

Instrumento David Maldavsky: detección del estado psicológico actual en niños y niñas con enfermedad orgánica crónica (EOC)

Por Jorge A. Goldberg¹

Resumen

Los niños que nacen con enfermedad orgánica crónica tienen el riesgo de quedar afectados por una neurosis traumática duradera. El instrumento David Maldavsky sirve para detectar el estado psicológico actual de estos niños (traumático, transicional o acorde a la resiliencia). En el trabajo estudiamos la función del terapeuta en la tarea clínica con estos niños.

Palabras clave

enfermedad orgánica, trauma, resiliencia, terapia psicológica, función del terapeuta

Abstract

Children born with chronic organic disease have the risk of being affected by a lasting traumatic neurosis. The David Maldavsky instrument serves to detect the current psychological state of these children (traumatic, transitional or according to resilience). At work we study the therapist's role in the clinical task with these children

Key words

organic disease, trauma, resilience, psychotherapy, therapist's role

Introducción

Desde hace muchos años estudio el procesamiento psíquico de la EOC en pacientes niños y niñas que contrajeron la patología antes de nacer o en los albores de la vida psíquica.

En el comienzo de este año, David se ofrece a ayudarme a perfeccionar la sistematización de un instrumento en cuyo diseño yo trabajo desde hace varios años. Él me propuso estudiar 60 sesiones (2 sesiones de 30 pacientes). Del análisis del material comenzamos a formular algunas precisiones e interrogantes. Con el trabajo en proceso ocurre su fallecimiento. Queda para mí, y para quienes se interesen en acompañarme en el estudio de esta temática, continuar la tarea.

En homenaje al Maestro, por sus aportes, su amor al saber, su estímulo constante, he denominado a este método de investigación con su nombre: David Maldavsky.

¹ Dr en Psicología. Magister en Problemas y patologías del desvalimiento. Docente de Posgrado UCES. Psicólogo de planta del Hospital Muñiz. Psicoanalista. Mail de contacto: jorgegoldberg@fibertel.com.ar

Fundamento de la necesidad de un instrumento para detectar estado psicológico actual

La afectación del cuerpo de un niño o niña por el HIV contraído por vía materna tiene afinidad con lo que solemos entender en psicoanálisis como neurosis traumática (Freud, 1920). El sistema avasallado, 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. Para cada niño o niña que atraviesa este trance vital, un desafío clave para su disposición resiliente es el de sustraerse del riesgo de que la neurosis traumática congénita en acecho, se entronice como estructura psíquica dominante. Si esto último ocurre, en nuestro trabajo clínico, nos encontramos con niños que bajan los brazos prematuramente, se dejan morir (Freud, 1923)

La marca orgánica indeleble, contraída en condición pre subjetiva, antes de que se constituya la conciencia inicial y las defensas (inmunológicas y psíquicas), no deja registro alguno del que poder asirse, en la labor de procesamiento anímico de la patología somática. Un problema nodal para la vitalidad del paciente y su ambiente *es el evitar la cristalización de una N. traumática.*

La reflexión acerca de nuestra práctica clínica con NA-HIV nos enseñó que la actividad anímica vital empuja un trabajo psíquico tendiente a *dotar de figurabilidad a la patología inscripta como marca indeleble*, sigue ciertos patrones. Toman preponderancia ciertas pulsiones, entre ellas las de saber (Bion, 1966), la de sanar (Freud, 1933) y la de apoderamiento de los traumas (Freud, 1920, op. cit.). El empuje de estas pulsiones contribuye a la ligadura psíquica, mediante la generación de contenidos específicos. Es decir: de un *conjunto de escenas*, las que para plasmarse requieren de un vínculo, vale aclarar: de aportes específicos por parte del terapeuta. La función de estas escenas es hacer plausible que la patología somática se trasmude en objeto psíquico, de modo tal que pueda hacerse aprehensible a través de los órganos de los sentidos, dar lugar a experiencias emocionales.

El instrumento David Maldavsky: algunos de sus componentes

El instrumento que vamos a presentar tiene como destinatario a los terapeutas que atienden niños, niñas y adolescentes con patologías orgánicas crónicas. Procura colaborar con la investigación del terapeuta fuera del trabajo clínico concreto, ya que se aplica respecto del material de sesión luego de que la misma haya culminado. En ese aspecto es comparable a otros instrumentos, a los que tomamos como referencia, entre ellos el ADL (Maldavsky, 2004, 2007) o la tabla que W. Bion propuso en su momento (Bion, 1966). Contribuye a detectar, en el diálogo terapéutico concreto, las siguientes cuestiones:

a) si el paciente en el momento actual se halla en una posición subjetiva acorde a la resiliencia u otra más

propriadamente traumática

b) en qué medida la labor del terapeuta resulta un influjo constructivo u obstructivo respecto de la posición psíquica del paciente

c) facilitar una inferencia acerca de la calidad de alianza terapéutica que se detecta en el diálogo terapéutico concreto

Nuestro instrumento – al igual que los recién citados- incluye categorías para aplicar respecto de materiales concretos de sesión, en especial detecta a) el contenido de relatos del paciente y b) el de las intervenciones clínicas del terapeuta. Respecto de estas últimas, toma en consideración si las mismas resultan constructivas u obstructivas

El instrumento puede, a partir del intercambio paciente / terapeuta, evaluar el estado psicológico actual del paciente, pudiendo categorizar \ establecer tres posiciones subjetivas: la *traumática*, la *transicional* y la acorde a la *resiliencia*. Las describimos a continuación.

El instrumento: operacionalización de la posición traumática

El instrumento provee una definición operacional del estado traumático, la siguiente: se caracteriza por la presencia de estados afectivos como la sumisión y la desconexión afectiva. Las escenas características consisten en el deseo de adherirse a alguna persona del entorno que fracasa y la prevalencia de estados de inermidad motriz y psíquica.

Detección de escenas acordes de la posición traumática en una sesión

Mirka (3 años), en las primeras sesiones, oscila entre estados de dispersión con otros en que le llama la atención unos pedacitos de plastilina adheridos a un juguete. Los trata de despegar y luego, sacar. Los fragmentitos de masa que despega, los intenta adherir a una hoja. No lo logra, no se pegan.

Luego toma un auto, lo desplaza sobre la hoja. De pronto Mirka se traslada abajo del escritorio. Una vez allí enrolla su cuerpo. El terapeuta se acerca y le dice suavemente: “piedra libre Mirka, te encontré”. La nena permanece inmóvil. Tras lo cual comienza a emitir un gemido. El terapeuta la alza y la lleva con su madre.

En este fragmento de sesión se expresan el fracaso en el esfuerzo adhesivo (plastilina que no pega) y en ese hacerse un bollito y emitir gemidos, el estado de inermidad motriz y psíquica.

El instrumento: operacionalización de la posición acorde a la resiliencia

El instrumento cuenta, entre sus elementos, con una definición operacional de resiliencia que se plasma en el empuje a producir en sesión cuatro tipos de escenas. Las enumeramos

Escena 1 Hacerse activo respecto de las vivencias de máximo desvalimiento (en la transmisión de la EOC y las vivencias hospitalarias traumáticas), colocando al terapeuta como objeto depositario de la acción

Escena 2 Captar la distinción entre objetos y sustancias tóxicas de las que nutren el cuerpo y la mente

Escena 3 Captar la localización y el origen de la enfermedad

Escena 4 Admitir el carácter crónico del EOC y la utilidad de defenderse

Detección de escenas acordes de la posición resiliente en una sesión

Milena (12 años) elige para jugar un muñeco. Dice que es “un paciente con parásitos

Terapeuta: ¿cómo llegó a tener parásitos?

Milena: por comer dulces. Tiene que comer salado

Propone dramatizar la escena Ella va a ser enfermera, el terapeuta será el doctor. El propio terapeuta ayuda a la enfermera a ponerle una inyección al paciente. Milena le comunica al paciente que el día siguiente va a ser operado. En la dramatización de la cirugía Milena va dictando al terapeuta, en el lugar de médico, los pasos a seguir: 1) dormirlo y abrirle la panza 2) darle de comer algo salado 3) de la panza salen todos los bichos.

Hasta aquí puedo detectar varias de las escenas antes referidas: la de origen (quien comió dulces se enfermó de parásitos), la de localización (los parásitos se depositaron en la panza), y la de distinguir lo tóxico de lo nutriente (sacar bichos de la panza)

En la continuidad del juego, Milena especifica que de la panza del muñeco salen todos los bichos, “menos uno que es el más fuerte”. Luego lo dibuja.

Este último fragmento puede aludir a la escena 4, la de admitir el carácter crónico de la patología.

El instrumento: operacionalización de la posición transicional

La definición operacional de la posición transicional es la que sigue: se caracteriza por el esfuerzo de sustraerse del estado de desconexión afectiva y de las escenas en que prevalece la inermidad motriz y psíquica, invistiendo una de las cuatro escenas que definen la posición resiliente. El intento no se consolida, la escena se interrumpe y la atención del paciente se dispersa.

Detección de escenas acorde a la posición transicional

Thiago (5 años) elige jugar con todos los autos de la caja de juegos. Hace ruido de sirenas con cada uno de ellos. El terapeuta le pregunta qué pasó. Thiago contesta que los autos chocaron, y a continuación los apila.

Se da vuelta, agarra la caja, saca una vaca y me pregunta si jugamos en el piso, Jorge le dice que primero, termine con el juego que estaba en curso. En esa línea el analista le pregunta si hay lastimados por el choque, Thiago le dice que sí. El terapeuta le pregunta por qué no llamó a la ambulancia. Thiago busca en la caja de juegos un teléfono y le pide al analista que llame a la ambulancia. Deciden armar un hospital para los heridos. Thiago empieza a meter a los autos en el hospital, Jorge le pregunta por qué meter autos en el hospital, Thiago contesta que porque los autos llevan a los pacientes. Pone al muñeco adentro del hospital, y le dice al analista que se siente ahí (enfrente de donde hicieron el hospital), para que cure al paciente. El terapeuta afirma que los autos chocados no se arreglan en el hospital, deciden entre los dos, armar un taller para arreglar los autos del choque. Thiago me llama a mí para que sea la que hace los arreglos mecánicos. Empieza a traerme autos, a los que denomina pacientes. De pronto decide ser, él mismo el mecánico, y que yo le lleve los autos para arreglar. Cuando me dice que ya está arreglado el auto, le pregunto qué parte del auto se había roto. Qué cosa le arregló. No me contesta. Le vuelvo a hacer la misma pregunta. En ese momento Thiago decide que Jorge sea el mecánico. Le pregunto a Jorge qué le había pasado el auto. El terapeuta comienza a explicar lo que se le rompió al auto, Thiago grita que no lo diga, y se tapa las orejas y se pone a gritar: "no, no, no".

En este fragmento de sesión detecto el surgimiento de la escena 3, la cual consta de dos aspectos: captar el origen y la localización de la enfermedad. Éste último aspecto de la escena, es el que paciente evita. Esto se advierte por la reacción de Thiago ante la pregunta referida a que cosa o parte del "auto- paciente" tuvo que arreglar. Incluso cuando el terapeuta, ubicado en el lugar de mecánico, adopta la actitud de explicar que parte del auto - paciente reparó, Thiago se tapa las orejas y grita "no, no, no".

Investigación: algunos interrogantes

Durante el tiempo que trabajamos con David en pos de la complejización del instrumento, surgieron varias líneas de investigación. Entre ellas destaco la siguiente: observamos que, en una misma sesión en que se expresa la posición resiliente, en ocasiones no hallamos una sola de las cuatro escenas que caracterizan la posición, sino más de una de ellas. Es decir que puede darse una combinación de escenas, las cuales se combinan siguiendo dos criterios:

a) transformación o secuencia: para entender de qué se trata, volvamos al inicio de la sesión de Milena

La nena elige un muñeco para jugar. Dice que es "un paciente con parásitos"

Terapeuta: ¿cómo llegó a tener parásitos?

Milena: por comer dulces. Tiene que comer salado

Propone dramatizar la escena: ella va a hacer de enfermera, y al terapeuta le atribuye el rol de doctor. Éste tiene que ayudar a la enfermera a ponerle una inyección al paciente con el objetivo de operarlo

En este fragmento, la escena de origen (el paciente enfermó de parásitos a causa de comer dulces) se transforma en la escena de distinguir lo tóxico (dulce) de lo nutriente (los alimentos salados).

- Al respecto, nos preguntamos: ¿El procesamiento psíquico establece una secuencia prototípica entre ciertas escenas que expresan la resiliencia? P. ej.: lo ocurrido en este material, que la escena de origen anteceda a la de distinguir lo tóxico de lo nutriente, es lo que ocurre regularmente? Esta pregunta es un estímulo para continuar la investigación.

b) superposición o condensación de escenas: ocurre cuando en una misma acción de juego o frase, se expresen más de una de las cuatro escenas que describí previamente. Por ej. en la secuencia en que Milena dirige la dramatización de una cirugía, su última frase es “de la panza salen todos los bichos”. Esta frase condensa una escena de localización de la enfermedad (bichos en la panza) y otra de captar la distinción de objetos tóxicos de los que tienen una función nutriente (sacar parásitos malos, poner comida salada buena)

- Interrogante: ¿alguna de las cuatro escenas, tiene mayor predisposición a condensarse que otras, que participan de menos combinaciones? Esta pregunta es un estímulo para continuar la investigación.

La función del terapeuta en la gestación y el despliegue de las escenas en la sesión: desarrollos recientes

Respecto del trabajo del terapeuta en la gestación y despliegue de estas cuatro escenas, hace un tiempo escribí una estrategia clínica que consta de dos momentos:

- a) el terapeuta capta la potencialidad de ciertos actos del paciente (dibujos, actividades motrices en el juego, ciertas frases) para condensar algún aspecto nuclear de la historia del desvalimiento del niño o de su grupo familiar
- b) ofrece al paciente sobreinvertirlas como material de trabajo

Este modo de pensar la labor terapéutica es parte del legado freudiano. En efecto, dice Freud: “abrimos la transferencia como una palestra... para que el paciente escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado ...” (Freud, 1914. pág. 156).

Ejemplo clínico

Veamos si podemos detectar estos dos momentos en las intervenciones del terapeuta en el material de Milena.

Elige para jugar un muñeco. Dice que es “un paciente con parásitos”

- a) El terapeuta pregunta: ¿cómo llegó a tener parásitos?

Luego la nena propone dramatizar la escena del muñeco con parásitos yendo al hospital. Ella misma va a ser enfermera. A continuación:

- b) El terapeuta ayuda a la enfermera a ponerle una inyección al paciente.
c) El terapeuta ejecuta tres órdenes de Milena 1) dormirlo y abrirle la panza 2) darle de comer algo salado 3) sacar por la panza todos los bichos.

- ¿Se cumplen, en esta sesión, los dos pasos de la estrategia terapéutica que propuse: 1) captar la potencialidad de ciertos actos del paciente y 2) ofrecer al paciente sobre investirlos?

Veamos:

En a) el terapeuta, tras escuchar la frase “un paciente con parásitos”, formula la siguiente pregunta: ¿cómo llegó a tener parásitos? Mediante ésta sobre inviste el trabajo psíquico de la nena sobre su propia frase.

En b) y c) *el terapeuta ayuda a que se desplieguen las concepciones con las que la paciente ya cuenta en su tesoro mnémico*. Entre ellas, que la enfermedad de los parásitos se cura mediante una cirugía. Esas concepciones, requieren de un terapeuta que las focalice y que facilite el movimiento psíquico de proyección mediante el cual la nena las vuelca en la escena de juego.

Desarrollos recientes: la función de reverie en la construcción de escenas acordes a la resiliencia

A diferencia de Milena, la nena que analizamos en el apartado anterior, hay pacientes que tienen el empuje a pensar en su condición orgánica, sus causas y consecuencias, pero que aún no disponen de la materia prima de sentimientos y pensamientos con los que poder hacerlo. En lo que sigue vamos a estudiar el proceso clínico mediante el cual, la sesión, es el contexto en que se crea una malla de emociones y pensamientos que resultan un sostén para el pensar de un niño. Antes de ello, tres definiciones de conceptos que vamos a utilizar:

Función de reverie: Bion (Bion, 1963) define como la disposición de una madre (o de un terapeuta) de discernir, en el estado anímico del bebe, los signos de un llamado antes de que el niño (o el paciente) sea capaz de descifrar su propia necesidad, estado afectivo o pensamiento.

Bion (op. cit.) ofrece dos definiciones del concepto de experiencia emocional, las que siguen:

Experiencia emocional e hipótesis: la repetición de la vivencia de ver a un hombre, ser amado por él y la madre nombrando la palabra “papá”, pueden ser los hechos que anteceden a que, en determinado momento, el lactante abstraer que ciertos elementos reciben el nombre de papá. Papá es el nombre de una hipótesis. Bion denomina hipótesis la conjunción de un nombre con un objeto. La hipótesis llamada papá

es un enunciado de que ciertos elementos están constantemente unidos (Bion, op. cit.).

Experiencia emocional y sentimiento de verdad: en el proceso que interviene en el insight, se activa “el punto de vista emocional común” (Bion 1990 pág. 164). El autor define este concepto del siguiente modo: “si la visión de un objeto odiado se pone en conjunción con la visión del mismo objeto amado y la conjunción confirma que el objeto experimentado *en las dos distintas emociones es el mismo objeto* [itálicas nuestras] se experimenta un sentimiento de verdad. Entonces, se establece una correlación” (Bion, op. cit. pág. 163,164).

Sesión I: Mariano

Mariano (5 años) toma de la caja de juegos un estetoscopio de juguete. Se lo pone en las orejas y se acerca hasta uno de los terapeutas para revisarlo: “tenés el corazón roto”, afirma Mariano.

Terapeuta a): Uh... ¿y ahora qué hago?

M: Tomar un remedio”. El nene agarra una taza de la mesa y se la da al terapeuta diciendo “tomá el remedio”

T b): El terapeuta lo toma.

Mariano luego busca entre los juguetes y saca una botella: “¡Tomá otro remedio!”, le dice Mariano al terapeuta. Luego el paciente, con los juguetes de cocina, comienza a cocinar un choclo y luego un huevo frito. Encuentra una mamadera y se la acerca a la boca del terapeuta para que la tome.

T c): ¿Yo la tengo que tomar?

Mariano se levanta de su asiento y se abalanza con la mamadera apuntando a la boca del terapeuta para forzarlo a que la tome. El objeto contacta con los labios del analista

T: d) El terapeuta reacciona dramatizando escupir lo que Mariano quería introducir en su boca.

Mariano comienza a reírse: “¡tiene bichos!”, exclama.

T: e) ¿Tiene bichos? ¿Y ahora qué hacemos?

Mariano continúa riendo. Toma el huevo frito y se lo da al terapeuta para que lo coma.

T: f) El terapeuta comienza a comerlo

Mariano comienza a reírse nuevamente: “también tiene bichos, lo saqué de la basura”, dice entre risas. “

T: g) Ah no, yo así no como más. Me voy a otro restaurante.

Reflexiones acerca de la dinámica vincular en la sesión

¿Qué escena se arma *entre el nene y el analista*? El analista abre con una pregunta ¿y ahora qué hago?

Mariano responde que tome el remedio. En un primer momento apela a sus frases: le sugiere, le da una

orden al analista. Luego recurre a su cuerpo: se abalanza sobre el terapeuta. Es un in-crescendo. En ambas situaciones ofrece recipientes (taza, botella, mamadera) de cuyo contenido dice que son remedios. Finalmente implica su cuerpo al *abalanzarse sobre el terapeuta* con una mamadera. Mariano está *desplegando en los hechos una experiencia emocional, la que aún no tiene nombre. El analista detecta en esta secuencia la presencia de un pensamiento no pensado, solo comunicable de este modo peculiar.* Entonces el terapeuta arriesga una respuesta. Dramatiza escupir el contenido de la mamadera. Es una intervención clave. El paciente ríe y anuncia que *la mamadera tiene bichos. Entre ambos, el terapeuta que aporta una dramatización y Mariano que contribuye con el hallazgo del término “bichos”, construyen una hipótesis (Bion, op. cit) para pensar, en el marco de una experiencia emocional, el siguiente problema: el de sustancias o alimentos que parecen ser nutrientes y que nuclearmente son tóxicas (tienen bichos).* Luego se repite la secuencia. El nene ofrece comida con basura y el terapeuta reafirma su postura de rechazarla. (“Me voy a otro restaurante”). En la escena es el terapeuta quien ejerce la disposición de distinguir lo tóxico de lo nutriente y tomar decisiones sensatas (lo tóxico lo escupo/lo rechazo). *El analista pone de resalto que la propia boca puede ser un lugar distinto que un “tacho de basura” para un otro.* Cabe enfatizar: la escena que denominé captar la distinción entre sustancias y objetos tóxicos de los que nutren el cuerpo y la mente, luego de este diálogo terapéutico, cobra un renovado resalto en el mundo anímico de Martín (lo estudiaremos en una sesión ulterior).

Esta sesión tiene como patrón común con otras, el hecho de que la plasmación de escenas inherentes a la posición resiliente requiere, de parte del terapeuta, el recurso de su capacidad de ofrecer reverie (Bion, op. cit. El ejercicio de reverie tiene como precondition que el terapeuta atribuya, a los actos motrices crecientemente invasivos de Mariano, el valor de una comunicación (algo diverso de una mera transgresión al encuadre). Dentro de esa tónica al analista le surgen diversas respuestas espontáneas. Una, a la que ya me referí, es de índole dramática. Luego profiere una frase (“Ah no, yo así no como más”). Ambas intervenciones, coherentes entre sí, expresan un pensamiento: el que hace posible distinguir las funciones de una boca respecto de las de un tacho de basura.

Sesión II Mariano (fragmento)

Mariano toma el estetoscopio. Me revisa y luego dice: “tenés una gallina” [dentro del cuerpo]. Busca una tijera. Lo ayudo a encontrarla. Por sus movimientos me doy cuenta que quiere dramatizar una intervención quirúrgica para extraerme la gallina del cuerpo. Luego de confirmar que esa es su intención, le pido que antes de hacerlo, me explique el procedimiento a seguir. No es posible que anticipe con sus palabras el plan

de acción. En los hechos mientras dramatizo estar dormido, el paciente a su vez dramatiza abrirme el cuerpo con la tijera y extraer de dentro del mismo la gallina. Luego me despierta. Enseguida me sorprende diciéndome que la gallina que extrajo de mi cuerpo quedó dentro de uno de los instrumentos del juego del médico. Un instante más tarde me informa que la gallina ha vuelto a ingresar al interior de mi cuerpo

J: Cómo entró

M: por la oreja

Dramatiza una nueva intervención quirúrgica y la vuelve a extraer.

Reflexiones acerca de la dinámica vincular en la sesión

De esta sesión, de gran riqueza, sólo deseo destacar que Mariano explora una nueva perspectiva psíquica. Se ubica en un lugar específico, el cual se caracteriza por: a) detecta la anomalía que resulta la presencia de un animal (gallina) dentro del cuerpo del terapeuta y b) imagina un modo de solucionar el problema: extraer la gallina del cuerpo.

El aprendizaje en el marco de una experiencia emocional al que accedió en la sesión previa (me refiero a la escena en que el terapeuta dramatiza escupir y Mariano denomina bichos a lo escupido) se transforma ahora en la identificación con la función de un cirujano que extrae del cuerpo de otro un objeto ajeno o extraño.

Panorama de conjunto acerca de la función del terapeuta

En síntesis: la función del terapeuta requiere, en algunos casos, como el de Milena, detectar e investir la escena que forma parte del patrimonio psíquico del paciente y que éste escenifica ante nosotros. En otras ocasiones el paciente nos convoca desde su juego en sesión (motricidad, afecto, frase), a un compromiso subjetivo mayor: aportar con nuestro reverie a la generación de las escenas nucleares que le permitan pensar su posicionamiento subjetivo.

Proceso terapéutico y verdad: la propuesta freudiana y los interrogantes que surgen de nuestra clínica

Freud (Freud, 1937) afirma que, en la búsqueda de la verdad que acometen el psicoanalista y el arqueólogo, la tarea de ambas profesiones tiene ciertas semejanzas. El arqueólogo intenta conjeturar la historia objetiva de objetos culturales. El psicoanalista intenta dilucidar la prehistoria del objeto psíquico (Freud, op. cit. pág. 261). El creador del psicoanálisis define el recurso terapéutico de la construcción del siguiente modo: consiste en presentarle al paciente una pieza de su prehistoria olvidada (Freud, op. cit. pág.262). Se refiere específicamente a un conjunto de vivencias nodales, conectadas con deseos, que se inscriben en un

psiquismo que cuenta con el suficiente desarrollo como para guardar un registro visual y auditivo de las mencionadas vivencias. Afirma qué, si bien el núcleo de esas huellas mnémicas es imposible de evocar para el sujeto, un estímulo preciso como una construcción del analista, puede lograr que detalles accesorios de la escena se sobre invistan y se expresen en sesión al modo de una pseudo – alucinación. Lo exteriorizado en el vínculo terapéutico es un fragmento de la verdad del sujeto, entendida ésta como la historia objetiva de vida, la verdad histórico vivencial del paciente. La construcción es sólo una labor preliminar (Freud, 1937, pág. 262). La continuidad del trabajo clínico consiste en desplegar sobre las escenas nodales, ahora accesibles a la consciencia, un trabajo de reelaboración (Freud, 1914).

En el trabajo terapéutico con niños y niñas con compromiso orgánico crónico, la propuesta freudiana de efectuar construcciones que despierten recuerdos en el paciente y que éste los trasmude en palabras para comunicar una confirmación de la construcción, en ocasiones puede resultar impracticable. No tanto porque no podamos efectuar construcciones a un paciente niño, sino por otras dos razones:

- 1) la patología se contrae en condición pre subjetiva, antes o en los albores de la constitución de la conciencia inicial, las defensas inmunológicas y las psíquicas. De tal modo, *en el momento de contracción de la enfermedad, no hay un aparato psíquico capaz de generar huellas mnémicas visuales y auditivas*. De modo tal que no podemos contar con “la pulsión emergente de lo reprimido” (Freud, 1937 op. cit.) que esfuerza el ascenso a la conciencia de las huellas mnémicas inconscientes. Cabe plantearse la necesidad de encontrar otro modo de contribuir a que el o la paciente accedan a su verdad subjetiva.
- 2) En el aparato psíquico infantil el hacer consciente lo inconsciente se vale del preconscious motriz y del visual (Maldavsky, 2004), con mucha mayor propiedad que del preconscious verbal.

El analista: labor arqueológica y recuperación de lo antiguo. Función de reverie y creación de lo nuevo

En los pacientes afectados por una neurosis traumática congénita, en que el elemento avasallado es el sistema inmunitario, o cuya alimentación a pecho coexiste con la transmisión de la patología, no tenemos ninguna expectativa de que nuestras intervenciones clínicas contribuyan a hacer conscientes presuntas huellas mnémicas auditivas o visuales que condensen lo crucial de esos momentos. El trabajo del analista en esta encrucijada clínica no queda contenido por la metáfora arqueológica freudiana. Al menos no en su totalidad. En la sesión de Milena (ver Ejemplo clínico, pág. 5) el modelo del analista arqueólogo resulta acorde a los hechos clínicos, ya que la nena efectivamente expone pensamientos que, probablemente se hayan originado en el tiempo infantil. El analista-arqueólogo hace eje en *la recuperación de recuerdos*

antiguos. En la sesión de Mariano se trata de otra cosa. El terapeuta contribuye con Mariano *en la construcción de lo nuevo: el despliegue en el espacio de la sesión de un grupo de escenas* (una o más de una de las que enumeramos en la posición acorde a la resiliencia) *sobre las que desarrollar experiencias emocionales que confieran vitalidad al procesamiento psíquico a la vez que permitan alumbrar la verdad subjetiva del paciente o, como dice Bion, “el punto de vista emocional común”* (Bion 1990, op.cit.).

Si bien la perspectiva del punto de vista emocional común parece contraponerse fuertemente a la propuesta freudiana que apuntar a construir la biografía real del paciente, cabe especificar que, en los hechos clínicos, ambas perspectivas de la verdad no son antitéticas, más bien considero que pueden complementarse en el trabajo terapéutico.

Ejemplo: el acceso de Mariano a su verdad emocional: el concepto de “bicho”

El esfuerzo psíquico de conferir significación al concepto de “bicho”, le permite a Mariano *alcanzar una comprensión más profunda* respecto la patología orgánica con la que convive y a la que denomina -según la sesión- “bicho” o “gallina”. Para entender los cambios de concepción que el paciente manifiesta en relación a su enfermedad hay que considerar al menos tres lugares en la transferencia: el del sujeto (paciente y los roles que ocupa en las diversas sesiones) el del bicho y el del otro (las funciones que Mariano hace ocupar al terapeuta, p. ej.: la de paciente)

a) El sujeto, el bicho y el otro: Tres perspectivas

- 1) la identificación gozosa del sujeto con el bicho que invade y enferma al otro (primera sesión)
- 2) la identificación del sujeto con el rol del cirujano impotente: consiste en el esfuerzo infructuoso de extraer una gallina invasora del cuerpo del analista. Los recursos del cirujano resultan impotentes para controlar la acción omnipotente de la gallina, que vuelve a invadir el cuerpo una y otra vez (segunda sesión).
- 3) En el despliegue de la segunda perspectiva se va configurando una tercera: que el bicho resulta irreductible; es decir que no puede extirparse definitivamente del cuerpo que previamente invadió. El bicho se puede extraer, pero logra regresar al interior del cuerpo una y otra vez. Esta acción de juego prepara al sujeto para una intelección ulterior: la de admitir que el cuerpo propio aloja una enfermedad crónica.

b) El punto de vista emocional común y la construcción subjetiva del concepto de enfermedad crónica

Cabe calcular un desenlace psíquico al que puede acceder Mariano si su trabajo de pensamiento pone en correlación las tres perspectivas que, respecto del bicho, deja traslucir en las diversas plasmaciones antedichas. Es el siguiente: a) el bicho que en la primera sesión es superponible con el yo (Mariano se identifica con el presunto goce del bicho que invade y enferma), en b) se vuelve ajeno al yo en la segunda

sesión (el paciente dramatizando actos quirúrgicos, se identifica con el cirujano impotente ante la ineficacia de sus intervenciones). En c) el sujeto parece prepara una nueva intelección. Que el bicho constituye una presencia corporal imposible de expulsar definitivamente. El punto de vista emocional común (Bion , op.cit.) podría sintetizarse así: Mariano se percata de que la ilusión de identificación con el goce del bicho - gallina (de ahora en adelante el bicho) debe rectificarse. El bicho es más poderoso que el propio yo y que el de los otros significativos (progenitor, médico, terapeuta). Tan es así que el bicho puede hacer fracasar los intentos de extraerlo del cuerpo. Luego Mariano se encamina a una nueva intelección: el fracaso de los intentos de curación no es accidental, el bicho que vuelve y vuelve a instalarse en el cuerpo cada vez que intenta ser quitado de él, metaforiza la enfermedad incurable, crónica. *El punto de vista emocional común surge de la correlación de tres perspectivas.*

Palabras finales

A esta altura vale preguntarse porque produce este texto como homenaje a David Maldavsky. Una respuesta podría ser que supongo que él hubiera preferido que dedique más espacio a exponer el estado actual de esta investigación que a ensalzar sus virtudes y expresar mi gratitud.

En la historia de mi estudio del procesamiento psíquico de la enfermedad orgánica crónica en niños y niñas, tuve dos modos de relacionarme con David. Durante un período bastante extenso, el de mis primeros hallazgos, entre ellos el de las cuatro escenas que expresan la resiliencia, mi intercambio más con él es con sus libros. Especialmente con aquellos que me permiten expandir mi comprensión de los fenómenos que yo detecto en esta clínica específica. *Pesadillas en vigilia, Linajes abúlicos* se cuentan entre los que más me aportan en ese período.

En los últimos años, a partir de mi tesis de Doctorado, David me alienta a desarrollar el concepto de experiencia emocional en el contexto de la alianza terapéutica entre paciente y analista. Paralelamente conversamos varias veces acerca del instrumento que hoy presento en este trabajo. En el comienzo de este año, como ya dije, David me propone sistematizar el instrumento y comenzamos una ambiciosa investigación. Con su humildad y sabiduría, David se dedica a interiorizarse a fondo respecto a mi propuesta y luego, siempre sutil y riguroso teóricamente, me formula interrogantes que me convocan a especificar, a complejizar el instrumento. En especial uno de los elementos del método: la grilla de las escenas traumáticas.

Entre las decisiones a considerar de aquí en más, señalo dos:

- decidir si vamos a incluir en el instrumento un aspecto cuantitativo, estableciendo puntajes

determinados a cada escena.

- detectar patrones para establecer donde comienza y donde termina una escena. La importancia de esta cuestión surge de la revisión de los análisis inter jueces de las 60 sesiones.

Nuestra expectativa, llegar a publicar algunos resultados de la investigación en una revista EEUU, no llegamos a cumplirla. Su muerte, un golpe brutal e inesperado, renueva mi compromiso en seguir adelante con esta tarea, desafío personal que encaro junto a dos jóvenes colegas. La impronta de David permanece en mí, constituye una fuente de inspiración, me interroga como interlocutor interno. Este artículo es, probablemente, producto de ese peculiar diálogo que en mi subjetividad mantengo con quien fue mi Maestro.

Bibliografía

- Bion, W. (1963a) "Aprendiendo de la experiencia", Buenos Aires, Editorial Paidós,
_____ (1966) "Elementos del psicoanálisis", Buenos Aires, Ediciones Hormé
_____ (1990) *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Ediciones Hormé.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar
_____ (1920a). "Más allá del principio del placer", en AE, vol 18
_____ (1923a). "El yo y el ello", en AE, vol 19
_____ (1933). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis en AE vol. 22
_____ (1940a). "Esquema del psicoanálisis", en AE, vol. 23
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*, Buenos Aires, Lugar editorial
_____ (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Lugar editorial

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2019

Fecha de aceptación: 4 de noviembre de 2019