

VI JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA Y VIII JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN DEL ALGORITMO DAVID LIBERMAN. IAEPSIS, UCES. Buenos Aires, 30 de octubre de 2010.

“Escenas, lenguajes y defensas en la relación intrapsíquica de dos trasplantados renales con sus donantes cadavéricos”.

Autor: Gabriel Dobrovsky

Introducción

En este trabajo se presentan dos pacientes trasplantados renales con el objetivo de comparar similitudes y diferencias en la relación intrapsíquica con su donante cadavérico. Los hallazgos preliminares son producto de la aplicación del análisis de las secuencias narrativas, uno de los instrumentos del ADL (Maldavsky, 2004), al texto de entrevistas semidirigidas que exploran su experiencia. El punto que nos interesa es el tratamiento que hacen de la muerte de su donante anónimo y los efectos de esta realidad en el proceso de inclusión subjetiva del órgano. Podemos deslindar tres vectores que se anudan en la producción subjetiva relacionada al problema: 1) deseos y defensas en el pre y postrasplante 2) inmanencia de las significaciones del texto vincular de la escena cultural (realidad compartida) y 3) retorno en los pacientes de los contenidos del guión excluidos por el discurso institucional (muerte de un semejante) (Dobrovsky, 2007). El resultado médico de la intervención también parece incidir como vector significativo, favoreciendo un desenlace eufórico o disfórico, si es que continúa o cesa el trauma orgánico permanente que caracteriza la diálisis (Martorelli, 1982). La interrupción del tratamiento es el organizador primero del deseo trasplantarse y adquiere la forma de una fuga hacia el futuro respecto de las connotaciones simbólico-imaginarias del intercambio social de órganos (Dobrovsky, 1999). Para la descripción de los casos se toman tres ejes: a) la llegada del trasplante, b) la relación con el órgano y/o el donante y c) el estado actual.

El justiciero

En otra ocasión exploré la relación entre un receptor renal y su donante cadavérico (Dobrovsky, 2009). Se trata de un paciente de 45 años y 13 de diálisis. El resultado médico es exitoso, pero los años atrofiaron la vejiga y el paciente sigue sometido a múltiples operaciones para mejorar la función e intentar que cese el dolor. El trasplante no interrumpió la situación traumática que padeciera durante la prolongada diálisis, tal como él había imaginado. La incorporación subjetiva del órgano también es exitosa, logrando quedar desimplicado de las consecuencias para el donante de su deseo de obtener un órgano. El paciente tiene un discurso operatorio (órgano insumo, donante envase) en sintonía con el discursar institucional, en el que despliega una subjetividad sin sujeto (Maldavsky, 1992). Ante la amenaza de emergencia de un rasgo o sentimiento que cualifique al donante como un semejante (Freud, 1895), la angustia es obturada merced a la distancia afectiva (persona cualquiera) lograda por la posición de observador no participante (O1) para con el sufrir del donante, quien como contracara aparece en otros relatos como doble de sí. Para lograr esto se apoya en la desestimación del sentir, movimientos de desidentificación, represión de deseos hostiles de la espera y desmentida de los juicios del superyo, operaciones que dan como resultado la negación de su alteridad. La corriente psíquica que se relaciona con la muerte del donante es A1-LI y podemos leerla reprimida por FU en la significación accidental de la muerte y el freno de la curiosidad que conduciría al núcleo alter del objeto. Para este paciente, su trasplante es un acto de justicia. Los hermanos consiguen el órgano amenazando a los médicos de diálisis que especulan con él, impidiendo el trasplante por motivos económicos. La gesta épica es posible en la medida en que “se da cuenta” de lo que ocurre (O1-descubrimiento del engaño por alerta orgánica) y entonces A1 como sublenguaje de LI, gira de pasivo a activo. De este modo, la escena cultural donación/trasplante (Dobrovsky, 2005), si bien explícita, es traducida a lenguaje narcisista y en ella el órgano es un don A1 (Maldavsky, 1986,1998) a extraer por la fuerza (forzar a los médicos, como y quien murió es indiferente). El resultado disfórico lo aporta el estado actual (operaciones múltiples, dolor), situación que torna la victoria en derrota y castigo por parte de un superyo sádico que nuevamente lo ubica en un sinsalida, signo del retorno de lo desmentido (escena cultural), lo desestimado (afecto por identificación) y lo reprimido (deseos A1 para con el donante). Esto puede rastrearse en el único afecto sentido, la tristeza de él por su vejiga (des-conectada asociativamente con la

que le supone a la familia del donante). Según los dichos del entrevistado, su destino es cruel e injusto, “a otros se la hacen más fácil”.

La elegida

Este caso presenta similitudes y diferencias con el anterior. Se trata de una mujer de 42 años, también con 13 de diálisis y dos de trasplantada. El trasplante es exitoso y la paciente no ha vuelto a tener inconvenientes graves de salud. En ella, la incorporación psíquica del órgano se presenta de manera diferente. La escena con la que llega el trasplante combina FG (elegida) con O1 (dios), y A1 (así lo decidió dios). Una versión secundaria es FG con FU-A2 (médicos) y A1 pasivo (no había nadie más en el hospital, era para ella). Evitó activamente recibir el órgano. Es inocente y sin embargo se angustia ante la sospecha de que pudiera ser un órgano obtenido violentamente (asesinato, robo), ante el temor a ser rechazada por el órgano o bien por ser ella la beneficiada y no otros. Es decir que a pesar de la inscripción del órgano como don FG (regalo) en sintonía con el guión cultural, aparece la angustia cuando fallan las defensas y se hace conciente la corriente deseante A1/LI. Entonces apela a desmentidas O1 y represiones FG-FU-A2. Haciendo juego con esto, en las secuencias narrativas el donante aparece en dos versiones no siempre separadas con claridad, una (mayoritaria) con y otra sin alteridad. Cuando de la corriente A1 se trata, el aporte de O1 brinda otro tipo de soluciones que en el caso anterior. Aquí apuntala un movimiento subjetivante desde la vertiente religiosa y desde la creación de un huésped (Dobrovsky, 2010) sin necesidad de desestimar el afecto. En esta línea, los deseos angustiantes atemperados por O1 se mixturán con FU (donante varón- huésped penetrante/alien), O2 (donante bueno- huésped bueno, elección mutua) y A2 (corrección por mediación de médicos o de dios, hacer las cosas bien). La corriente A1 es legible claramente en dos relatos paradigmáticos, 1) cuando se angustia al ver una película donde matan personas para sacarles los órganos y 2) cuando el huésped invade su cuerpo modificándolo (cambios corporales masculinizantes como producto de la medicación). En estas ocasiones, A1 representa a la vez el deseo de muerte, la obtención del órgano como don extraído y la muerte efectiva en retornos retaliativos que se asocian a la idea de “saber que la persona pierde, que los familiares pierden una persona...”, frase interrumpida antes de la emergencia de afecto (acto del habla FU).

Hay un flanco de angustia específico en esta paciente y es que ella recibe en detrimento de otros (su hermano en lista de espera, otros posibles receptores). Este aspecto sobresale y remite a su deseo reprimido de ser la “elegida”, condición evitada insistentemente y cuyo origen pareciera situarse en la escena edípica (hereda la enfermedad de su madre muerta cuando la paciente era adolescente, el padrastro le encarga el cuidado de sus hermanos). Tanto que se trasplanta cuando “no tiene más opción”. El destino, los médicos y dios le dan a ella en lugar de a otros. En el marco de la constelación fraterna, su imagen de inocencia tambalea cuando la llaman para trasplantarse y desestima (por culpa) la percepción de la palabra oída. Queda confundida porque “entiende” que el órgano es para su hermano, imposibilitado de trasplantarse. No siempre se angustia al ubicar al donante como partener de su situación. Pero cuando ocurre, la solución prevalente es apelar a su condición de creyente (O1) con desmentida del donante como sujeto del don. Ella es objeto de designios superiores lo que permite refrendar al órgano como regalo-FG y contrainvestir la corriente A1-LI. Otra solución que la diferencia radicalmente del caso anterior, es la subjetivación del órgano. Desde esa perspectiva, en ocasiones el órgano reemplaza al donante y en otras conviven ambas representaciones haciendo lugar a la alteridad. En este nivel (O1) o no hay angustia o es acechante. Al huésped podemos hallarlo en versión amigable (bebé, bueno, le gusta estar en mi cuerpo, estamos bien), ambivalente (no se si me va a rechazar) u hostil (alien que transforma el cuerpo femenino en masculino, produce hemorragias). Encontramos que, a diferencia del caso 1, la paciente presenta tolerancia a la muerte del donante y a la angustia que por momentos acompaña esta realidad.

Análisis comparativo:

En el guión vincular transubjetivo (Berenstein, 1992) de la escena donación/trasplante cadavérico, el órgano es un don-regalo (acto de libertad por parte de los donantes). El intercambio es anónimo y generalizado, aunque no recíproco y es portador de angustia también en lo social e institucional (Conesa et.al, 2004; Dobrovsky, 2005, 2008). Para que el trasplante sea posible un semejante tiene que morir. El anonimato, problemático en la donación (Almacía y Fontana, 1993), también lo es del lado del trasplante porque anula el nivel intersubjetivo. Entonces, tomando como referencia la grilla de lugares psíquicos del otro en el inconsciente, planteada por Freud (1921) y que el instrumento operacionaliza, observamos

como los pacientes estudiados resuelven de manera distinta la relación con el donante. En el estudio de los dos casos encontramos coincidencia con May (1986) cuando señala que la mayor dificultad psicológica a la que se enfrentan los trasplantados con órgano cadavérico es la aceptación de “la muerte real del donante real”. Pareciera ser este el punto específico a resolver.

El caso 1 muestra una predominancia de lenguajes anteriores a la inscripción del complejo del semejante y el donante es reducido a doble en una constelación psicósomática (Maldavsky y Perez Zambon, 2009). El lenguaje O1 facilita la reversión pasivo-activo de A1 que aporta una salida eufórica a la situación tóxica (llegada épica del trasplante). También se antepone a la angustia desmintiendo el resto de alteridad que emergería si el paciente empatizara con la familia del donante (confluencia represión/desmentida/desestimación del sentir). Menos rico que el caso 2 en su repertorio de lenguajes de pulsión queda subsumido en una discursividad institucional que le permite incorporar el órgano sin conflicto. Este efecto junto a su condición de acreedor (derecho) y sus creencias sobre la separación del alma y el cuerpo facilitan la negación de la alteridad del donante, pese a lo cual el retorno de la desmentida (A1), apuntalada en la corriente O2, es observable como sentencia superyoica en el destino (Freud, 1926). El sentir es el punto de subjetivación, sin embargo la tristeza es sólo suya y colorea una nueva postergación de sus deseos vitales (FU-LI) reforzando el encierro narcisista.

El caso 2 tiene ciertas dominancias parciales de lenguajes que incluyen un núcleo alter en el objeto y que aportan tolerancia a la diferencia entre receptora y donante. Cuando la represión de los deseos A1 fracasa, la solución más eficaz es aportada por O1 en la creación del huésped y/o en la apelación a dios como sujeto del don. También en ella podemos observar como A1 representa la muerte del donante. Respecto de la constelación fraterna, la presencia de este lenguaje adquiere un signo inverso al caso 1 en la escena de obtención de un órgano para su beneficio. La paciente excluye este tipo de ideación como parte de sí y ante la culpa (A1 en retorno masoquista), sostiene su subjetividad refrendando al órgano como regalo y sometiéndose a designios inefables (azar, los médicos, dios, destino, A1 pasivo) a la vez que, como último recurso subjetivante ante la falla de esta certeza, crea un huésped. Esta creación, desadaptada del discurso institucional, permite una defensa del sentimiento de sí (Freud, 1919) sin el costo de negarle alteridad al donante (escena cultural). Contrariamente al caso 1, la apropiación subjetiva del órgano no es plena, más bien hallamos

una combinación entre incorporación y convivencia con lo ajeno/extraño. El resultado final, sin embargo, es eufórico y a diferencia del otro paciente, logra salir de la situación de trauma desplegando anhelos (FU) largamente postergados, ahora que se siente una “mujer nueva” (FG), vivencia de completud fálica que, trasplante mediante, abreva en una resolución A1 eufórica de la escena edípica (madre abandonante-muerta de quien hereda la enfermedad, padrastro que la ubica como sustituta en la crianza de sus hermanos).

Por último, hallamos similitudes alrededor del lenguaje A1 como promotor de la angustia y representante de lo acontecido al donante (muerte, deseo de órgano en la espera). Las diferencias pueden rastrearse en la combinatoria de deseos y defensas (situacionales y de personalidad previa) ante la irrupción de ese lenguaje, configuraciones que dan como resultado un trato diferencial del órgano, del donante y de sí con mayor o menor tolerancia al conflicto, la angustia y la alteridad del donante.

LENGUAJES PREVALENTES EN MUESTRAS GLOBALES

		FG	FU	A2	A1	O2	O1	LI	total
“justiciero”	n	---	3	2	5	2	7	10	29
	%	--	10,35	6,90	17,24	6,90	24,13	34,48	100
		-							
		17,25%			82,75%				

□

		FG	FU	A2	A1	O2	O1	LI	
“elegida”	n	6	16	9	2	7	23	13	76
	%	7,89	21,05	11,84	2,63	9,21	30,26	17,10	99,98
		40,78%			59,20%				

Bibliografía:

- Almacia A. y Fontana R., 1993. "Acerca de la elaboración del duelo en la donación de órganos". Vº Jornadas Municipales del Servicio de Psicopatología del Hospital Alvarez
- Berenstein I., 1992. *Psicoanalizar una familia*. Buenos Aires, Paidós.
- Conesa et.al., 2004. "Socio-personal factors influencing public attitude toward living donation in south-estern Spain". *Nefrology Dialysis Trasplantation*, Vol 19, nº11. U.K.
- Dobrovsky G., 1999. "Exploración psicológica de pacientes en lista de espera para trasplante renal. Diagnóstico situacional y expectativas". http://www.cucaiba.org.gov.ar/htm_profesional
- Dobrovsky G., 2005. *Donación de órganos y subjetividad*. La Plata, Ed. De la Campana.
- Dobrovsky G., 2007. "El proceso subjetivo incorporación/rechazo del órgano en trasplante renal. Delimitación preliminar del problema". 3ª Jornadas de Investigación en Psicología y 5ª de Actualización del Algoritmo David Liberman. Buenos Aires, UCES.
- Dobrovsky, 2008. "Lo familiar y lo ajeno. Narcisismo y alteridad en trasplante renal". 7ª Jornada y Taller El Desvalimiento en la Clínica y 3ª Jornada y Taller Psicoanálisis de Pareja y Familia. Buenos Aires. UCES.
- Dobrovsky, 2009. "Relación intrapsíquica de un trasplantado con su donante cadavérico". 5º Jornadas de Investigación en Psicología y 7º de Actualización del Algoritmo David Liberman. Buenos Aires, UCES.
- Dobrovsky, G., 2010. "El fenómeno huésped. Vínculo y subjetividad en trasplante de órganos". <http://www.itinerario.psico.edu.uy>. Año 5, nº 13.
- Freud S., 1895. *Proyecto de psicología para neurólogos*. Buenos Aires. Amorrortu Editores, vol. 1
- Freud S., 1919. "lo ominoso". Amorrortu Editores, vol. 17
- Freud S., 1921. *Psicología de las masas y análisis del yo*. Amorrortu Editores, vol 18
- Freud S., 1926. *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires. Amorrortu Editores, vol 20.
- Maldavsky D., 1986. *Estructuras narcisistas*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Maldavsky D., 1992. *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Maldavsky D., 1998. *Casos atípicos*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Maldavsky D., 2004. *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Maldavsky D y Perez Zambon S., 2009. "Estudio de deseos y defensas en los relatos de seis pacientes oncológicos". <http://www.itinerario.psico.edu.uy>. Año 5, nº12
- Martorelli A., 1982. "Una experiencia de intervención psicológica en hemodiálisis y trasplante renal". Buenos Aires, UBA
- May F., 1986. "Graft and donor denial in heart trasplant recipients". *American Journal of Psychiatry*. Vol 143: 1159-1161.