

Trabajos presentados en la mesa redonda de la “XV Jornada sobre el Desvalimiento en la Clínica y X Jornada Taller sobre Psicoanálisis de Pareja y Familia”, organizadas por el Departamento de Posgrado de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

D.- La supervivencia psíquica, su impronta narcisista singular y familiar

Eduardo Alberto Grinspon

Voy a delinear un tránsito clínico conceptual, jerarquizando aquellos conceptos que operan como imperativos en mi accionar clínico. Nuestro desarrollo partió del escollo clínico dado por el estancamiento de los procesos terapéuticos de pareja y luego articulé un primer eslabón de nuestras experiencias en familia, en las que ya sosteníamos las consecuencias de lo que Ciccone denomina la transmisión traumática de lo traumático.

Nuestro título articula la supervivencia psíquica en su impronta singular y familiar. Pienso que nuestra escucha específica como analistas de pareja y familia, es una dimensión a doble vía, ya que la supervivencia en una generación implica, a partir de su solución lograda y el modo en el que la alianza parental sostuvo la transmisión de lo traumático, consecuencias en el modo en el que “sus hijos” pudieron resolver “sus” interrogantes generados en diferentes momentos vitales.

En patologías narcisistas graves, a partir del modo en el que emerge el sufrimiento psíquico, nos encontramos con las consecuencias de esta asimetría e intersubjetividad innegociable.

Es pertinente diferenciar de inicio nuestra escucha y posición clínica frente a dos tipos de situaciones: aquellas familias en las que el sufrimiento psíquico, su procesamiento de lo traumático y su transmisión es consecuencia de la sobrevida psíquica lograda a partir de situaciones como la guerra, migraciones, desastres climáticos, de aquellas en las que lo sucedido dentro del espacio intrafamiliar (incesto, incestualidad, abusos sexuales y narcisistas, cuadros psiquiátricos y sufrimientos psíquicos sostenidos sin salida entre otros) adquirió su carácter patógeno a través de generaciones, a partir del equilibrio interdefensivo parental y de la comunión de desmentida operante, con su consecuencia en el

modo de transmisión. En nuestra especificidad de familia y pareja, pensamos al trauma como la consecuencia de la transmisión traumática de lo traumático.

Sobrevivir dentro de este clima familiar determinó que la estructuración del narcisismo se haya dado a partir de estrategias de “sobrevida psíquica frente al sufrimiento narcisista identitario”, (Roussillon) soluciones narcisistas que implicaron a su vez un modo singular de nacimiento del “objeto para un yo”, “del yo”, de la “estructuración del narcisismo” y el rasgo identitario logrado. Son familias en las que frecuentemente nos encontramos con uno de los hijos posicionado en “el hijo problema” o “hijo único de genitor único”, y alianzas parentales con una comunión de desmentida, en la que priman diferentes desmentidas, fundamentalmente de la diferencia de generaciones, de la autonomía narcisista, de la diferencia vivo muerto y de la interdicción a la intercambiabilidad de seres.

Hablar de supervivencia psíquica implica aceptar que en nuestros pacientes, hubo una experiencia traumática con características específicas, dada por el sufrimiento narcisista identitario, en la cual se articuló un desvalimiento singular con la posibilidad de apelar a recursos a partir de los cuales se logró sostener su continuidad narcisista e identitaria.

Siguiendo a R Roussillon, son patologías narcisistas relacionadas con una dificultad en la función subjetivante del Yo. En las que se sostiene una organización defensiva contra los efectos de un traumatismo primario clivado y la amenaza que su huella, al estar sometida al automatismo de repetición, pueda afectar a la organización del aparato psíquico y de la subjetividad. Son pacientes que más que la carencia en ser están caracterizados por una carencia en el ser.

Nuestros pacientes no comienzan con el trauma y si partimos del hecho que todo trauma es trauma para alguien, en nuestra clínica nos encontramos con su solución narcisista, en este caso de supervida psíquica y su derivación identitaria lograda.

Diferenciamos la lógica de estas soluciones, en las que en una retracción que tiende al anonimato primó la perentoriedad, el alivio y la calma, de aquella lógica propia a la vida psíquica en la que fue posible la objetualización trófica, la experiencia de satisfacción, el acceso a la temporalidad y a una terceridad eficaz. La tensión entre ambas lógicas persiste en nuestra subjetividad transferencial y las intervenciones posibles.

Es una especificidad clínica en la que nos encontramos subjetivamente implicados ante recursos y soluciones que refieren al singular modo de haber sobrevivido a las fallas en el

modo de presencia del objeto otro sujeto y la terceridad necesaria, en su condición de posibilidad. Es decir de algún modo se logró resistir a los climas abusivos, ya sea por exceso o por defecto, y acceder a una “solución narcisista” sostenedora del sentimiento de sí.

Éstas operan para cada uno como su marca identitaria, “su modo de ser”, muchas veces enunciada como rasgo de carácter; que funciona como “su apellido otro” Partimos que el apellido que marca a un hijo y pasa a ser “su apellido”, es co-producido en la interacción con su alianza parental y que en este tipo de solución hubo, a partir de un pacto narcisista parental, un abuso narcisista que condujo a este desenlace. Es un equivalente afiliativo de supervivencia psíquica, que expresa la síntesis dada a partir del abuso padecido en la transmisión traumática de lo traumático y el modo posible de apropiación de lo transmitido. Pensamos a estos rasgos -“su modo de ser”-, como “personajes” dentro de escenarios fijos en los que están atrapadas estas personas.

Es decir los agentes de estas soluciones, tienen una singularidad subjetiva, producto del modo de haber resistido frente a su necesario llegar a ser “alguien para alguien”.

En cada solución lograda, con su fijeza e invariancia, a partir de lo que podemos imaginar, se sostienen las consecuencias del tránsito: dolor presubjetivo--capacidad singular de resistir--vivencia de dolor--sufrimiento de alguien-- presencia de la negatividad--tipo de apego de sobrevida logrado-- apego al negativo del objeto posible ---rédito narcisista-- solución identitaria lograda—ser alguien para alguien--ser lo que sufrieron en su escena privada adheridos a un sufrimiento propio/ajeno.

El propio sufrimiento mantiene la vigencia en acto y a través de lo actual de lo “desconocido” o bastardeado por el objeto otro sujeto alguna vez necesario. Este mecanismo, cualitativamente diferente del negativante, posibilita que en las rumiaciones y afirmaciones provocantes/convocantes, estos pacientes puedan seguir llamando “padre” a un progenitor abusador, o “madre” a una progenitora siempre presente como ausente. Enuncio “llamando” por la articulación paradójal de “nombrar y llamar”.

A partir de nuestro malestar intrasesión frente a la fijeza de su accionar ¿su modo de ser?, y su aferramiento al sufrimiento como un organizador, nos conectamos tanto con el paradigma relacional de base que subyace a cada solución como con su coraza defensiva de sobrevida psíquica, que mantiene en la base al chico que alguna vez fue, como dice R

Roussillon, un testigo privilegiado. “Cada ser vivo nace, vive, sobrevive y muere como puede y no como quiere o como algunas veces, nuestros conceptos definen”; por ejemplo, nos encontramos con las consecuencias del apego al negativo del objeto, un tipo de apego de sobrevida psíquica que finalmente, a partir de un narcisismo de sobrevida frente a los efectos de la negatividad, es un apego a la vida.

¿Existe en “este modo de ser” trazas presubjetivas aún en búsqueda del objeto otro sujeto necesario para acceder a la subjetivación del propio sufrimiento padecido y salir de lo compulsivo de “*ser lo que sufrieron*”? ¿Cuál es la condición necesaria de este objeto otro sujeto?

Acerca del sentido de la realidad incomprensible, ¿para quién?

¿Cómo tornar comprensible en nuestros pacientes *el sentido de una realidad* que inevitablemente fue vivida, pero aun no vivenciada y que se sostiene a partir de una re-edición en lo actual de un modo contextual y atemporal? Refiero a dar lugar desde nuestra intersubjetividad transferencial al trabajo de subjetivación historizante (Roussillon) del propio sufrimiento padecido, un tipo de trabajo del negativo frente a la negatividad operante en los recursos de sobrevida psíquica.

Diferencio la re-edición hacia un más de lo mismo, de la re-petición en búsqueda de una diferencia y pienso que la re-edición en el espacio transferencial es un tipo de re-petición de la objetualización necesaria.

Decidí apelar al uso metafórico del término “testigo intrasubjetivo”, a partir de lo enunciado en las patologías constructivas referidas a estructuras de hormigón. Este es un material vivo, en el que su elasticidad y capacidad acotada de transformación lleva a que, ante grietas posibles, un técnico instale un “testigo de yeso o de vidrio” que registra y evidencia lo que “fue sucediendo” o “está sucediendo”. Es decir es un testigo puesto por alguien y para alguien, por ejemplo en nuestros pacientes en sesión, para su analista en persona. En nuestra clínica dentro de la subjetividad transferencial que nos implica, refiero tanto al testigo intrasubjetivo del analista en sesión, como al testigo del sufrimiento padecido por nuestros pacientes. El testigo no refiere a un momento puntual, sino una posición dentro de la propia singularidad subjetiva, que sostiene un registro intra-estructural de las variaciones transitadas en su medio relacional. De un modo homólogo al testigo en

las grietas del hormigón, planteamos al testigo intra estructural disponible, siempre y cuando sus registros lleguen a ser significativos para alguien.

En aquel sector que enunciamos como el testigo del sufrimiento padecido por alguien en periodos significativos de su vida, habitan las marcas pre-subjetivas y diversos registros de aquellos interrogantes que fueron surgiendo al tratar de comprender y dar sentido a su realidad. A partir de la respuesta posible de su medio familiar, su realidad se fue tornando inentendible e innombrable, quedando como conclusión que sólo el sufrimiento y la cantidad de dolor operan como organizadores. Este registro se tornó causa de su solución narcisista, dada a partir del trabajo psíquico que nos impone lo traumático ante la necesidad de apropiación y transformación posible de lo transmitido (Ciccone).

Este matiz diferencial dado por la “capacidad de resistir para llegar a ser”, es el que determina que nuestra posición subjetiva transferencial esté relacionada con nuestra capacidad singular de resistir en nuestro malestar el tiempo adecuado, un equivalente del sufrimiento como organizador en estos vínculos.

Base para nuestra posición clínica actual.

En estas configuraciones vinculares planteamos la vigencia de la “solución perversiva narcisista a deux”, un neoconcepto que articula el concepto de “solución narcisista” de R Roussillon -por su referencia al esfuerzo y posibilidad del psiquismo de ligar las experiencias de dolor que retornan compulsivamente evitando el encuentro con la necesidad del objeto-, con el de perversión narcisista de P C Racamier -quien la enuncia como “la manera organizada de defenderse de todo dolor y contradicción interna expulsándolos en otro”-.

También R Roussillon, enuncia la posibilidad de pervertir las funciones de autoconservación, para asegurarse la descarga de lo que no pudo integrarse y significarse en su tránsito a “ser significativo para alguien”, en la propia economía pulsional. Al pensar este espectro clínico dentro de la TFPF (Terapia Psicoanalítica Familiar de Familia y Pareja) lo patológico se torna patógeno dejando un resto en un otro, y lo perverso se transforma en perversivo de lo pervertible del otro. A partir de la variable de los restos descargados surgen interrogantes a definir en nuestra posición clínica subjetivo transferencial.

Pensamos que las experiencias de dolor refieren a una dimensión cuantitativa en su camino a ser el sufrimiento de alguien. Es un tipo de retorno en búsqueda del objeto otro sujeto necesario (disponible y utilizable) para acceder al tránsito hasta la singularidad y diferencia. Jerarquizamos la mención a aquello que retorna de un modo compulsivo: referimos a la compulsión a la subjetivación de aquello aun no subjetivado que no cesa en su insistencia, e implica un tipo de retorno sosteniendo como lo plantea R Roussillon, un cuarto vasallaje del yo, esta vez pensado en su dimensión de Yo familiar. Este es uno de los pilares en los que sostenemos nuestra posición subjetiva transferencial frente a una transferencia paradójica y por retorno.

¿Cómo llega esta problemática a nuestra clínica?

A partir de la articulación de estas soluciones en pareja (y sus consecuencias en familia), nos encontramos con un tipo *de alianza defensiva-ofensiva* y su equilibrio interdefensivo patógeno. Referimos a la articulación de distintas economías singulares y sus corrientes defensivas, dentro de una economía pulsional vincular descrita por D Maldivsky, específica en pareja y familia.

Una solución a deux que, al vacilar, llega como consulta posible a una terapia de pareja o familia. Este equilibrio pluripsíquico y plurinarcisista, es un pseudo-equilibrio en permanente re- adecuación, dentro del cual nos vamos a implicar en la co-construcción del encuadre posible, para que el sufrimiento que circula en términos transgeneracionales pueda recuperar su función mensajera.

Situación clínica. Escenas paradigmáticas.

La preeminencia de esta solución “a deux”, su necesario retornar de un modo circular a sus personajes en posiciones fijas y sin salida, atrapados en una vigencia a veces mortífera, en acto y en lo actual, y la no memoria del proceso recorrido, genera en nosotros un malestar que referimos a un registro del estancamiento o “impasse” del proceso terapéutico, que por su no acceso al pasado como referente en la historización lo enunciamos como Paul Denise, “impasé”

Pensamos que aquello que en lo manifiesto se nos presenta como una problemática grave y sin salida, en su base sostiene un equilibrio interdefensivo o una solución narcisista “a

deux” - concepto que derivó de la posición sostenida por Roussillon, en su estado “exitoso fracasado”.

¿Por qué la necesaria fijeza e invariancia?

Esta solución “a deux” configura un sistema defensivo frente a la posibilidad del retorno de las vivencias de dolor “en desesperanza” y su dimensión de ser inenunciables, sin un origen, sin fin y atemporal.

Frente a estas parejas, nos encontramos subjetiva y transferencialmente implicados en un circuito trans-subjetivo sostenedor de un apego al negativo del objeto (Roussillon, Anzieu), dentro del cual a partir del “sufrimiento que hoy padezco y vos me lo provocas”, el dolor sostenido como el último testimonio presubjetivo de las fallas en la presencia o disponibilidad del objeto en la experiencia del desvalimiento singular transitado, adquiere la dimensión cualitativa de sufrimiento “de alguien” como un organizador posible de la escena vivida. Experiencia que habitualmente refiere a los momentos de la constitución del yo sujeto; esto nos lleva a diferenciar al sujeto del propio dolor, de la posición de objeto del dolor causado por el movimiento de otro.

A partir de una transformación pasiva/activa “a deux” en su estado exitoso, (D Maldivsky, refiriendo a la variación posible de los estados de las defensas) y dentro de un tipo de vínculo en el que el aferramiento al dolor es un organizador y priman la deuda, la queja y el reproche, un “Yo” puede activamente reclamar desde una posición de “agente acreedor con su razón” (es decir racionalmente entendible y figurable en la dimensión humana), a un agente “siempre” deudor, el sufrimiento dado a partir de las consecuencias de algo sucedido en una atemporalidad innegociable. A su vez el agente “siempre” deudor, de un modo “desesperado” tiene que demostrar a “su supuesto otro no otro”, que “yo no soy ese que vos afirmas que soy”. Escenas desplegadas frente a un testigo implicado, su analista. Es un escenario de aferramiento contestatario en el que priman las afirmaciones identitarias dadas a partir de las consecuencias de lo acontecido. Son escenas que posibilitan, a partir de la recuperación de un alerta señal, la transformación de la desesperanza agónica (un tipo de desvitalización representante de la hemorragia libidinal) en desesperación, dimensión humana que sostiene la recuperación pre subjetiva de la condición de posibilidad, dadas por las afirmaciones provocantes-convocantes sostenidas por el agente acreedor.

Estas relaciones de pareja habitualmente están centradas en poder pedir desde el reproche, aquello que el otro no puede dar quedando yo “ligado” o “aferrado” desde mi sufrimiento y siendo mi dolor el testimonio de tu falla o ausencia (Paul Denis).

En esta articulación defensiva, cada agente accede a ser alguna vez “único para alguien” y refuerza en acto y a través de lo actual la eficacia del andamiaje defensivo de su *partenaire*. Es un movimiento en el cual cada miembro, de un modo fijo y estereotipado, sostiene su disponibilidad para aportarle a su *partenaire* el personaje necesario para la escena privada del “supuesto otro”, sostenedora ésta de su singular continuidad narcisista identitaria acorde a su contrato filiativo y a la cadena de la cual cada uno es miembro.

Son pacientes que, al no poder procesar el conflicto de un modo intrapsíquico e interinstancias, necesitan que éste se juegue permanentemente en una “trans-subjetividad”, tendiendo al acto desubjetivante, predominancia de la descarga en la tendencia entrópica de la pulsión. ¿Deja este movimiento expulsivo un resto en nosotros? Como analistas estamos implicados ante el modo posible de retorno de sectores aun no subjetivados (Roussillon), presentados en la fijeza del accionar de estas personas atrapadas en personajes fijos.

A partir de nuestro malestar intra e intersesión, si no desvitalizamos aquello diferente que se genera en nosotros, nuestra memoria aporta un tipo de presencia e intervención que posibilita una vacilación del equilibrio interdefensivo en el que estas parejas se mantienen de un modo invariante. Nos referimos a la posibilidad de salir de la re-edición sostenida por la sinergia (articulación inconsciente) de garantizarse mutuamente “ser un objeto del dolor producido por el accionar del otro”, y acceder a un tipo particular de nacimiento subjetivo que permita ser sujeto del propio dolor vivenciado durante el tiempo necesario para acceder a la apropiación de la singularidad, diferencias y las adecuaciones defensivas posibles dentro las cuales estamos implicados.

En este escollo clínico la dimensión de estancamiento es un registro subjetivo transferencial de la persona del analista -diferencio la “persona del analista”, del “analista en persona” de nuestros pacientes-, y nos habla de un estado duradero de un tipo de malestar de cada analista. De un modo generalizante este malestar podría pensarse como una reacción terapéutica negativa, pero en estos casos lo pensamos como la presencia de la negatividad en la transferencia.

¿A qué tipo de negatividad nos referimos?

Es una transformación posible de la negatividad radical (lo real, inaccesible, al decir de R. Kâes) en una negatividad relativa, y facilitada a partir de la situación analizante en la cual se da la posibilidad del retorno de lo “aún no subjetivado”. No referimos al acceso a un núcleo de verdad, sino a la vacilación de la rigidez defensiva “a deux” para acceder al negativo antes enunciado.

Es decir que permitiendo que estas escenas nos habiten, accedemos a intervenciones surgidas a partir de nuestro propio malestar y a un tipo de transferencia que R Roussillon define como paradójal, en la medida que se mantiene un movimiento transferencial de retorno de un tipo de negatividad, que manteniendo su pulsación y no cesando de insistir en su movimiento en búsqueda del objeto “otro sujeto”, lleva a una utilización singular de la disponibilidad de su analista. El comentario siguiente de R Roussillon, nos habilita a diferentes intervenciones *“somos convocados a devenir el espejo del negativo del analizando, a ser portador de aquello que el analizando no ha podido integrar de su historia, de aquello que no ha tenido lugar para ser en el mismo, pero que no cesa de amenazar de un retorno desorganizador”*.

Son escollos clínicos en los que la atención flotante tiene poca probabilidad de eficacia, y es nuestra memoria subjetiva transferencial la que posibilita un acceso a la diferencia., por lo que proponemos en lugar del “analista sin deseo y sin memoria” una posición de “analista con memoria y esperanza (espoir)”.

Son situaciones en las que el acto analítico de ampliar el espacio terapéutico a su dimensión de “ampliado no escindido” -concepto que desplegué en relación a la Posición del analista dentro de la solución perversiva narcisista- deriva a que el mismo objeto “su analista de pareja en persona” sea quien, a partir de su padecimiento y el efecto que tiene el resto que subyace en nosotros, acepte el límite dado por la coraza de co-excitación y pueda ampliarlo a entrevistas singulares articuladas con las de pareja, habilitando un tránsito trófico que nos posibilita relanzar el proceso terapéutico. Por esta vía y a partir de un tipo de malestar del analista, ¿su dolor--sufrimiento singular? accedemos junto a nuestros pacientes al nacimiento subjetivo del “sujeto del dolor singular”, un tránsito hacia la subjetivación de lo padecido y aún clivado.

Esto permite salir de la re-edición compulsiva, muchas veces en términos transgeneracionales y recuperar el necesario trabajo de subjetización historizante que le corresponde a cada generación habilitada por una alianza parental de inicio exogámica.

Damos lugar a partir de nuestro malestar intrasesión, a la dimensión singular en primer término accediendo a nuestro testigo intra subjetivo del propio sufrimiento padecido. Pensamos que las consecuencias de los interrogantes dados en nosotros, son los que abren la posibilidad de salir de la fijeza que sostienen las escenas en las que cada uno es un objeto “único” para el movimiento pulsional del otro

Estamos aludiendo desde nuestra posición con “memoria y espoir”, a recuperar o conectarnos con las trazas de aquellas situaciones sin posibilidad de recuerdo, -sin representación, memoria amnésica, presubjetiva-, surgidas frente a lo desconocido del objeto otro sujeto, una negatividad que está en la base de esas marcas identitarias. Si el eje del malestar con el que se presentan estas parejas o familias,- o mejor dicho se hacen presentes en nosotros-, es el sufrimiento que otro me causa, es a partir de nuestro singular malestar, nuestro propio sufrimiento y sus derivaciones, que nos posiciona como un sujeto otro, testigo implicado y presencial. Desde esta posición aportamos la objetualización que da lugar dentro de nuestro espacio analítico al trabajo de subjetivación del testigo intrasubjetivo del dolor padecido.

Estamos delineando el pasaje del “a deux a lo singular”, no perdiendo de vista que en estas personas al referir su marca identitaria a un paradigma relacional determinado, queda de nuestro lado pensar las similitudes y diferencias de los paradigmas relacionales puestos en juego por cada uno, para que se haya dado la dimensión a deux. Un objetivo en el cambio clínico esperado, es que ante la vacilación de este equilibrio interdefensivo, logremos comenzar a conectarnos con aquel sector de “su verdad histórica” sostenido en estas posiciones patógenas y registradas en el sufrimiento por un otro, hoy por nosotros. No referimos al acceso a un núcleo de verdad, sino a la vacilación de la rigidez defensiva “a deux” para acceder a este trabajo del negativo.

Nuestra implicación a partir, como dice A Ciccone, de una “des implicación objetivante”, es llevar el circuito tóxico provocante/convocante a deux a un esbozo de intersubjetividad, al aportar los efectos desde nuestro malestar y, en el devenir de esta alianza con un sector

de estas personas singulares, se dé un cambio clínico en la medida que cada uno al variar la escena del paradigma relacional, puede promover lo diferente del otro.

II) Avatares de los padres en los intentos de tramitación de la discapacidad de su hijo

Ruth Kazez

En los inicios de mi práctica clínica con familias en las que alguno de los hijos presentaba un déficit, comencé a registrar diversas circunstancias familiares que parecían haberse generado, amplificado o disminuido a partir de la detección de dicho déficit. Esta pluralidad de situaciones incluye la reformulación de: los vínculos, los proyectos familiares y aspectos de la propia identidad, así como el desarrollo de procesos de patología orgánica y/o psíquica. Si bien todos los integrantes de la familia se ven afectados, nos interesó en particular la situación de las madres.

El interés por comprender de qué modo se daba el procesamiento psíquico en las madres nos llevó a emprender una investigación sistemática en la que analizamos, a través del estudio de los relatos de las madres de hijos sordos, cómo era el recorrido que cada una de ellas había realizado para luego observar si encontrábamos o no elementos comunes.

El trabajo clínico continuó con una propuesta grupal para madres y padres. Tampoco lo limitamos a que fueran solamente madres de hijos sordos sino que se fueron construyendo otros grupos, por ejemplo, de padres de adultos con discapacidad intelectual, o de niños pequeños con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) o Trastorno del Espectro Autista (TEA). De algún modo, los grupos se retroalimentaban entre sí, dado que la experiencia con los padres de adultos mostraba anticipadamente los recorridos posibles

que los padres de los niños transitarían anímicamente y el grupo de padres de niños nos ayudaban a construir escenas que para las madres de adultos habían resultado arrasadoras, y habían sido olvidadas. Nosotros conocemos acerca de la eficacia psíquica de estos “olvidos”.

Dividiré mi exposición en tres partes. En la primera brindaré un panorama general acerca de los problemas clínicos que motivaron la investigación.

En segundo lugar, reseñaré los resultados de la investigación sobre el momento posterior al diagnóstico de sordera en madres de niños sordos, cuyos resultados fueron presentados en conjunto con mis coautores, Maldavsky y Melloni. Por último, en este recorrido espiralado, me referiré a la propuesta de trabajo grupal con madres y padres de hijos con discapacidad.

Primera parte

Al trabajar en las primeras entrevistas con las madres de niños con alguna discapacidad, solemos observar que hacen referencia a un estado de aturdimiento posterior que atribuyen a la falta de información o al exceso de información recibidos en ese momento, o bien al modo en que el diagnóstico fue transmitido. A pesar de que en muchas oportunidades el diagnóstico es transmitido de un modo automático, carente de empatía, Cantis y Maldavsky señalan que el aturdimiento es correlato de la violencia que el diagnóstico representa en sí mismo, más allá de cómo haya sido su manifestación.

El denominador común es la experiencia traumática que las madres refieren haber transitado. Eso nos lleva a conjeturar que los niños posiblemente hayan sido sostenidos, contenidos y significados por una madre que en determinado momento se transformó en una madre traumatizada.

En los casos que inicialmente convocaron nuestra atención, los casos de madres de niños sordos, los diagnósticos habían sido realizados entre los diez y treinta y seis meses de vida de sus hijos. El diagnóstico en estos casos particulares, irrumpía en un vínculo madre-hijo que venía desarrollándose, y es allí donde impactaba fuertemente la noticia que no se trataba del niño que la madre imaginaba, lo cual trae consecuencias para el vínculo e indefectiblemente para el niño.

La sordera de nacimiento o previa a los dos años de edad, como sostiene Alisedo en 1990, es una de las deficiencias más graves a las que se pueda enfrentar un niño, dado que lo lleva a un progresivo aislamiento psicolingüístico. La autora señala como problema central la incomunicación no tanto desde su deficiencia interna sino como producto de una situación social determinada producto de esa deficiencia auditiva. Es importante tener en cuenta que más del 90% de los niños sordos nacen en familias oyentes que nunca han tenido contacto con personas sordas y que muy tempranamente los padres deben tomar decisiones que tendrán consecuencias duraderas para sus hijos. Decimos tempranamente no sólo porque las toman cuando los niños son pequeños sino también porque esto ocurre en un momento en el cual los padres desconocen la problemática y además no están en condiciones anímicas de dimensionar el impacto que tendrán para ellos, para sus hijos y para la vida familiar en general. Luego del diagnóstico, los padres se encuentran en un estado de vulnerabilidad extrema, en donde el lugar de los profesionales adquiere un valor desmedido.

En los últimos años, el *screening* del recién nacido produjo un cambio importante en el diagnóstico de la sordera. Previa a esta práctica, las madres y los padres se anoticiaban entre los 12 y los 30 meses de sus hijos y generalmente eran ellos quienes motorizaban las consultas. Desde el momento en que se iniciaba la sospecha de la falta de audición hasta el momento en que ésta se verificaba, los padres realizaban un recorrido que en algunos casos les permitía algún tipo de tramitación del diagnóstico. Cuando éste se daba en estas condiciones, irrumpía en un vínculo madre-hijo que venía desarrollándose. Kurtzer-White y Luterman en un estudio de 2003, señalan que hay dos tipos de diagnóstico de sordera: aquel iniciado por los padres y el iniciado institucionalmente. Critican el hecho que este último es recibido sin ningún tipo de preparación previa, por lo cual termina resultando una interferencia en el vínculo temprano.

El momento del diagnóstico suele confrontar a los padres con una situación inesperada, potencialmente traumática, que les genera un fuerte shock. Las madres suelen describir ese momento verbalizando: "*sentí un baldazo de agua fría*", "*sentí que flotaba en el aire*" o alguna otra manifestación que remita a sensaciones corporales, sin referir a pensamientos ni sentimientos relativos a ese momento específico. El trauma psíquico consiste justamente en

una situación económica, en donde el componente cuantitativo de la pulsión se impone frente al cualitativo.

Para comprender esta circunstancia y el procesamiento posterior, la teoría freudiana de las neurosis traumáticas puede resultarnos de utilidad. En *Más allá del Principio de Placer*, Freud plantea que las neurosis traumáticas promueven una alteración económica del aparato psíquico que retroalimenta una hemorragia interna. La particular vulnerabilidad de los padres condensa una desinversión libidinal del mundo y una orientación hacia lo endógeno. Se trata de estados económicos, en donde en el intento de generar una conreversión que frene la hemorragia libidinal generada por el trauma, se desinvierte el mundo. De este modo, el sujeto queda expuesto a nuevas intrusiones ya que su aparato psíquico no se encuentra en condiciones de invertir adecuadamente la percepción. Dada esta situación, la realidad no logra adquirir cualidad y se presenta como golpes que llegan sin aviso, con el efecto de intrusiones mecánicas. Esto promueve un círculo en el cual el aumento del dolor promueve más vaciamiento de la energía de reserva que a su vez no permite reconfigurar un universo simbólico. Se genera una situación en donde la subjetividad del traumatizado queda arrasada, dejando una fijación duradera al trauma. Cuando se configura la neurosis traumática, las pulsiones pueden comenzar a procesarse de manera tóxica. Es decir que lo que comienza como una neurosis traumática puede devenir en una neurosis actual o tóxica.

Maldavsky describe un tipo de neurosis traumática, la neurosis traumática familiar. Ésta puede desencadenarse por ejemplo, al momento de diagnosticarse la sordera de un hijo. Se caracteriza por la modificación de la economía libidinal familiar: en la familia, que funciona como una comunidad pulsional, la alteración generada en uno de sus miembros puede producir consecuencias automáticas en el resto de los integrantes del grupo. En este tipo particular de neurosis traumática, la modificación económica familiar hace que los cuerpos no se encuentren cerrados, de modo tal que una afección en uno de los miembros del grupo puede volverse una fuente estimulante para los otros integrantes. En estos casos se pone en evidencia la existencia de una unidad química entre distintas somas, que se manifiesta en una comunidad orgánica y pulsional.

Un estudio realizado por Hartley, Barker y otros en 2010 compara la ocurrencia y el momento del divorcio entre padres de niños con diagnóstico de TEA y un grupo control. Los investigadores observan que los padres de niños con diagnóstico de TEA presentan una mayor tasa de divorcio (23,5%) que el grupo control (13,8%). La diferencia central entre ambos grupos consiste en que en el primer grupo la tasa de divorcio se mantiene alta durante la temprana infancia, la adolescencia y adultez del hijo, mientras que en el segundo grupo ésta disminuye después de 8 años de edad del hijo.

Este estudio pone en evidencia que el integrante con discapacidad resulta un esfuerzo de trabajo duradero para el cuerpo pulsional familiar, generando una modificación económica en la pareja parental.

En la clínica observamos que frente a la convocatoria a la pareja, la mayoría de las madres concurre sola. Esto no se da solamente en parejas separadas sino también en matrimonios que por alguna razón han dividido sus tareas de un modo taxativo básicamente con dos modalidades: madre con el niño, padre en el trabajo; madre con el niño, padre enfermo. En ambas situaciones el padre tiene una participación tangencial, en términos libidinales queda por fuera de la díada, con pocas posibilidades de quebrar ese orden establecido, ya sea debido a las exigencias contextuales ligadas al trabajo y la realidad económica de tener que sostener tratamientos o bien a las exigencias corporales ligadas a enfermedades crónicas (cardíacas, neurológicas, por ejemplo).

Segunda parte

Tomando como base las inquietudes que la clínica plantea, realizamos un estudio exploratorio-descriptivo, de caso múltiple, para analizar el relato de las madres acerca de su experiencia al momento de recibir el diagnóstico de sordera de sus hijas. Nuestra muestra estuvo conformada por madres oyentes de hijas sordas entre 37 y 51 años, que han atravesado esta situación entre 12 y 16 años atrás, cuando sus hijas tenían hasta 36 meses.

Dentro del relato de las madres nos interesó estudiar los deseos y los mecanismos de defensa presentes. A tal fin aplicamos el Algoritmo David Liberman (ADL) de modo “blando”.

En el análisis de las entrevistas se detectaron tres momentos en relación al diagnóstico: previo, propiamente dicho y posterior al mismo.

Determinamos que tomaríamos como momento del diagnóstico a aquel en que la madre lo recibe por parte de un profesional a quien considera idóneo. El momento previo fue definido como aquel que comienza con la primera sospecha por parte de la madre, que la lleva a consultar y realizar estudios. El momento posterior nos resultó más complejo de delimitar y por este motivo nos propusimos estudiarlo. Las madres referían haber atravesado diversas circunstancias en relación a lo que denominamos “momento posterior”, en el que distinguimos y describimos tres tiempos lógicos: 1) desorganización: manifestaciones directas asociadas con el trauma, 2) intentos de reorganización: primeras estrategias utilizadas para enfrentar el shock, 3) reconexión con la realidad: aceptación y reorganización global.

En sus relatos, la mayoría de las madres hacen referencia a haber afrontado el tema en soledad o con escaso apoyo por parte de sus maridos. En un primer momento, todas refieren haber atravesado una situación de impacto que las deja sin referencias, en un estado de abatimiento. En segundo lugar, las madres ponen en funcionamiento distintas estrategias para lograr reorganizarse. Aquí es donde surgen dificultades con sus respectivas parejas. Más allá de la situación concreta de cada una de las parejas, entendemos que el sentimiento de desamparo tiene que ver con el trauma en sí mismo y la sensación de no disponer de herramientas psíquicas para enfrentarlo. Es por esto que en este segundo tiempo se toman las primeras decisiones respecto de sus hijos, en general avaladas por la opinión de una figura calificada. Finalmente, observamos una reorganización global, buscando un nuevo equilibrio, distinto del que antecedió al trauma. Respecto de sus maridos, los desenlaces muestran una profunda ambivalencia.

Luego de aplicado el ADL constatamos que cada momento presenta particularidades diferenciales, en donde las defensas funcionales están relacionadas con las referencias a sus hijos mientras que el discurso respecto de los maridos se organiza en torno a defensas patológicas. Pareciera quedar proyectado en el vínculo con el marido el dolor y el resto traumático no elaborado.

Tercera parte

En cuanto a la propuesta grupal, surgió como producto de la investigación realizada y de la experiencia clínica previa, teniendo en cuenta que resulta un instrumento de gran utilidad para la elaboración de lo traumático.

Este dispositivo intersubjetivo se propone acoger los aspectos de indefensión de sus integrantes conteniendo su angustia, y transformar lo indecible en algo que tiene un sentido. Las madres y padres que logran permanecer a lo largo del tiempo, organizan un tejido confiable en el cual se priorizan los intercambios simbólicos.

Las situaciones de contagio, tendientes a lo fusional, son objeto de reflexión, entendemos la importancia de que cada integrante del grupo logre transformarse en sujeto del dolor propio. La tendencia a la fusión implica la vigencia de la desestimación del afecto, que intenta neutralizar la subjetivación.

El dispositivo grupal contribuye a que madres y padres intenten verbalizar aquellos contenidos cuya elaboración individual resulta problemática y penosa, pero que puestos a jugar en el plano grupal comienzan a ser ligados, gracias al trabajo protésico que el grupo propone.