatía. Jorge piensa en un sujeto de derecho, el niño de la declaración de los derechos del niño, teniendo en cuenta que forma parte de dos colectivos específicos: el de la infancia y el de los pacientes afectados por una enfermedad crónica.

En consecuencia, en tercer lugar, este libro constituye para el equipo tratante -no solamente para el psicoanalista-, una brújula frente a la situación clínica del niño hospitalizado y con una patología somática crónica. Dado que a la situación actual de internación le seguirán muchas más, ese niño tiene que amigarse con esa situación, volverla propia, enterarse de los conflictos que le genera. ¿Cómo hacerlo? Ubicado en el cruce que se produce entre la ética del cuidado y la ética terapéutica Jorge propone un axioma: *"que la patología somática resulte un estímulo para el pensar de quien la padece"*. La patología como objeto del pensar, para establecer nexos que permitan poner un coto a la tendencia a la inercia. "Mi terapeuta está aquí para ayudarme a pensar, a entender por qué estoy acá, qué pasa en mi cuerpo, qué les pasa o qué les pasó a mi mamá y a mi papá". El niño tiene derecho a saber qué le ocurre. Los niños afectados por el HIV han sufrido un trauma doble: por un lado, fueron violentados desde una etapa muy temprana de su constitución psíquica y por otro, el agente de dicha violencia fue quien debió haberlos protegido. Y este doble trauma es el que estos niños deberán poner a trabajar junto con su terapeuta, dibujando, jugando, creando emociones y representaciones que luego les servirán para construir teorías, y finalmente recibir la información que puedan escuchar. Para que esto ocurra deben asociarse tres deseos: el de apoderamiento de los traumas, el de inteligir la verdad y el de sanar, que se encuentran vinculados en la base de la función de figurabilidad, que implica transformar un trauma en algo que puede ser pensado, de modo tal que no se entronice la neurosis traumática como desenlace psíquico privilegiado.

Ahora bien, para que estos pensamientos puedan ser pensados es necesario entender cuáles son los contenidos que los niños producen, y en ciertos casos, estar en condiciones de acompañarlos en su creación. Jorge hace particular hincapié en el desarrollo del vínculo terapéutico para que esto pueda desplegarse.

Podríamos decir que la verdad como alimento psíquico nutritivo es otro de los temas centrales en este libro. Un niño debe ser alimentado con verdad. Frente a esto, Jorge describe las características de un niño que puede ser activo en su búsqueda, produciendo teoría acerca de aquello que le ocurre. "Los bichos", "la araña", "la comida podrida", son productos de la mente infantil intentando explicarse qué hacen en un hospital, por qué los pinchan, les sacan sangre, por qué no se curan.

Conviene destacar la perspectiva con la que Jorge encara el develamiento como proceso. El terapeuta es quien desarrolla la capacidad de *rêverie* para ese niño, proponiéndose como objeto subjetivo ayudándolo a producir sus propias preguntas y a encontrarse con verdades que lo sostengan. Jorge dirá que la salida de la situación traumática se dará en el niño a través del despliegue de su vitalidad, poniendo en juego el esfuerzo por dominar sus traumas, el deseo de saber y el de sanar.

Ahora bien, no hay improvisación en el terapeuta. Debe estar preparado teórica y técnicamente para captar con empatía los interrogantes de niños y niñas afectados por la enfermedad orgánica crónica. Dicha preparación se sostiene en dos elementos: la empatía y la disposición para descifrar e intervenir oportunamente en los juegos y frases del paciente.

El libro también habla de los desenlaces psíquicos durante la adolescencia. ¿Cómo atraviesan estos jóvenes ese momento tan complejo? ¿qué factores intervienen para que al ingreso en la adolescencia, en estos niños y niñas prevalezca una postura acorde a la resiliencia o una traumática? Al respecto Jorge se centra en cuatro elementos que pueden permitir u obstaculizar el trabajo psíquico del adolescente: el deseo de ser madre o padre que estuvo presente en los padres de ese joven, no haber quedado en el lugar de deyecto tóxico de sus padres, la decisión de desasirse del deseo envidioso de ser un eslabón en la cadena de transmisión de la patología orgánica a las generaciones siguientes, a otras personas, contar con alguien significativo con quien pueda desplegarse un vínculo tierno, y en cuanto a lo exogámico: disponer de un contexto comunitario que no conciba al adolescente en términos especulativos sino que favorezca la contención, la educación y la socialización.

Entiendo este libro como un potencial programa de escritura para Jorge, en el que cada uno de los temas que mencioné podría ser desplegado. En ese sentido, como lectora, desearía que este fuera el primero de varios libros.

Quisiera terminar mi exposición con las palabras de Luis Alberto Spinetta, que resuenan con el texto de Jorge:

*"No llores más, ya no tengas frío,
No creas que ya no hay más tiniebla, tan solo debes comprenderla.
Es como la luz en primavera"*

Presentación del autor Jorge A. Goldberg

Agradezco en primer lugar a las presentadoras, mis amigas Nilda y Ruth, quienes con generosidad y sabiduría expusieron las propuestas y los argumentos que hacen al núcleo de este libro. De modo tal que yo podré dedicarme en menor medida a esa cuestión, y orientar entonces buena parte de mi exposición hacia otro lugar. Más precisamente, a un conjunto de decisiones intelectuales, vivencias personales y estados anímicos relevantes acaecidos en el tiempo de la producción de este texto.

Comencé a pensar este libro en el final del año 18. Contaba hasta ese momento con lo que creo, es un valioso hallazgo: los niños que conviven con enfermedades orgánicas crónicas despliegan el procesamiento psíquico de la misma, a través de un conjunto restringido de escenas, a las que pude describir incluyendo sus correspondientes estados afectivos y cognitivos. Estas configuraciones, son diversas de las teorías sexuales infantiles y de las fantasías primordiales descritas por el psicoanálisis clásico. Colijo que el empuje a producir las referidas escenas, se pone en marcha por la activación de tres pulsiones descritas por Freud: la de apoderamiento de los traumas, la de sanar y la de saber. Este ensamble pulsional es diverso del que se reúne para alumbrar otras configuraciones, como las recién mencionadas teorías sexuales. Denominé, a la capacidad de activar esta peculiar arquitectura pulsional, *disposición a la resiliencia*. La puesta en acto de tal disposición, requiere de un encuentro entre aquello que pone el paciente: su vitalidad, expresada en la activación de las referidas pulsiones, y lo que aporta el terapeuta: empatía y creatividad.

A fin de ese año 2018, conversé con mi maestro, David Maldavsky, acerca de mi intención de avanzar en la escritura de este libro. En esos diálogos pude localizar dos deseos impulsores de este proyecto:

- 1) que el libro contribuya a difundir buena parte del conocimiento que aquilaté a lo largo de los años,
- 2) que resulte un estímulo para desarrollar un instrumento para estudiar, en el diálogo entre paciente niño o niña y el terapeuta, los aportes constructivos u obstructivos al procesamiento anímico de la enfermedad orgánica.

David me ayudó a pensar los capítulos del futuro libro y ulteriormente llegó el momento del trabajo duro. Armé una muestra de 70 sesiones de niños y niñas con el objetivo de afinar las categorías de análisis disponibles hasta el momento. En el verano del 19, con la colaboración entusiasta y sagaz de la colega Melody Giargullo, estudiamos y debatimos el material. El resultado de ese esfuerzo fue que pudimos delimitar y describir con mayor sutileza, las escenas que expresan una posición traumática y distinguirlas de aquellas que son acordes a la resiliencia. Recuerdo la frase de David cuando le presenté los cambios a los que recién me referí: "*che, está bueno esto, eh?*" Es claro que, tratándose de él, además del elogio me hizo observaciones de gran valor. Una de ellas fue la siguiente: "Con lo que estás construyendo hasta ahora - me dijo - podés distinguir bien entre las escenas traumáticas y las que tienden a la resiliencia. Un problema que se te presenta es el de captar los matices diferenciales que existen entre un nene en quien el aspecto resiliente se hace presente en un fragmento breve del juego mientras que, en otro nene, este mismo aspecto ocupa casi toda la sesión".

Me propuso entonces que, para que el instrumento pudiera captar esas diferencias, desarrolláramos una dimensión cuantitativa del método. Al respecto hicimos una consulta con un estadígrafo, el Dr. Argibay, quien desinteresadamente se ofreció a ayudarnos. En eso estábamos, hasta que abrupta e incomprensiblemente, en mayo del 2019 falleció David. De ese tiempo, ahora recuerdo que inmerso en el dolor como estaba, uno de los pensamientos que me impulsaron a mantener vivo el proyecto del libro fue el siguiente: le voy poner al método de investigación que estoy construyendo, el nombre de David. Esa decisión me entusiasmó. De todos modos, salir del estado de azoramiento, ponerme en movimiento, no fue sencillo. Decidí aferrarme a aquella parte del proyecto inicial que más genuinamente podía sostener por mí mismo. Eso significó hacer a un lado la propuesta de desarrollar el componente cuantitativo. Esta decisión, que tal vez resulta un demérito desde el punto de vista de la complejidad del instrumento, fue clave desde la perspectiva de mi subjetividad. Darme cuenta de que el riesgo a evitar era que, al avanzar con la escritura, me internase por un sendero que me indujese a sentir muy notoriamente la dependencia del maestro e incurrir en el apego a la nostalgia, con el peligro consecuente de detener mi marcha. Entendí que solo podría avanzar genuinamente si yo era respetuoso de mis límites actuales y me daba metas que resultasen accesibles al momento anímico que estaba atravesando.

Para quienes trabajamos en instituciones dedicadas a la salud, el trabajo durante la pandemia, insumió un enorme esfuerzo. Sé que lo que digo no es ninguna novedad. Deseo sin embargo puntualizar en aquello que, desde un punto de vista personal, resultó más difícil. El cierre de la Sala de Pediatría, lugar en el que trabajé por más de 25 años atendiendo pacientes con HIV, me provocó una mezcla de dolor e incredulidad... De golpe. Sí, de golpe, el vínculo cotidiano con queridas compañeras y con los pacientes y sus familias, vínculos entrañables, quedaban suspendidos por tiempo indeterminado. Al mismo tiempo, resultaba imperioso procurar conectarme con la nueva función que como psicólogo debía cumplir en el tiempo de pandemia. Tan diversa por cierto a la que desarrollé durante toda mi vida hospitalaria. Fue un período muy difícil. En esa encrucijada vital, el proyecto del libro cobró un nuevo sentido para mí. Me permitió reconectarme con los registros del material clínico que recolecté durante años. Volver a pensarlos, refinar los interrogantes. La tarea de escritura me permitió sostener mi estado de ánimo y evitar la nostalgia. En el acto de escribir, por momentos, lograba crearme una suerte de espacio o fenómeno transicional. Era una vivencia auto provocada. Les cuento como hacía. Llegaba muy temprano al hospital. Estacionaba el auto frente a lo que había sido la sala de pediatría. Sacaba la computadora y, sentado en el auto, teniendo de frente a la sala en la que trabajé tantos años, me ponía a avanzar con algún capítulo. Antes de que cualquier llamado para atender la realidad pesadillesca de la pandemia me convocara a sustraerme, antes de que yo mismo cesara en mi capacidad de sostener la concentración, se creaba un tiempo tan valioso como frágil, apto para una experiencia emocional que habilitaba un tiempo fructífero de escritura.

Para terminar, algunos otros agradecimientos imprescindibles:

A las psicólogas Florencia Finocchiaro y Paula Abelairas, quienes aportaron entusiasmo en la labor con los pacientes y lucidez a la hora de interrogar la clínica.

Deseo mencionar al Dr. Roberto Hirsch, quien durante el tiempo en que se desempeñó como jefe de la sala de pediatría, le dio vigor al diálogo interdisciplinario y promovió el enriquecimiento afectivo y profesional de quienes tuvimos la fortuna de trabajar con él. Deseo expresarles a mis colegas y amigos del GPDM lo orgulloso y feliz que me hace sentirme parte de ese colectivo.

Ya para ir cerrando, deseo reconocer con gratitud la impronta de mi madre y mi padre en mis elecciones laborales y en mi modo de trabajar. Mi madre me legó la pasión por la tarea hospitalaria, focalizada en la atención de niños y niñas en estado de desamparo. Y no solo eso; aprendí también de su apuesta a un psicoanálisis arrojado por fuera de su zona de confort, comprometido a intervenir en decisiones cruciales para defender los derechos de niños y niñas sometidos a situaciones de violencia. De mi padre recibí el estímulo de su forma de encarar la labor profesional con niños y adolescentes. Al viejo lo caracterizaba su actitud alegre, el buen humor y la creatividad. Todo eso me nutrió como persona y también marcó mi propio estilo de trabajo.

A todos, muchas gracias.

28/05/22**Infancias y adolescencias patologizadas. ¿Cómo intervenir desde el psicoanálisis?
*Presentaciones de Beatriz Janin y Miguel Tollo*****Intervenciones subjetivantes frente a la patologización de la infancia
Beatriz Janin**

André Green, en *El pensamiento clínico*, plantea que los que hacemos psicoanálisis (y yo agrego: especialmente los que trabajamos con niños) *"somos testigos-participantes ni más ni menos que de la vida: de sus vicisitudes, dificultades y riquezas"*. Y afirma que es la pulsión la que empuja a internarse por diferentes caminos, a descubrir nuevas vías de placer, a descubrir la diversidad. Y esto también es importante porque los métodos de domesticación que se hacen con los niños tratan de matar ese empuje pulsional, no de derivarlo hacia nuevos modos de placer, sino de anularlo con lo cual se anula la vitalidad. Pero Green prosigue: *"Pero no ignoro que la vida no tiene nada de una aventura solitaria y que, desde el primer día, nuestra textura psíquica se teje con nuestros lazos con los otros, a los que llamamos "nuestros objetos", aquellos sin los cuales no hubiésemos sobrevivido, sin los cuales hubiéramos estado solos e incompletos sobre la tierra; aquellos a quienes, en fin de cuentas, hemos dejado algo para que perpetúen a su manera, después de nosotros, esa fuente creadora a la que debemos todo."* (Green, 2010, pp 73). Textura psíquica a la que los que psicoanalistas vamos aportando alguna hebra, ayudando a construir psiquismo.

La vida es imprevisible, todo es fluido y no se puede clasificar como si las personas fuéramos objetos, a menos que los "cosifiquemos". Y de hecho, cuando se clasifica, se está ubicando algo como estático. Se quita el movimiento y se determinan las características del objeto.

Tenemos que tener claro que los niños son ante todo sujetos en constitución, en crecimiento y no podemos suponer que lo que ocurre en un momento de su vida es lo que va a ocurrir siempre.

La pandemia ha puesto en evidencia la incidencia del contexto, cómo la historia es no solo individual sino social. Y cómo nos constituimos en encuentros, en un "entre" que supone la incidencia de otros que también forman parte de un grupo social, de una época y de una sociedad determinada.

Así, muchas de las dificultades que presentaban niñas y niños antes de la pandemia se agravaron y generalizaron.

Niñas y niños distraídos, a veces ensimismados, con dificultades para conectarse con los otros y para aceptar las reglas que se imponen desde la casa o la escuela, nos están hablando de lo que cada uno de ellos puede ir haciendo con lo vivenciado.

Así, niñas y niños tienen su propio modo de comprender y de hilvanar las ideas, su propio modo de inscribir y ligar y su propio modo de decir. Y nos cuentan sus padeceres desde su propia lógica, desde su "lengua". Esto cobra particular importancia con la pandemia.

Tenemos que considerar al niño como un semejante diferente teniendo en cuenta que son tiempos de transformación, de crecimiento, que se definen por el cambio continuo.

Los malestares psíquicos son un resultado complejo de múltiples factores, entre los cuales las condiciones socio-culturales, la historia de cada sujeto, las vicisitudes de cada familia y las lógicas predominantes, así como los mecanismos de defensa de ese sujeto en ese momento de su vida se combinan dando lugar a un resultado particular.

Es bastante frecuente que lo que se espere de un niño en la actualidad es que se entrene para ser un futuro productor, como parte de un engranaje que lo desconoce en sus deseos y necesidades. Pero además se ubica a los niños como los consumidores por excelencia, con lo que quedan atrapados en un ideal de funcionamiento imposible de cumplir. Se crean "neo-necesidades" del estilo de "tengo que tener tal celular" que matan posibilidades deseantes propias y sumen al niño en un circuito en el que los objetos cubren el vacío de vínculos.

Si estamos hoy acá hablando de este tema es porque hace ya un buen tiempo que se suele utilizar para realizar supuestos diagnósticos psicopatológicos una especie de catálogo de síntomas, que no tiene en cuenta las determinaciones históricas y sociales, intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico. El DSM (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales) muestra cómo las clasificaciones determinan el objeto de estudio, es decir, ubican a un conjunto de síntomas como si fueran un cuadro psicopatológico sin tener en cuenta las diferentes determinaciones.

Así, el filósofo Ian Hacking afirma que "los diagnósticos nos llevan a inventar personas." *"Los términos de una clasificación dan forma a las percepciones de las personas a las que se aplica"*. (Hacking, 2001)

Esto que es grave en un adulto, cobra una dimensión particular en relación a un niño, en tanto es una representación que le funciona como espejo, lo constituye como sujeto y lleva a que todas sus manifestaciones queden ubicadas como causadas por un "trastorno".

La patologización de la infancia

Tomando las palabras de Danielle Brun, *"El niño es perturbador necesariamente para sus padres (yo agregaría: para los adultos) en diferentes épocas de su existencia. Al comienzo, por la dependencia extrema, después por la oposición, y cuando se autonomiza también sacude la estabilidad lograda."*²² (Brun, 2007, pág 14)

Decir que un niño es un trastorno, sea cual sea, implica marcar su vida, sus vínculos, las palabras y las miradas que se le dirigen. Si es un trastorno, puede no entender y entonces para qué explicarle, o va a necesitar un tipo de lenguaje especial (como se plantea con los niños a los que se cataloga como Trastorno de espectro autista y se considera que no entiende las palabras y hay que usar dibujos para trabajar con ellos (los pictogramas). Además, el diagnóstico suele hacerse usando cuestionarios y protocolos, que no tienen en cuenta la singularidad ni el entorno. Hay niñas y niños que son diagnosticados en quince minutos y otros que ni siquiera son entrevistados, sino que se toma en cuenta solo las respuestas de los padres a un cuestionario. Esto se acompaña generalmente de la indicación de que observen al hijo. Hay varias cuestiones en juego. La primera, la violencia de la cosificación del otro, de ubicarlo como objeto de estudio y no como sujeto de intercambios. En segundo lugar, la consideración de que ese otro, diferente, es un ser inferior y somos los profesionales los que sabemos sobre él mientras que él no puede decir nada sobre sí mismo. En tercer lugar, cuando los padres se ubican como observadores, dejan de ser espontáneos en el vínculo y de tratarlo como un otro, por lo cual el niño se queda sin padres.

Por el contrario, los psicoanalistas ubicamos al niño como alguien que dice a su manera sus angustias y terrores, sus modos de registrar el mundo (su cuerpo y el psiquismo de los otros) y sus modos de defenderse frente a su propio empuje pulsional y lo que le llega del afuera.

²² La traducción es mía.

Un niño que no acata las normas, o que se mueve en clase, o que no habla, nos está diciendo con su silencio, con su rebeldía o con su movimiento, algo que debemos escuchar.

Lo fundamental es devolver a estas conductas su carácter de incógnita, de aquello que nos hace preguntarnos qué nos están diciendo. Y tomar en cuenta el sufrimiento del niño, que seguramente no elige callarse, ni transgredir, ni tener dificultades para aprender.

Muchos niños no hablan, o solo repiten frases, pero dicen a su manera. Y el tema es internarse en esos lenguajes diferentes, lenguajes de gestos, miradas, silencios, actos, dibujos y juegos.

También los silencios nos hablan... de lo que les pasa, de lo que sienten, de sus temores y terrores...

Escuchar implica conocer sus diferentes lenguajes

Los niños dicen con su cuerpo, con sus gestos, con sus acciones, con sus dibujos y con sus juegos lo que muchas veces no pueden decir con palabras.

Así, el modo de conocer a un niño en sus primeros años de vida es la observación de sus movimientos, de sus gestos, de su lenguaje, del juego, de la interacción con nosotros y sus padres (y a veces con sus hermanos), dejando que vaya haciendo libremente aquello que él desee durante varios encuentros.

Los modos de representar y de ligar son diferentes durante la primera infancia, la niñez, la adolescencia y la adultez. Y tenemos que tener en cuenta esas diferencias. Son lógicas distintas.

Viñeta clínica

M llega a verme después de transitar varios espacios médicos. Tiene tres años recién cumplidos, pero como habla muy poquito, lo llevaron a una fonoaudióloga que a su vez lo derivó a un centro médico en el que le dijeron que era "un poco autista" y que tenían que hacer varios tratamientos y tener un psicólogo que fuera a la casa a dar indicaciones a los padres. Este niño está en un ambiente bilingüe. Les propongo conocerlo y viene con la madre. Me encuentro con un niño hermoso, sonriente, que entra y se conecta de inmediato conmigo, que habla en una mezcla de inglés y castellano y puede dibujar y jugar. La madre está muy asombrada de lo que hace conmigo y me dice: "Lo que pasa es que la persona que lo entrevistó antes no le daba tiempo". Cuando yo le pregunto qué quiere decir con eso, me dice: "le hacía una pregunta y como él no la contestaba, pasaba a otra... Y así." Es decir, no dio tiempo ni a que el niño le contestase ni a su juego... No pudo escucharlo. Al comenzar el jardín de infantes, con tres años, la maestra le dice que si bien no habla mucho es un chico tan simpático que sin él la sala sería otra, que alegra a todos. ¿Qué hubiera ocurrido si esa marca "un poquito autista" no hubiese sido cuestionada?

Pensar al ser humano como máquina deriva necesariamente en suponerlo un ser puramente biológico, sin historia, sin contexto y sin pasiones, cercano a una computadora, con "funciones" que hay que evaluar.

Así, se piensan todas las manifestaciones infantiles como efecto de los genes o de perturbaciones neurológicas, en lugar de reflexionar sobre las consecuencias de las situaciones sociales en la constitución subjetiva. Las investigaciones actuales nos muestran que los genes no determinan nada por sí solos. Hoy se sabe que el medio ambiente puede afectar la expresión de los genes sin alterar la secuencia de ADN de los mismos. Se trata más bien de influencias que inciden en la activación e inactivación de genes, un fenómeno

llamado epigenética, que está llamado a revolucionar el concepto de interacción genético-ambiental. (Penchaszadeh, 2015)²³

Cuando se hace un diagnóstico en base a cuestionarios o a observaciones regidas por una normalidad atemporal, desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos, se está ubicando al otro como objeto de observación, no como persona con la que se realiza un intercambio. He visto niños que han llegado al consultorio aterrados después de esas consultas en las que se les habían hecho mil pruebas, análisis, observaciones, todo sin preguntarle por lo que a él le pasaba y lo que él quería.

Sin hablar con él, en el lenguaje en que puede hablar cada niño, se atribuyen a causas orgánicas sus comportamientos. Es decir, el modo mismo del diagnóstico implica una operación desubjetivante, en la que el niño queda "borrado" como alguien que puede decir acerca de lo que le pasa.

Y se lo intenta "adaptar" a las vicisitudes de la vida. En relación a este tema, es interesante el planteo de André Green: *"F Jacob demostró que el concepto de adaptación debía ser interpretado con prudencia y reserva. En efecto, una posición así, tal como ocurre con todo el pensamiento biológico, está fuertemente cargada desde el punto de vista ideológico. Permite pensar que el hombre debe su superioridad a sus simples capacidades adaptativas y, más aún, tiende a mantener la idea de que las civilizaciones o los Estados en posición dominante "merecen" su supremacía y la justifican objetivamente. (...) No falta mucho entonces para pensar que los individuos llegados a la cima del poder y del honor no hacen sino confirmar la excelencia de su genoma"* (Green, 2005, pág 29).

Adaptar a niñas y niños, robotizarlos, parece ser muchas veces el objetivo de intervenciones supuestamente terapéuticas en las que se desconoce el rol de las vivencias, la afectividad y la historia individual, familiar y social.

Whittaker afirma (tomando las palabras de Rie): *"Niños, que se confirmó retrospectivamente que habían estado siguiendo tratamiento farmacológico activo, se mostraron, en los períodos de evaluación, claramente más blandos o "planos" emocionalmente, careciendo de la variedad y la frecuencia de la expresión emocional característica de la edad. Respondían menos, mostraban poca o ninguna iniciativa o espontaneidad y presentaban pocos indicios de interés o de aversión; no se apreciaba en ellos prácticamente ninguna curiosidad, sorpresa o complacencia y parecían no tener sentido del humor"* (Whittaker, 2011, pág 269). He constatado lo mismo en mi práctica: niños diagnosticados como TDAH (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad) a los que se les administraba psicofármacos para que no "molestaran" en clase, se mostraban desvitalizados y retraídos. Sin embargo, esta medicación suele ser pedida por las escuelas para que los niños "adapten" al contexto escolar.

Asimismo, cuando se piensa que con un cuestionario realizado a los padres tenemos una especie de "radiografía" del hijo, tenemos que considerar que ni madre ni padre pueden dar una visión "objetiva" de su hijo en tanto cuando hablamos de un hijo necesariamente hablamos de nosotros mismos. Y que por ende la representación de hijo que nos devuelvan va a tener mucho que ver con la representación de sí mismos, con su propia historia.

Intervenciones subjetivantes

La biología no es el destino. Ni las marcas de la genética ni el funcionamiento neurológico determinan la vida. Cada uno va armando las posibilidades que puede, siempre en un contexto familiar y social. Y los psicoanalistas tenemos que ir creando nuevas formas de intervenir, de acompañar, de lidiar con el sufrimiento psíquico.

²³ Comunicación personal

En la primera infancia hay un predominio de representaciones visuales y cinéticas y el niño cuenta muchas veces sin palabras. Suele predominar el preconciente cinético. Por eso, cuando se les impide el movimiento, se les está impidiendo pensar. Por otra parte, es habitual que nos lleguen niños con dificultades en la estructuración de la divisoria intersistémica, con los que las intervenciones van a tener que ser estructurantes. Y entiendo por esto intervenciones con las que posibilitemos constitución psíquica.

Más adelante puede predominar el preconciente visual. Y los niños van a desplegar sus angustias a través del dibujo y del juego (cuando puede jugar). Ahí nos preguntamos: ¿qué se repite a través de las sesiones, cuándo interrumpe el juego ese niño, qué puede decirnos de un dibujo. Pero también cómo se ha armado esa historia o cómo la está armando en ese momento, constituyéndose él mismo en el relato. Porque el juego no solo es un modo de relatar lo vivenciado y mostrar pulsiones y defensas sino también un modo de ir constituyéndose como relator, de ir apropiándose de lo que le ocurre.

Siempre, en todas las edades, preguntamos y nos preguntamos: ¿Qué es lo que el niño mismo viene a buscar?, ¿cuál es "su" motivo de consulta o "su" preocupación?

Presentarse, explicarle quién somos y qué hacemos y preguntarle si nos quiere contar qué es lo que lo preocupa o no le gusta o le gustaría cambiar es ya una intervención subjetivante, porque implica considerar al niño como un sujeto digno de intercambio simbólico.

Los niños se expresan de diferentes modos y difícilmente hablen de sí mismos directamente. Es decir, también el lenguaje verbal cobra un carácter particular.

Cuentan sus dificultades aludiendo a otros, hablando de un amigo o de un juguete. O jugando... o dibujando...

Pienso que comenzamos a posibilitar que el niño o niña por quien consultan ocupe un lugar, a partir de las entrevistas con los padres. Éstas serán entrevistas abiertas, (lo opuesto a una anamnesis) y podremos ver a través de ellas cuáles son los vínculos padres-hijos, que siempre son ambivalentes, pasionales y complejos. Nos corremos del lugar de juez o maestro, entendiendo que no hay recetas para la crianza y que lo importante es que puedan rearmar esa historia, que renuncien a las certezas y que sostengan preguntas en relación al hijo.

Nos proponemos que lo ubiquen como otro semejante, que abran vías identificatorias, que lo piensen como niño en crecimiento y que encuentren vías creativas en el vínculo con el hijo

Por otra parte, hacer un diagnóstico es importante y lleva bastante tiempo:

Pero un diagnóstico implica: ir delimitando las determinaciones intra e intersubjetivas, ver con qué recursos cuenta ese niño, qué dificultades presenta, cuáles son los temores o terrores, qué tipo de defensas usa, qué tipo de pensamiento y de lenguaje predomina en él

Con el contexto, tendremos que ver cuáles son las características de ese contexto, qué mirada hay en relación al niño y qué lugar ocupa la familia ampliada y la escuela.

Todo niño va armando diferentes modos de reacción frente a los otros, diferentes modos de defensa frente a sus propias pulsiones y va estableciendo modos privilegiados de lograr placer, va consolidando lugares.

¿Cuáles serían las intervenciones subjetivantes con el niño mismo?

En principio, armar un vínculo con él y escucharlo, intentando armar un lenguaje en común.

En tanto predominan consultas en las que el problema no es el retorno de lo reprimido sino la falla en la estructuración psíquica, ya sea en la estabilización de la represión primaria, en la erotización, en la constitución del yo de placer o en el armado del ideal del

yo, tenemos que pensar intervenciones que sean posibilitadoras de estructuración psíquica.

Aquí de lo que se trata no es del desciframiento, o por lo menos no con el niño mismo. En estos casos, no hay una historia a develar sino una a construir. Si bien en todo análisis se construye una historia nueva, con los niños esto cobra una dimensión particular en tanto operamos sobre los primeros tiempos de esa historia. A veces, es con los padres con los que hay que develar una historia.

Deberemos hacer conciente lo inconciente en algunos casos, pero también, posibilitar inscripciones, representaciones de diferente tipo, constitución del yo, armado de fantasías, estructuración del pensamiento secundario, diferenciación yo-no yo, relibidinización de la imagen corporal o construcción de la misma, narcisización del sujeto, consolidación de la represión primaria...La meta variará con cada paciente y en cada momento del análisis.

Vamos desarmando ideas fijas previas (como "soy tal cosa") y posibilitamos desfijaciones a modos de satisfacción pulsional o a funcionamientos defensivos que terminan siendo autodestructivos.

Tenemos en cuenta sus ritmos, e intentamos ayudarlo a armar melodías.

Le posibilitamos el armado de tramas representacionales y la construcción de una historia.

Una cuestión que es muy importante es el pasaje del acto impulsivo al juego. Así, podemos armar juego del arrojar objetos, del correr sin rumbo, del gritar... Y también podemos espejarnos con él para conectarnos y partir desde allí intentando transformar esa vía de descarga pulsional en una acción que pueda ser representada.

Muchas veces, el armado de ritmos, los sonidos, las onomatopeyas, los movimientos en los que el analista acompaña y a veces imita los movimientos del niño posibilitan una conexión, un contacto que abre espacios psíquicos en el paciente.

Nuevas formas de simbolización deberán ir armándose a partir del grito o del acto impulsivo. En ese sentido es clave el vínculo y la contratransferencia del analista, que deberá metabolizar las expresiones "en bruto" de su paciente para devolverle una representación plausible de ser ligada.

La capacidad de transformar las sensaciones y las emociones primarias en escenas, no es solo algo que ocurre en los sueños, sino que, como plantea Bion (1991), se puede desplegar en la vigilia y es imprescindible que la madre (o quien se haga cargo de los cuidados maternos) pueda ejercer esa función. El analista también debe poder transformar esas sensaciones y emociones en imágenes y devolverle al niño el armado de una escena en la que ambos estén involucrados, como si fuera el armado de un sueño.

Por otra parte, quisiera aclarar que los tratamientos en los que veo al niño con cada uno de sus padres, en sesiones conjuntas, no son estrictamente terapias vinculares, sino que yo me involucro y trabajo con el niño, pero con uno de los padres presentes, que pueden participar (y de hecho van participando cada vez más) a lo largo del tratamiento. Considero este tipo de abordaje particularmente importante cuando el niño muestra una gran desconexión, inclusive con sus progenitores. Ayudar a que esa conexión se vaya armando y que vayan encontrando vías de intercambio y juego me parece central.

Con niños en los que la diferencia intersistémica se ha establecido, podremos apelar a la interpretación, muchas veces dentro del juego mismo o de dibujo.

La palabra del profesional

Nuestras palabras pueden ser escuchadas por el niño como una acción, una orden, una sugerencia, una prohibición.

Lo que digamos solo va a tener valor si se corresponde con afectos y acciones.

El niño escucha no sólo lo que se dice sino cómo se dice (tono de voz, contexto, etc.) Hay tonos de voz que pueden llevarlo a callarse, en tanto suenen intimidantes para él. Cualificar la excitación, nombrar afectos, ser disparador del armado fantasmático, de la diferenciación intersistémica, son tareas de los analistas que trabajamos en momentos privilegiados de la estructuración. Y en ese recorrido nos jugamos cotidianamente, apelando a diferentes recursos.

En resumen

El ser humano está signado por el conflicto, por los deseos contradictorios, por el intercambio nunca simple con los otros

Suponer que el otro debe ser una máquina que siga pautas implica desvitalizarlo, lo que es equivalente al aniquilamiento de lo humano.

Las niñas y los niños no tienen que ser encerrados, ni con clasificaciones psicopatológicas, ni con medicamentos.

Las niñas y los niños tienen que tener un sostén esperanzado por parte del entorno, un suelo a partir del cual puedan desplegar sus alas... Transmitir esperanzas es parte importante de nuestra tarea.

Debemos dejar que la vida fluya y aportar para que ese fluir derive en nuevos vuelos.

Bibliografía

- Bion W. (1991). *Seminarios de psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós.
Brun, D. (2007). *Les enfants perturbateurs*. Paris: Odile Jacob.
Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*, Buenos Aires: Amorrortu.
Green, A. (2005). *La causalidad psíquica*, Buenos Aires: Amorrortu.
Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?*, Paidós: Barcelona.
Penchaszadeh, V. (2015). Comunicación personal
Whittaker, R. (2011). *Anatomía de una epidemia*, Salamanca: Capitán Swing.

De la patologización a lo específico de las problemáticas adolescentes

Miguel Tollo

Rafael Paz en su Psicopatología comienza planteando que dicho estudio se constituye *"a partir del campo de la relación humana en tanto se torna problemática."* Lejos pues de una caracterización al estilo psiquiátrico, al menos al comienzo se apoya en dos líneas de trabajo: una que acude a lo que acontece en las relaciones humanas y otra al de sus problemáticas sin darles el nombre de patologías. El autor señala una noción más amplia desde el psicoanálisis con el fin de estudiar lo psicopatológico que se diferencia del enfoque médico tradicional.

Freud, quien se empeñó en trazar los conceptos de una psicopatología para el Psicoanálisis y su articulación con la teoría del psiquismo y la técnica, siempre consideró que entre lo sano y lo enfermo existía una continuidad y, como bien plantean en su libro sobre *Desarrollos en Psicopatología Psicoanalítica* Carlos Perez y Carlos Kury, *no es propio de ninguna pretendida normalidad carecer de síntomas, sino en todo caso la capacidad de poder tener conciencia del conflicto que los genera.*

Sin embargo, la idea de salud con la que nos manejamos está habitualmente teñida de los rasgos de lo que la cultura determina como normalidad. De ahí en más, el adulto extiende su comprensión de lo patológico hacia la infancia y la adolescencia con criterios justamente adultocéntricos, estableciendo que, en esas etapas se aleja de la normalidad o es patológico aquello que no se encamina hacia la adultez sana.

En la medida que no quepa una reflexión crítica hacia lo supuestamente sano de la adultez, se proyecta un modelo o se impone como norma. Por otra parte, aquel sufrimiento ligado a lo específico de la infancia y la adolescencia queda subsumido en conceptos extrapolados desde el mundo adulto.

Lo llamado patológico, desde el psicoanálisis reclama interpretaciones en busca de sentido y no responde enteramente a "alteraciones" o "trastornos" del sujeto. Aún aquellas referidas a lo neurológico o lo genético, necesitan de una comprensión del impacto en la subjetividad y los modos de tramitación intra e intersubjetiva.

Lo que llamamos patologización de la infancia y la adolescencia remite a una modalidad que desconoce las determinaciones inconcientes y sociales y realiza un recorte sesgado, adultocéntrico y una explicación reduccionista.

Un adolescente bastante tardío de 25 años, pero adolescente al fin dado las características de su comportamiento, me dice que no hace nada en su vida, ni estudia ni trabaja y pasa gran parte de sus horas entretenido con los videojuegos. Depende del sustento de sus padres y para amortiguar sus angustias fuma marihuana diariamente. En un momento de su relato refiere haber sentido tristeza. Entonces le pido que me cuente que pensó cuando estaba triste y preocupado reconoce haber tenido ideaciones suicidas.

La clasificación patologizante dirigirá su mirada y su arsenal terapéutico hacia el consumo diagnosticando personalidad adicta. Sin embargo, no fue necesario bucear demasiado para constatar la vertiente más importante de su sufrimiento.

Esta tendencia a patologizar no es solo un hábito a corregir en las prácticas o una argumentación a rebatir en las discusiones. Muchas veces surge en transferencia por la angustia del otro y la propia, ante la ignorancia y la impotencia en que nos sume la problemática que es preciso enfrentar.

La medicalización y la patologización, además de ser fenómenos originados en las prácticas profesionales de la salud, son tendencias sociales. Por ejemplo, es una tendencia social el estigmatizar. Esto quiere decir "marcar", producir un estigma en alguien de quien suponemos nos tenemos que cuidar por su "enfermedad" o "peligrosidad".

Tendencias que se relacionan con otras vinculadas a formas actuales de la constitución subjetiva de las infancias y adolescencias. Lo que muchos venimos denunciando como diagnósticos invalidantes son en gran parte condicionados por un imaginario social de infancias y adolescencias y del lugar que los poderes sociales hegemónicos le pretenden dar. Diagnósticos que a su vez son determinantes de una subjetividad de infancia y adolescencia congruente con esos imaginarios.

¿Por qué decimos que son condicionados por un imaginario de infancia y adolescencia? Porque previo o quizás como condición para la aparición de esas modalidades de diagnóstico etiquetante, podríamos sospechar la existencia de imaginarios que los reclaman. Entonces, si mi diagnóstico define un "mal funcionamiento" del niño/a o adolescente, eso quiere decir que se reconoce la referencia a un "buen funcionamiento", a una modalidad "correcta" de vivir esas etapas. Como verán, ya la idea de corrección o normalidad traen consigo un modelo de infancia y adolescencia sujeto a un perfil fuera de la consideración de la singularidad de cada quien.

Estamos proponiendo una mirada mucho más abierta para pensar el sufrimiento subjetivo, en el entendimiento de que el psicoanálisis dispone de las herramientas idóneas para ir a su encuentro.

Aun así, los/as psicoanalistas, en tanto somos parte de esta cultura, nos constituimos desde pequeños/as en base a sus normas e ideales, su idioma y sus conflictos, sus saberes e ignorancias, y por lo tanto además del propio análisis, precisamos de una reflexión crítica acerca de aquellos imaginarios que nos sujetan a una mirada sesgada en la comprensión del otro/a.

En el caso de niños y adolescentes hay algunos obstáculos que quisiera mencionar ya que tienen implicancia en nuestras teorizaciones e intervenciones.

Adultocentrismo

La consideración adultocéntrica desde la que se valora y posiciona a la infancia y la adolescencia, construye *una otredad inferior y subordinada*.

La construcción de una temporalidad de infancia es también afín a la construcción de una otredad puesta en el lugar de lo excluido o inferior. Desde cierta visión, el tiempo de la infancia correspondería a un período "primitivo", como el de los primeros humanos, y el desarrollo cursa "normalmente" abandonando esos enclaves a la manera de la evolución lineal prevista por la genética (filogénesis-ontogénesis).

Nos dice María Fernanda Moscoso:

"así como las mujeres hemos sido excluidas de un pensamiento del centro (andro-céntrico), asimismo, los niños lo han sido de un pensamiento que, además, es adultocéntrico. El adultocentrismo vendría a constituir, desde esta perspectiva, un sistema de relaciones que tienden a naturalizar el ser niño/a o adulto, como si ciertas actitudes, actividades y modos de relacionarse con el mundo, fuesen solo de adultos o de niños. En un régimen adultocéntrico, la infancia sería pues el espacio de la ajenidad, de la otredad, de la exclusión en distintas esferas de la vida social (cultural, económica, política)." (Moscoso, María Fernanda 2009: p.4)

En el mismo sentido plantea Alicia Stolkiner que "la mirada adultocéntrica permite considerar la edad de los niños como una carencia temporal que parece legitimar la invisibilidad de los niño/as, cuya participación en el ámbito familiar y social o cuya voz e interpretación suelen ser consideradas como carentes *todavía* de importancia."

Los niños/as y adolescentes no son receptáculo de cultura, costumbres, aprendizajes. Ellos son productores, creadores de procesos sociales y prácticas, construyen una cultura de iguales con una organización interna ajena a la de los adultos. También se apropian creativamente de información y de los conocimientos disponibles en los mundos adultos y reproducen, extienden y cambian el mundo. En la medida que participan son también actores sociales.

Un paciente de 22 años, se siente paralizado y fracasa en la búsqueda de una actividad laboral o un estudio que le interese. Se reprocha permanentemente esa inmovilidad mientras descarga su tensión interna culpabilizando a sus padres o a su novia mediante conductas violentas. En un momento de su recién iniciado análisis le digo que pareciera tener miedo a crecer. Se queda pensando, interrumpe su verbosidad habitual y me dice haber recordado y asociado una situación de cuando jugaba en un equipo de fútbol. Él estaba en el banco de suplentes y su deseo de ingresar se contraponía con la presión que la exigencia de buen juego le imponía. Deseaba entrar y al mismo tiempo prefería seguir en el banco a no ser que quedase expuesto a un mal desempeño en la cancha. Por un lado, él se quedó pensando en la relación de su parálisis actual, el miedo a crecer y la presión superyoica. Por mi lado reflexioné acerca del lugar que los adultos estamos poniendo a los adolescentes y la terrible vivencia de sentir que su ingreso suponga la baja de alguno de los que juegan.

Últimamente estoy reivindicando la idea freudiana de metamorfosis y pensando que el concepto de duelo o de invasión pulsional, representan más una proyección de la vivencia adulta que el desarrollo adolescente despierta, que algo específico de la adolescencia. Por el contrario, la idea de metamorfosis supone un cambio radical, un acontecimiento, una novedad. una conquista o un segundo nacimiento como decía Doltó.

Androcentrismo

El otro sesgo cultural que suele alimentar la patologización obedece a las determinaciones de carácter androcéntrico y patriarcal.

Leticia una adolescente con síntomas de anorexia y bulimia, ha sido víctima de conductas abusivas en la pubertad por parte de su padre. Luego de cierto tiempo y en virtud de su terapia, ella puede reconocer el carácter de esas aproximaciones por parte del padre quien hasta ese momento las había considerado actitudes simpáticas y afectuosas, contando con la complacencia y la sumisión de la madre. Sin que hubiese denuncia judicial, la pareja parental finalmente se separa y mi paciente decide no continuar el vínculo con su padre. La numerosa familia de hermanos y primos del lado paterno lo respaldan y culpabilizan a su hija y a la madre por mentir y fabular. Hasta que Leticia concurre a la consulta conmigo sus anteriores terapeutas habían hecho foco en la patología alimenticia descuidando las otras variables en juego.

Cuando hablamos de androcentrismo nos referimos a una cultura que considera la presunta superioridad del varón y llega a avalar la violencia y el abuso ejercidos la más de las veces por el varón en la vida familiar, donde se expresan las consecuencias del ejercicio de una jerarquía naturalizada e impuesta por el poder patriarcal.

La especificidad de las problemáticas en la adolescencia

La remoción del adultocentrismo o el adrocentrismo -entro otros obstáculos- allana el camino hacia la comprensión de la problemática adolescente en su especificidad.

La adolescencia supone atravesar una serie de experiencias que son específicas de esa etapa. En líneas generales podemos ubicarlas en relación a 4 grandes áreas de la experiencia humana:

- *el amor*
- *el pensar*
- *el arte*
- *la política*

Entonces nos preguntaremos cómo ama, piensa, crea y se relaciona con los poderes un adolescente. Y en todos los casos el *cómo* va a estar caracterizado por:

- *la ruptura,*
- *la exploración,*
- *el desorden*
- *la inestabilidad,*
- *la transgresión y*
- *el vínculo con el nosotros extra familiar.*

Así vemos que es específico de la adolescencia la ruptura con ciertos mandatos parentales y el enfrentar su autoridad, inaugurar nuevas formas del amor más allá de las familiares, explorar nuevas experiencias con otros que no necesariamente adquieren estabilidad ni se ciñen a modelos preestablecidos.

Modalidades que quedarán inscriptas en el sujeto en los términos de una *posición adolescente*, a pesar de que en lo sucesivo podrán supeditarse a mandatos sociales y culturales que los aplaquen temporaria o definitivamente constituyendo una adultez sobreadaptada, o por el contrario se integren a modalidades adultas que los actualizan activa y productivamente.

Entonces, el valor de estas modalidades no debería quedar desvirtuado por clasificaciones y rótulos de patología o bien como una forma degradada del funcionamiento visto desde la perspectiva adulta ("aún te falta crecer") ni tampoco tildadas de infantilismo ("pareces un nene", "te comportás como un chiquilín"), porque precisamente lo que va a definir lo específico de las problemáticas adolescentes es que no hayan tenido lugar y no posibiliten la esperable metamorfosis.

A partir de tener en cuenta lo específico del tránsito adolescente, lo propio de su sufrimiento estriba en que ya sea por su constitución previa, la familia, las grupalidades o instituciones, no tenga lugar el despliegue de esas características.

Los jóvenes de vidas grises como los llama Ana María Fernández, viven una etapa sin desafíos, sin experimentar y tener la posibilidad de producir el acontecimiento de re-crearse. ¿Tendremos los adultos la audacia adolescente para construir un mundo en el que no vivan los pibes su experiencia como una mera suplencia?