

Hola, soy la muerte. ¿Puedo entrar?¹ **La difícil tarea de escuchar analíticamente a pacientes suicidas.**

Marisa Barembaum

El doctor Pomerantz, psicoterapeuta reconocido y de gran trayectoria profesional, luego de largos años de trabajo con pacientes suicidas a quienes pretendía ligar al deseo de vivir, a la recapacitación y desecho del suicidio como única respuesta a su sufrimiento, cambia su perspectiva, su mirada al mismo y su modo de intervención. Ya no intenta mover a sus pacientes de esos lugares tétricos, oscuros y agobiantes. Escucha a sus pacientes, sus relatos y sus circunstancias. Les pregunta más de una vez si están seguros que desean dejar de vivir. Se anima a reflexionar con ellos acerca de la existencia misma y del sentido de la vida. Frente a la certeza de sus pacientes que el continuar viviendo representa una derrota y no así la muerte, el doctor, logrando comprender este sentimiento, toma una postura de aceptación e incluso les ofrece el balcón de su consultorio en el piso 12 para que sus pacientes suicidas, puedan llevar a cabo su decisión. Claro que no sin cobrarles una renta por usufructo de su espacio a los fines acordados. Así es como varios de sus pacientes, terminan con sus vidas arrojándose del balcón de su terapeuta. El doctor Pomerantz no es más que un personaje de una película donde se plantea con profundidad, ironía, honestidad y hasta con crítica social el difícil tema del suicidio².

Una parte mía, una voz interna, se identifica con el movimiento del doctor Pomerantz. No ofrezco mi balcón, no invito a mis pacientes a suicidarse. Pero a partir de mi trabajo clínico con pacientes suicidas me vi obligada a pensar, re-pensar y sobre todo animarme a escuchar desde otro ángulo acerca de lo que significa para cada persona un posible suicidio (no

1 Ensayo ganador al Segundo Concurso: Marco Antonio Dupont, convocado por el Instituto de Psicoanálisis Ramón Parres, de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, leído durante el Segundo Ateneo el día 3 de marzo del 2017.

2 Película: Dr. Pomerantz. Director: Asi Dayan. Israel 2012, guion Assi Dayan.

todos los suicidios significan lo mismo) y que representa para cada uno de mis pacientes la existencia misma. Escuchándolos a ellos, no podía dejar de pensar que significa para mí la vida, la muerte y mi trabajo analítico en el medio.

Quiero compartir mi experiencia acerca de la elección de este tema. Por un lado, tengo sentimientos algo confusos y temerosos de plasmar en un papel una postura algo más laxa y menos tajante respecto al suicidio, sin negar por eso la fuerza de la pulsión de muerte que el suicidio conlleva. Mis fantasías, teñidas de temor, me transportan a juicios de mala praxis y a demandas por parte de los familiares de los pacientes. El grado de destructividad en estas situaciones nos compete a todos los involucrados y los analistas estamos en la primera línea de la misma.

Por otro lado, también me inhibe escribir acerca de un tema abordado históricamente por un sinfín de disciplinas. Desde la filosofía, la literatura, la medicina, la ética, las posturas religiosas y obviamente desde los comienzos del psicoanálisis mismo. ¿Qué puedo ofrecer yo que no se haya dicho todavía? Probablemente lo que pueda ofrecer es sólo mi experiencia, mis “diálogos internos”, mis cuestionamientos acerca de mi propia ética, de la ética del psicoanálisis, preguntas técnicas, preguntas acerca de la confidencialidad como así también interrogantes respecto al interjuego entre las realidades objetivas de mis pacientes y la mía. ¿Acaso perseguir la vida debería ser mi brújula principal en el tratamiento? Esta es la pregunta central que marcaba mi contratransferencia.

Diana Cohen Agrest, Doctora en filosofía, se pregunta en su libro *Por mano propia, estudios sobre las prácticas suicidas (2012)*: “...Acaso la vida, aun cuando *per se* carezca de sentido, ¿posee un valor intrínseco independiente de cualquier circunstancia y de toda facticidad? ¿Acaso la vida siempre, sin excepciones e inexorablemente, vale la pena de ser vivida?” (pág. 16-17)

Mi posición analítica se veía cuestionada e invadida de sentimientos y pensamientos complejos y mi sentir era que trabajaba 24 horas con mis pacientes suicidas. La desolación y probablemente también la agresión pasiva de mis pacientes me atrapaba y no podía desvincularme de ellos. Sentimientos de preocupación, de empatía y de cariño acompañaban a sentimientos de impotencia, enojo y cansancio.

Juan Vives en su texto *Contratransferencia con el paciente de alto riesgo suicida (1983)*, dice: “el paciente con alto riesgo suicida impone una cuota real de tensión extra en la contratransferencia, dado que, con mucho,

el suicidio es la más grave de todas las psicosis, ya que es la única que por definición imposibilita cualquier forma de reparación”.

Importante aclarar que no estoy planteando una pregunta acerca de los derechos y los diferentes sentires respecto a la eutanasia o el suicidio asistido. Ambos se caracterizan porque el individuo sufre una enfermedad o una situación terminal e irreversible y se los apoya de diferentes maneras a poner fin a su vida. Así es el caso del pedido de Freud que, ya no tolerando más el dolor físico, pide una inyección letal. El denominador común entre estas circunstancias y las observadas por mí en la clínica es que existe un deseo de morir y así poner un límite al sufrimiento, pero mis pacientes gozan de buena salud. Su sufrimiento es psíquico y eso transforma la situación en más compleja, a mi entender, tanto para el paciente como para el analista.

En general la enseñanza y los abordajes terapéuticos³ en relación al tema están centrados en cómo proteger al paciente de un posible acto suicida. Nos enseñan a intervenir en esta situación de crisis, evaluar la ideación suicida y los riesgos reales de la persona. En fin, adquirimos una maleta llena de herramientas con el objetivo de intentar organizar y fortalecer al yo débil del paciente. Desde la psicopatología clásica, se aborda al suicida desde diferentes cuadros o trastornos. El suicida puede ser melancólico o depresivo, podría padecer de algún trastorno de la personalidad y cometer un acto impulsivo. También puede ser una persona que sufra de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la bipolaridad. Desde la metapsicología, el suicidio como bien sabemos es un homicidio a uno mismo, es la agresión introyectada. Las instancias psíquicas están desajustadas, un súper yo duro, rígido, un yo frágil, pobre, lastimado, más un sentimiento de culpa marcado. Este es uno de los escenarios donde la pulsión de muerte toma posesión de la situación y de manera sádica “exige” al sujeto destruirse. Freud en *Duelo y melancolía* dice, “...el análisis de la melancolía nos enseña que el yo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior”.

Creo que la escucha profunda, real, sin juicio acerca de las fantasías y el deseo de encontrar en la muerte una respuesta que no habían logrado

3 Bibliografía y trabajos revisados en la cátedra Seminario Clínica del suicidio (1999), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

encontrar en la vida quedaba marginada, algo excluida de los diferentes modos de abordaje “clásicos”.

Thomas s. Szasz , en su libro “La ética del suicidio”, citado en el libro *Por mano propia, estudios sobre la practicas suicidas* (pag. 223), dice que el suicidólogo (así él denomina a los profesionales que trabajan con pacientes suicidas) usa su posición profesional para volver ilegítimo y castigar al deseo de morir. Las palabras de Szasz hicieron eco en mí. Yo percibía que mi cuerpo teórico y mi ética profesional obscurecían mi posibilidad de escuchar auténticamente a mis pacientes y esto afectaba directamente a los tratamientos y a la relación con ellos. La contratransferencia, aunque naturalmente era diferente de paciente a paciente como así también a lo largo de los procesos, tenían en común que eran “contratransferencias con zumbidos” en tanto que siempre el miedo a la realización de un acto impulsivo de mis pacientes, perturbaba la “audición”.

Este trabajo está basado en tres viñetas clínicas con pacientes varones adultos de edad semejante, casados, con hijos, con un historial de episodios depresivos importantes, aunque no paralizantes, sin intentos suicidas anteriores al realizado un tiempo antes del comienzo del proceso terapéutico y por el cual llegan. Pero sobre todo eran hombres desesperanzados, desligados de los placeres y satisfacciones de la vida, vacíos de vitalidad y con sentimientos de abandono y soledad. Pasare a dar una descripción breve de cada uno de mis pacientes:

“A”, un hombre guapo, llamativo, quien había tenido hasta unos años antes del intento suicida una vida algo glamurosa y en contacto con el mundo artístico. Casado con una mujer de la farándula, es expulsado de ese mundo en el momento que se divorcia de ella. Busca refugio en los brazos de otra mujer que, si bien no pertenecía al mundo de las celebridades, contaba con un poder adquisitivo importante y una trayectoria laboral destacada. Juntos tuvieron un hijo. “A” nunca logro brillar por sí mismo, siendo una persona creativa y con habilidades sociales. Siempre a la sombra de sus mujeres. El modo de tramitar la sensación de no ser nadie era jugando de manera patológica, gastando el dinero que él no lograba ganar. De los tres pacientes que presentare, A fue el que tuvo un intento suicida algo diferente a las estrategias habitualmente usadas y el mismo acto ya denotaba un deseo narcisista de ser recordado no solo por haberse matado sino por su modo. Empieza terapia conmigo luego de dicho incidente.

“B”, un hombre reservado y distante, había llevado una vida aparentemente “normal”, donde por años él afirma haber sido feliz, aunque

existían claras señales que algo no funcionaba bien. Señales que fueron negadas por él de manera rotunda y reiterada. “B” se ve sorprendido por el derrumbe de la mayoría de los aspectos de su vida. Su esposa busca otra pareja, tiene que afrontar graves problemas económicos, sus hijos prefieren mantener distancia con él. En poco tiempo se convierte en un “homeless,” en su sensación, extrañado que algo así haya sucedido. En un momento de gran desesperación hace un intento suicida como búsqueda de reparar lo ya irreparable. Empieza un proceso terapéutico al tiempo de dicho intento.

“C”, un hombre inteligente, culto, académico, claro en su modo de hablar y comprometido con lo que emprende en su vida incluyendo el proceso psicoanalítico. Al igual que los pacientes anteriores el tema económico es central en su depresión, aunque cuenta con recursos personales y sociales para salir adelante. Es atravesado por una infidelidad, abandono y un divorcio por parte de su mujer. C no puede tolerar la angustia que esta situación le representa e intenta suicidarse.

Al igual que el doctor Pomerantz, en aquella película, mis intervenciones, interpretaciones y posición terapéutica estaban orientadas en restituir a cada uno de mis pacientes aquel narcisismo perdido. Intentaba elaborar los duelos de las diferentes pérdidas con el objetivo que cada uno pueda recuperar su riqueza yoica. Pretendía suavizar algunos aspectos de los rígidos súper yo que de manera constante tiranizaban y asfixiaban a cada uno de ellos. Mi sensación era de trabajar en una mina donde existe el constante riesgo que algo se derrumbará. No podía relajarme y perder de vista que estaba trabajando con pacientes que su capacidad destructiva es importante. Fue entonces, a lo largo de las sesiones y de alguna manera percibiendo ellos mis fantasías y miedos conscientes e inconscientes es que pude comprender que ellos necesitaban hablar de la posibilidad de quitarse la vida sin prejuicios, sin culpa y sin tener que estar comprometiéndose a que no lo van a llevar a cabo. No querían “contratos” o compromisos conmigo, ni con sus doctores ni que sus familiares tengan que estar involucrados. Solo pedían hablar de lo que la muerte representaba para ellos al igual que cualquier otro aspecto de la vida. Necesitaban elaborar ese deseo de no querer vivir en un mundo sin aquellos objetos perdidos (reales o fantaseados) y ya no podían escuchar más por parte de sus seres cercanos, y obviamente tampoco por mi parte, que deben existir otros objetos internos y externos que por ellos merezca la pena querer vivir

En el proceso analítico con mis pacientes, fui poco a poco entendiendo que lo que ellos pedían era ser acompañados y escuchados en esta difícil

disyuntiva, ya que para ellos decidir no vivir es tan complicado como decidir continuar viviendo. Fui sintiendo que algo en mí se transformaba, ya no me aferraba a mi sillón de analista, tensa y temerosa creyendo que, si le abría la puerta de mi consultorio a la muerte, era de alguna manera perder mi juramento hipocrático donde mi deber es perseguir la vida, ante todo. Fui acomodándome más a gusto, recuperando mi libertad de escucha o mi atención libre flotante, pude junto con mis pacientes darle permiso a la fantasía de cómo sería llevar a cabo su muerte, y que quedaría de ellos en este mundo luego de sus desapariciones. También los invitaba a que pensáramos e imagináramos como serían los días posteriores después de su teórica muerte en el mundo de los vivos, incluida yo misma. Les preguntaba cuáles eran sus fantasías de como ellos creen que yo me sentiría. Estos juegos entre realidad y fantasía, muy difíciles de generar y en ocasiones hasta al humor recurría, abrían espacios de cercanía. Creo que la posibilidad de hablar y nombrar estas fantasías, tranquilizaba la parte actuadora de estos pacientes.

Harold Searles, en su texto *La terapia psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos en el contexto de la práctica privada (1981)*, hace un paralelismo entre las psicosis y pacientes suicidas. Escribe: "...Esto es relevante al problema crucial de la elección, esto es, de que el paciente llegue a sentirse en condiciones de elegir entre mantener la insania por un lado o la relación interpersonal e intrapersonal sana, por el otro. Para que el analista pueda ayudar al paciente a volverse capaz de elegir, debe no solo experimentar un interés apasionadamente tenaz por ayudar al paciente a liberarse de su psicosis, sino también volverse capaz de tolerar de aceptar sin vacilaciones la posibilidad de otra "elección", a saber, la de la psicosis durante el resto de la vida del paciente. No veo cómo es posible que se produzca la individuación del paciente si el analista no se atreve a considerar esta última posibilidad. Es factible que la experiencia vital previa del paciente haya sido muy similar y que su terapia en manos de un analista compulsivamente dedicado pueda seguir el mismo camino y que la psicosis crónica pueda ser el único modo subjetivamente autónomo de existencia que está al alcance del paciente. Esto es similar a lo que encontramos en pacientes que manifiestan un peligro recurrente de suicidio. La experiencia de vida de estos pacientes les ha hecho sentir que la única actividad autónoma que le queda es matarse porque seguir viviendo, cualquiera sea el modo, parece consistir para ellos en vivir los deseos y los sueños de otros y por ende una traición de su propio *self* individual. Al igual que el

psicótico, el suicida necesita un analista que pueda tolerar la posibilidad de que el paciente se suicide, de modo que este se vuelva incapaz de tiranizar al analista con esa amenaza y llegue a estar en condiciones de enfrentar una elección genuina por si solo en cuanto a si desea o no seguir viviendo”.

El paciente “C” en una oportunidad me preguntó: “¿por qué no puede existir la posibilidad real que una persona pueda decidir que no le interese seguir viviendo? y luego de dejar en orden todas sus responsabilidades para no perjudicar a nadie, se sienta tranquilo de quitarse la vida”. Y más tarde agregó: “yo sé que tú no vas a compartir conmigo esto y no vas acompañarme a que me suicide (refiriéndose a lo que yo le dije en reiteradas oportunidades) pero este es mi sentimiento y es algo muy profundo”. Este diálogo con este paciente y mi reacción contratransferencial posibilitó que entre ambos iniciemos una etapa diferente en el proceso analítico donde ambos le tuvimos menos miedo a la muerte y más confianza uno en el otro. Mi tácita aceptación que sus deseos suicidas tendrían un lugar entre nosotros, generó un movimiento importante en su interior. Logramos discernir diferentes aspectos de su deseo de morir. Por un lado, su fantasía de suicidarse con el objetivo de castigar y perjudicar al objeto introyectado y de esta manera hacer justicia. La expresión clara de desear cometer un “homicidio” a sí mismo. Por otro lado, en momentos de menos enojo, expresa su deseo de morir por decisión propia y como un acto de autodeterminación, ya que la vida tal cual se le está presentando, no le interesa. Creo que el trabajo analítico está posibilitando un movimiento suave donde C puede orientar sus fantasías de castigo y de revancha hacia otros objetivos menos nocivos.

“A”, luego de su intento suicida, una posterior internación y a lo largo de su proceso terapéutico, logró simbolizar parte de su acto suicida. Pudo elaborar el suicidio como metáfora, como comunicación y sobre todo pudo contactar casi por primera vez el terrible desamparo y enojo que sentía por haber sido abandonado, como así también la envidia que sentía por las personas que se aferraban a la vida haciendo de la misma algo artesanal y único. De los tres casos, A fue el que mejor recuperación tuvo en términos de riesgo suicida a pesar que su nivel de angustia y adicciones continuaban. Pudo elaborar que su intento suicida era un pasaje al acto en un momento de mucha confusión emocional. Ya habiendo podido elaborar su aterradora angustia y saliendo de ese instante caótico, recuperando su capacidad de pensamiento y algo de su claridad emocional, reconoció que suicidarse no era el camino y que su deseo de muerte solo atestiguaba su deseo de desprenderse de aquel dolor que las desilusiones, frustraciones y

desencuentros le generaban.

Con “B”, el trabajo terapéutico requiere constantemente actuar en diferentes fronteras. El riesgo sigue latente y por momentos se manifiesta de manera más abrupta, demandando de mi parte una presencia concreta, real y firme. Presencia que el paciente de manera constante maltrata e intenta hacer desaparecer, amenazando que dejará el tratamiento y desmereciendo nuestro espacio diciendo que no logro ayudarlo. De esta manera queda justificado para él que nada sirve en la vida. En otros momentos, no menos angustiantes para el paciente, pero sí algo menos persecutorios, logro recuperar algo de mi función analítica, intentando hacer orden en su caos interior y el paciente se deja proteger y tranquilizar. En esos momentos es cuando B, comparte algo avergonzado y con un dejo de timidez sus sueños, trae algo escrito por él como así también su lenguaje se ve teñido de metáforas y símbolos.

Para concluir, el trabajo analítico es en parte la constante tarea de elaborar los renovables e interminables duelos de la vida. La angustia de castración no nos da descanso. Nuestra escucha psicoanalítica con pacientes suicidas se ve movilizada por la urgencia de la situación y además por las fantasías inconscientes de cada analista respecto a la muerte ya que inevitablemente, la muerte del otro nos recuerda nuestra propia muerte. El riesgo en esta situación, no es solo la posible decisión de morir del paciente sino también el riesgo de muerte de nuestra posición analítica. A partir de mi modesta experiencia, que incluye un proceso interno de transformación acerca de mi postura respecto a la decisión de morir, creo que como analistas contamos con diferentes herramientas para intentar afrontar las angustias que se despiertan en estas situaciones. Dichas herramientas, que introyectamos lentamente a lo largo de nuestra formación, como la escucha del inconsciente, la función de contención, el manejo de la contratransferencia y otras, pero sobre todo la apropiación de los espacios de supervisión y del análisis personal, a mi entender son las herramientas que nos permiten no darle la espalada, sino prestarle la oreja, al deseo de muerte y poder escucharlo a pesar de lo difícil que esto puede resultar.

Resumen

Los pacientes suicidas nos confrontan con preguntas elementales acerca del sentido de la vida. Trabajar con pacientes que tienen un deseo de morir y acompañarlos en la difícil disyuntiva entre quitarse o no la vida es un desafío profesional y ético. La posición analítica se ve movilizada y la

escucha se ve atravesada por un mar de cuestionamientos. Este escrito está basado en el trabajo clínico individual con pacientes adultos con un alto grado de riesgo suicida

Palabras claves: suicidio- libertad de elección-contratransferencia-escucha analítica.

Abstract

Suicidal patients confront us with elementary questions about the meaning of life. Working with patients who have a desire to die and accompany them in the difficult disjunctive between taking life or not is a professional and ethical challenge. The analytical position is mobilized and the listener is crossed by a sea of questions. This paper is based on the individual clinical work with adult patients with a high degree of suicidal risk.

Bibliografía:

- CEREIJIDO, F. y CEREIJIDO, M. *La muerte y sus ventajas* <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/156/html/lamuerte.html>
- COHEN AGREST, D. (2012). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica. pp. 16-17, 223.
- FREUD, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- FREUD, S. (1919). Lo ominoso. Obras completas, Tomo XVII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- SEARLES, H. (1981). La terapia psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos en el contexto de la práctica privada. *Revista de Psicoanálisis* Vol. III. N° 1.
- VIVES, J. (1983). Contratransferencia con el paciente de alto riesgo suicida. *Cuadernos de psicoanálisis*. N°3-4. (julio-diciembre).
- Película: Dr. Pomeratnz. Director: Assi Dayan. Israel 2012. Escritor: Assi Dayan. Actores principales: Assi Dayan, Gavri Banai. Shlomo Bar-Shavit.