

## Jornada UCES 2005

### **El ADL y la clínica con niños: detección de un estado de desvalimiento transitorio**

Por Jorge Goldberg.

En la actualidad el término desvalimiento tiene un uso muy difundido, aunque su utilización incluye una dosis de vaguedad e imprecisión que finalmente, conspira contra la posibilidad de transformarlo en un concepto de uso en la investigación clínica.

En primer lugar, cabe recordar que para Freud el desvalimiento es el estado de un yo que carece de recursos representacionales, perceptuales y motrices para ligar, sea una pulsión sea un estímulo de la realidad, ante las cuales queda inerme.

Recordemos que Freud al estudiar las estructuras narcisistas y psicóticas, postuló la eficacia de una herida narcisista, a la que el yo respondía con una desestimación de la realidad (el aporte de Lacan permitió agregar que la desestimación, la forclusión, recae también en la instancia paterna con lo que para el sujeto queda abolida la realidad legal) que impone una desinversión libidinal del mundo y sus representaciones psíquicas, lo que culmina en una retracción narcisista. Esa libido acumulada en el yo es procesada por un tiempo de modo megalómano. Mientras dura la euforia de ese estado de grandeza yoico, la defensa es exitosa. Cuando la estasis libidinal se vuelve tóxica –estados hipocondríacos- la defensa fracasa,

Maldavsky refina el estudio del momento intermedio, el de la retracción narcisista, describiendo desenlaces diversos de la restitución psicótica, en los que la retracción narcisista es un desenlace duradero. El estado de desvalimiento es claro ejemplo de ello. Desde el punto de vista económico se trata de una situación intermedia o mixta, en que se mantiene el repliegue, como cuando la defensa es exitosa, pero al mismo tiempo no se mantiene la megalomanía sino que aparece un estado complejo, que reúne desazón, tristeza y angustia (y en ese sentido, la defensa fracasa).

Se trata de una herida narcisista sin aparentes causas (ya que si aparece la causa en la vida psíquica ya hay proceso reconstitutivo). Hay situaciones intermedias, que son las que podemos denominar desvalimiento parcial o transitorio, como la que presentaremos en el siguiente fragmento clínico.

La paciente, de cuatro años lamenta haber llegado tarde, dice que el motivo fue que el tren, en el que venía con su padre, se demoró a causa de un incendio

Luego se dedicó a “unir las partes de un tren; luego jugó y habló para sí en un susurro... No puedo juntar...” De todos modos, los unía o los dejaba.

El terapeuta señala que la niña jugaba como si “estuviera sola en presencia de alguien”, posteriormente el analista agrega:

Advertí que por azar me había tocado la pierna con el cuerpo al agacharse para coger los nuevos juguetes. No fue en absoluto exagerado, y no se retiró cuando ocurrió. Es así con su padre. A veces se sentaba casi sobre mi pie hablando para sí en voz bien audible y haciendo ruidos de trenes. Pasado un cuarto de hora, dijo: “Fiuuu”. Eso significaba que hacía bastante calor. Accidentalmente, puso su cabeza contra mi rodilla, con considerable naturalidad, sin exagerar. Yo seguía callado. El bolso aún pendía de su hombro. Tenía una mano sobre su bolso al apoyarse.

Dispuso cuatro grandes casas en un cuadrado y colocó otra en el medio. Comprendí que eso representaba algo importante y tenía que ver con su capacidad de ser un recipiente; lo asocié con el hecho de que ahora llevase un bolso. Fue en uno de esos momentos en que se deshizo del bolso y se quitó el cardigan, sin dejar en ningún caso de frotarse contra mi rodilla mientras yo permanecía sentado. Dijo que hacía calor, lo cual era cierto. El contacto conmigo se hizo un poco más estrecho, y percibí cierta ansiedad en lo que ocurría. Vi que frotaba un cochecito con el dedo. Comprendí que se refería a la masturbación, y permanecí en silencio. Luego la paciente dice “Este coche es un coche tonto. Va por aquí y por allá cuando no se lo espera”.

Y le dio vueltas y vueltas en sus manos. Entonces cogió una pequeña figura que empleó como hembra.

“Intenté obtener mayor información, sin éxito, la niña hablaba para sí y respondía a las preguntas del terapeuta sin mucha atención. Trataba de mantener en pie una pequeña figura sobre un furgón, una tarea imposible, y al hacerlo golpeó su cabeza contra mi rodilla. No logré comprender en toda su amplitud lo que sucedía.

#### **Análisis del material desde las secuencias narrativas:**

La niña monta una escena de juego que distrae al terapeuta, entretanto se frota masturbatoriamente contra su cuerpo. Qué la lleva a hacerlo? Creemos que entró al consultorio furiosa, por atribuir al analista la causa de la finalización del viaje en tren, que trajo consigo la interrupción del estar a solas con el padre y de una estimulación pasiva de su trasero en el asiento que reunía al erotismo intrasomático (equilibrio de tensiones ) y el anal (goce pasivo). La significación que la estimulación en el tren puede alcanzar en el marco de la sesión, se hace notar en el siguiente fragmento de esta sesión: “A veces se sentaba casi sobre mi pie hablando para sí en voz baja y haciendo ruido de trenes”. También hay una redundancia entre el sonido “Fiuuu” que alude al calor y el incendio que antes mencionó. El probable nexo entre corte en la autoestimulación y concurrencia a la sesión nos permite inferir una moción hostil hacia el terapeuta, susceptible de desplegarse en el deseo de engañarlo y masturbarse.

Creemos que en la masturbación reúnen tres erotismos. Dos son los centrales: el intrasomático y el anal primario. El fálico uretral, que aporta el tipo de masturbación, parece ser es un medio para la consumación de los otros dos. La secuencia sería la siguiente.

Despertar del deseo: podemos suponer la interrupción del contacto con el asiento en el tren, generó una combinación del despertar de dos deseos condensados: el intrasomático (brusca caída

de la energía que despierta un afán desenfrenado de hacer una diferencia ) y el anal primario (padecimiento de una afrenta injuriosa – atribuida al analista - que despierta un afán de venganza).

Tentativa de consumir el deseo: Los deseos anal primario (masturbación como acto vindicatorio violento que ha tomado por sorpresa al objeto, previamente engañado) e intrasomático (masturbación gracias a la cual la niña ubicada como sujeto, hace una diferencia de goce) se condensan en la puesta en acto de la masturbación ( EFU ) que consuma los deseos LI y A1, oficiando como medio.

De las consecuencias de la tentativa al estado final: En el relato de sesión se dan prácticamente al mismo tiempo, la recuperación - relativa - de la lucidez del analista (“comprendí que se trataba de masturbación”) y un comentario de la paciente (“este coche es tonto. Va por aquí y allí cuando no se lo espera”). La palabra “tonto” contiene varios valores: por un lado parece aludir a un estado propio expresado en actos tales como el golpe en la cabeza. Además, la descalificación con que quería humillar al analista y el recurso utilizado (tomarlo por sorpresa ) queda reunidos por el significante “tonto”, que en también describe un estado del yo. Es la niña quien ahora se siente avergonzada y humillada. Sea por su falta de lucidez, sea por los medios que utiliza en el vínculo con otros. Estos estados de ánimo se suelen presentar en la versión disfórica del erotismo anal primario.

El final del fragmento presenta el estado final inherente al erotismo intrasomático. Se da cuando la niña produce un material tomando en cuenta las premisas y urgencia del información del terapeuta ante el cual cedió (respondiendo sin atención), quizás por el convencimiento de que estaba ante un sujeto poderoso con intereses especulativos. Finalmente, la niña se plantea una tarea imposible y termina golpeándose contra el terapeuta. Este acto creemos que expresa la vivencia de exacción y violencia insoportable, testimonio del desenlace disfórico del erotismo intrasomático.

### **Consideraciones sobre las defensas en la secuencia narrativa:**

En el inicio de la sesión consideramos activos los erotismos LI y A1, los que se condensan en un acto masturbatorio FU, el que ejecuta en los hechos, sobre el pie del analista. Inferimos que están activas dos defensas, una desmentida que le permite refutar que está en la sesión y no en el tren (opera borrando las diferencias entre estímulo mecánico producido por el tren y estímulo mecánico producido por el pie ) y una desestimación del afecto, un ataque al sentir, consumado vía masturbación. La desmentida promueve una retracción narcisista, es una defensa contra la realidad. La desestimación del afecto opera sobre los siguientes emociones a) el duelo por la pérdida de un contexto (el del tren, ámbito en que se reunían la consumación un goce pasivo por autoestimulación y el deseo de estar a solas con su padre), y b) el sentimiento de injusticia destinado al analista, al imputarle responsabilidad en la interrupción en la pérdida del contexto.

En ese primer momento, mientras la niña consuma al acto masturbatorio y tiene al analista confundido, ambas defensas son exitosas (ya que rechaza los juicios que decretan ciertas diferencias entre objetos mundanos y otros juicios que imponen una cierta realidad afectiva, lo que le permite masturbarse con un sentimiento de omnipotencia).

Luego, a partir de que el terapeuta comienza a rescatarse (“comprendí que se refería a la masturbación”), la paciente produce los siguientes hechos:

- utiliza el significante “tonto” para calificar procedimientos que ella misma utilizó (tomar por sorpresa)
- habla para sí
- se presta a un diálogo el que parece responder más a las necesidades de información del terapeuta que el estado mental de la niña
- se da una tarea imposible y finalmente, golpea su cabeza en la rodilla del terapeuta

En este fragmento hay cambios, no en el tipo de defensas, sino en el estado de las mismas. La retracción continúa ya que la paciente habla para sí y responde a las necesidades de información del analista. Sin embargo, la omnipotencia ha declinado (califica de tonto al procedimiento de sorprender, lo que ella misma hizo en el momento omnipotente). Las defensas ahora son parcialmente exitosas y parcialmente fracasadas, lo que corresponde al estado de desvalimiento. Sin embargo un instante después, se golpea con la rodilla. El golpe, el dolor orgánico, anuncia el fracaso de ambas defensas, el retorno del afecto y la realidad y la desactivación del estado de desvalimiento.

La posibilidad de captar con precisión la activación y la desactivación del estado desvalimiento, tiene una utilidad clínica tangible, permite interrogarnos respecto de:

Que determina en cada caso el entronizamiento o la salida del desvalimiento? Se trata de una disposición interna del paciente, o de las intervenciones del terapeuta? En este último caso, cuáles tuvieron un efecto benéfico y cuales uno patógeno?