

DUELO POR LA PROPIA MUERTE: ¿DUELO POSIBLE?¹

Ma. Cristina Fulco²

“..el psicoanálisis tiene por vocación primera el permitirnos vivir más que ayudarnos a morir”.

Michel de M'Uzan (1977)

Polémica consideración de este reconocido psicoanalista francés, quien al mismo tiempo nos habla de su comprometida y fecunda experiencia con pacientes terminales. La posibilidad de enfrentar la muerte propia siempre ha sido una difícil tarea para el ser humano. Como efecto de su desamparo, la necesidad de considerar eternamente alejado el fin, lo lleva muchas veces a que se torne imposible el poner en palabras la compleja red de afectos y representaciones que lo invaden cuando la confirmación de un diagnóstico se le impone. Al mismo tiempo, la sociedad contemporánea no parece tolerar todo lo que implique pérdidas o fallas en una imagen que pretende sin fisuras, marcada por el mandato del éxito inmediato.

También la historia y la cultura nos muestran de que manera el hombre ha logrado figurar la muerte de maneras tan diversas: el horror, la belleza, la bienaventuranza, el pasaje a una vida mejor, son algunas de las formas en que ha intentado cercar la que sigue siendo una de sus esenciales angustias. El temor, la aceptación, la esperanza o más aún, la anticipación de la muerte, siguen siendo algunas de sus alternativas en el tiempo final. Cuando Freud describe en 1915 las dos actitudes del hombre civilizado frente a la muerte nos dice que por un lado estaría loco quien negara el aspecto natural, inevitable de la muerte; y por otro lado que es impensable imaginar nuestra propia muerte. No existe representación de la muerte en el inconsciente. El ser humano no puede saber qué es la muerte aunque pueda tener conciencia de saberse mortal. Entonces, en el inconsciente, no hay más representación que la del deseo, no existe la duda ni la incertidumbre, la negación ni el paso del tiempo. Estas cualidades del proceso primario, esta intemporalidad del inconsciente impiden por tanto concebir a ese nivel el fin de la existencia. Lo que caracteriza al inconsciente por tanto, es la exclusiva exigencia del cumplimiento de deseo y el imperio del principio del placer.

Freud da la vuelta teórica del '20, introduciendo la hipótesis de la pulsión de muerte, cuya función específica apunta a la desligazón, la ruptura y donde la repetición imprime la marca de lo pulsional. Sin embargo, desde el nacimiento del psicoanálisis, se había ocupado de la muerte: con el descubrimiento del Edipo, la angustia conciente de muerte, se muda en deseos de muerte reprimidos y la ambivalencia edípica sostiene la culpa inconsciente. La angustia de muerte deviene entonces y hasta el final de su obra análogo (FREUD, S. 1923 y 1926) de la angustia de castración. La resignificación en el Edipo de las pérdidas arcaicas (nacimiento, destete, control de esfínteres) favorecerá los trabajos de duelo, e incluirá también la elaboración de angustias primarias: yo-no yo, unidad- fragmentación, completud-vacío.

¹ Trabajo presentado en el Congreso de APU: *El cuerpo en psicoanálisis*. 2002. Montevideo.

² Miembro Titular de Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Av. Rivera 2476 Ap. 1002. Tel 707 21 54. Email: mariaf@chasque.apc.org

Es entonces necesario separar la pulsión de muerte como hipótesis (FREUD, S. 1920), de la muerte como acontecimiento real. En todo caso quedaría planteada la pregunta sobre si la pulsión de muerte tiene alguna relación con el morir, interrogante que podría dar lugar seguramente a otros desarrollos.

Retomando entonces la doble postura del ser humano frente a la muerte podríamos decir que el hombre primitivo intentó resolverla a través de la muerte del otro en su práctica del asesinato del enemigo, del extraño, del diferente. Al devorarlo, incorporaba su fuerza, su valentía, se identificaba con él, reafirmando así su inmortalidad. Tal vez el hombre moderno no esté tan lejos del primitivo cuando frente a la prohibición de la muerte y el incesto que le impone la cultura y que lleva implícito el reconocimiento del lugar del otro, logra revertir los mandatos y mata en nombre de los más altos valores de su cultura de pertenencia: los ideales, la patria, la religión...u otras creencias.

* * * *

Pero ¿es posible el duelo por la propia muerte?

Sabemos que el ser humano desde su nacimiento y a lo largo de la vida se encuentra enfrentado a una sucesión de pérdidas, de “pequeñas o grandes muertes”. El duelo por uno mismo, es una tarea infinita que todos enfrentamos. Acerca de como se atraviesen y elaboren esos duelos, dependerán las posibilidades psíquicas y la estructura yoica, permitiendo o no espacio para la creación y para el despliegue de la vida.

Es esta una de las vertientes desde donde el psicoanálisis puede hacer sus aportes, trabajar con los duelos, es uno de sus destinos.

Acompañar desde la clínica a un paciente condenado a morir, trabajar con él en ese difícil camino, implica embarcarse en una dura tarea que nos compromete de una manera diferente tal vez a la que estamos habituados en nuestros consultorios. Cuando la muerte está anunciada, pronosticada, la tenemos, podríamos decir, frente a nosotros, nos obliga cada vez, a un exigente trabajo con nuestra propia finitud, nuestros propios duelos, nuestra propia “inmortalidad.”

La certeza del fin ya sea a corto o mediano plazo, embarcan a paciente y analista en primer lugar a un cambio en las coordenadas temporo-espaciales, que obligan a redefinir entre otras las características clásicas del encuadre. El tiempo con el que cuentan paciente y analista está acotado, y esto repercute en la dinámica del trabajo: la realidad fáctica invadiendo el espacio analítico, amenaza el trabajo con la realidad psíquica (paradojalmente a veces alivia de su angustia a modo de tregua al mismo analista): diagnósticos, exámenes, tratamientos cruentos, el propio deterioro físico entre una sesión y otra que habla de un cuerpo que se pierde, irrumpen con violencia en el psiquismo del paciente y del analista impidiendo muchas veces a este último hacer uso de sus posibilidades de pensamiento.

El trabajo del duelo, cuando es posible, adquiere características particulares: Se trata de un “duelo anticipado, radical” (DAVID, C. 1996), se trata de una pérdida que aún no ha tenido lugar, donde el objeto a perder es la propia vida, dejar de ser, dejar de existir es lo que está en juego: es la propia identidad y la propia estructura psíquica las que son puestas a prueba. Si el duelo consiste en matar al muerto, aquí el muerto es la propia persona, el yo, el ser.

A menudo sucede que con fuerza renovada vuelven a campear primitivos mecanismos de defensa y que en un comportamiento que en otros pacientes no dudaríamos en llamar psicótico, la desmentida, la escisión y la proyección, ocupan el primer plano, y se mantienen a veces hasta el último momento. En estos casos la omnipotencia narcisista se levanta como un muro difícil de franquear.

No es infrecuente que también en el analista se pongan en juego fugazmente – o no tanto – estos mecanismos arcaicos, generándose situaciones que bordean lo ominoso (*Umheimlich*), corriéndose el riesgo que ambos integrantes de la pareja se sumerjan en una complicidad narcisista que en su desmentida intenta silenciar la angustia y el miedo en sus propias fuentes.

De M'Uzan, M. (1977) distingue dos rasgos esenciales que caracterizan la proximidad de la muerte: la expansión libidinal y la apetencia relacional, en el sentido de una gran avidez regresiva, evidenciándose en ocasiones intensos deseos y esfuerzo por llevar a cabo realizaciones pendientes.

En el caso de una paciente mía a una semana de su muerte, comienza a organizar un viaje confundiendo al entorno (y a mí misma) con una supuesta y deseada (también por mí) mejoría.

Otros son los pacientes, que luego del shock inicial producido por el diagnóstico entran en una fase de mutismo, de cólera, o en verdaderos estados melancoliformes, rechazando todo tipo de aproximación: verdadero desafío al terapeuta quien a su vez se verá enfrentado a una ardua tarea con su propio narcisismo.

Entonces, ¿cuándo es posible el duelo? o acaso el trabajo de duelo ¿puede no ser una necesidad del paciente pero sí del analista que acompaña a su paciente?

La finalización de un duelo está al servicio de que el yo pueda disponer de nuevo de sus investiduras (Freud, S. 1915). Pero en estos pacientes se trata de un duelo diferente, y la posibilidad de que este llegue a término se complejiza enormemente, entre otras cosas por la dificultad de desplazamiento desde el objeto perdido hacia nuevos destinos de investidura.

Pero aún así, cuando el paciente que va a morir, puede elegir por sí mismo iniciar un tratamiento psicoterapéutico o analítico, se abren otras posibilidades. Es aquí cuando el despliegue de intensos movimientos transferenciales y contratransferenciales colocan al analista no sólo en la situación de acompañar a morir sino en ocasiones, de enfrentarse a la fantasía del paciente que expresa su deseo de que se entre con él en la misma muerte; surge entonces el desafío para el analista de aceptar el ser incluido en lo que De M'Uzan, M. ha dado en llamar "la órbita fúnebre del paciente" (1977).

Al sentirse depositario no sólo de la angustia de su paciente, sino también de la del entorno familiar, que en forma ambivalente y culposa, oscila entre el abandono, la sobreprotección y la exigencia; entre el deseo de una muerte rápida y la de métodos mágicos que le prolonguen la vida, el analista se encuentra ocupando un importante lugar en una escena que desborda la realidad psíquica y lo obliga a entrar en la vida real. A esto se suma frecuentemente la difícil relación con el equipo tratante -médico y paramédico- quienes a menudo no disponen de instrumentos para elaborar la intensa angustia no sólo del paciente y su familia sino también la propia, pasando a actuar en forma defensiva diversas conductas agresivas. Se crean así situaciones que lindan con lo ominoso, en las que muchas veces y en forma paradójica es el paciente quien se ve obligado a ser el que tiene que hacerse cargo de las angustias masivas que su propia situación genera.

De como rescatar su función analítica sin escapar a la complejidad de estas demandas internas y externas, tanto de los objetos reales como fantaseados, será una tarea que tendrá que descubrir cada analista con su paciente.

Y en este trabajo habrá que tener en cuenta de que modo los momentos de regresión en la relación transferencial hacen jugar al cuerpo de cada uno de los integrantes de la pareja, particularmente en las etapas terminales: es aquí donde surge en forma frecuente una intensa necesidad de contacto físico, expresado a veces por medio de un apretón de manos prolongado, de una ayuda para incorporarse, o por la necesidad de ofrecer apoyo en la titubeante y lenta marcha hacia el consultorio. Situaciones estas que recrean momentos primarios, duales, preverbales, donde el lenguaje corporal, el yo-cuerpo ocupa la escena.

Situaciones en las que el analista debe estar disponible, dentro de lo que los límites de su psiquismo lo permita, a acompañar al paciente en su regresión: momentos de fusión y de cierta indiscriminación donde los límites yoicos pueden fugazmente desdibujarse y quedar engolfado, "fagocitado" por la intensa demanda del paciente donde por momentos se puede llegar a no diferenciar claramente quien es el que va a morir. Es en esta experiencia de

compartir la muerte donde la posibilidad de actuaciones contratransferenciales, como la introducción de terceros (medicación, psiquiatras, familia, etc.) que favorezcan la separación, es una alternativa de huida, siempre presente.

Aunque esta alternativa es un elemento posible en toda situación analítica, es en estos casos particularmente donde el analista desde la realidad externa se encuentra a menudo en el centro de una escena que incluye además de su paciente, a muchos otros que en forma muchas veces consciente o inconsciente a través de un intenso control que suele apoyarse en la rivalidad y los celos, dificultan el trabajo psíquico en el espacio analítico.

Es así que frecuentemente surge como exigencia el pedido inobjetable de que el paciente debe tener una vida digna hasta el final, pero el significado de dicha dignidad no es a menudo el mismo para todos y resulta equívoco.

Es frecuente que se asocie esta “dignidad de vida” con el énfasis en la supresión del dolor físico, o en el sostener una vida activa y se olvide el derecho del paciente a realizar el trabajo psíquico necesario que el diagnóstico de muerte impone brutalmente a su psiquismo. Esto sucede cuando la única alternativa parece que fuera informar u ocultar el diagnóstico sin tener en cuenta que la decisión de este saber (el que va a morir siempre sabe), debería ser una tarea del paciente, y que éste muchas veces se hace cómplice de la mentira a fin de sostener una desmentida que nunca llega a ser tan radical.

También suele suceder que se tiendan a adoptar reglas uniformes para todos los casos, sin tener en cuenta la fragilidad o recursos psíquicos de cada enfermo. Se da la paradoja muchas veces que la decisión de la muerte o la vida queda en manos de los médicos o de la familia y el paciente queda excluido previamente de la decisión de poder trabajar sobre lo que él verdaderamente desea. En la ambivalencia de amor y odio de los que lo rodean y a quienes les resulta muchas veces intolerable acompañar la decadencia física y el sufrimiento del que va a morir, se anticipa la muerte -no sólo física sino psíquica evitándole cualquier posibilidad libidinal o sometándolo a tortuosas curas mágicas según el nivel intelectual de la familia, que pueden ir desde consultas a curanderos a interminables viajes a centros científicos internacionales, donde se les de “lo mejor”, buscando a través de estos recursos calmar la angustia y la culpa a expensas del sufrimiento del paciente.

Es el caso de una paciente a quien a dos meses de su muerte, la familia, que no podía hacer su duelo y enfrentaba la angustia por medio de permanentes actuaciones, le exigió (y ella terminó aceptando para contentarlos), viajar a un destacado centro europeo de oncología en el que se le continuó el mismo tratamiento que le hacían en su casa y del que volvió en el límite de sus fuerzas físicas y psíquicas expresando su protesta, - ¿refugiándose en su odio?- por medio de un mutismo que mantuvo hasta su muerte y que alcanzó a la misma analista.

La medicalización de la muerte, como dice P. Ariés (1999) “ha llevado a que el hospital sea el lugar de la muerte natural y a que el lugar del moribundo sea asimilado al de un operado grave.

“Los progresos rápidos del bienestar, de la higiene personal, de la asepsia han llevado a cambios de conducta en relación al cuerpo: ya no se soportan los olores, ni las escenas vinculadas a una fisiología alterada por el sufrimiento y la enfermedad, que a principios del siglo XX formaban parte de la vida cotidiana.” Los nuevos valores en relación a la estética y la dignidad, llevan a que surja un profundo rechazo y vergüenza por el cuerpo enfermo, que puede llegar a confundirse a veces con la moral.

“El tiempo de la muerte se ha alargado a gusto del médico: éste no puede impedirla pero puede prolongar su duración: de algunas horas, como solía ser en otro tiempo, ahora se puede prolongar a días, semanas o años”.

¿Acaso la duración de la vida puede depender de la tecnología médica? ¿Y el deseo del paciente no cuenta?

Parece ser este el nuevo modelo de muerte en las sociedades desarrolladas. “La pasividad del que muere se mantiene mediante calmantes, se intenta tal vez de que su muerte sea lo menos perturbadora posible, lo menos escandalosa: o se trata como si no existiera o se acepta como un hecho técnico.

“A diferencia de lo que acontecía a principios del siglo XX, en todo Occidente, la muerte de un hombre modificaba solemnemente el espacio y el tiempo de un grupo social.

Se cerraban los postigos, se encendían los cirios; la casa se llenaba de vecinos, de parientes, de amigos. El servicio en la iglesia reunía a toda la comunidad. El período de duelo estaba lleno de visitas de parientes y amigos.

El grupo social había sido alcanzado por la muerte y había reaccionado colectivamente. La muerte de todos y cada uno era un acontecimiento público que emocionaba a la sociedad entera. No era un solo individuo el que desaparecía sino la sociedad la que había sido alcanzada y que necesitaba cicatrizar”.

Este pasaje de lo público a lo privado ha llevado a que actualmente la muerte sea un acontecimiento solitario, mucho más solitario cuando se le oculta al enfermo su gravedad, silenciando a través de la mentira cualquier posibilidad de participación o de despedida. La paradoja es que por medio de esta exclusión impuesta, que en lo consciente tiende a protegerlo, se lo va aislando, se lo declara muerto antes de tiempo.

Como consecuencia de este cambio de actitud frente a la muerte, “la función social del duelo también ha ido desapareciendo: se rechaza y se suprime, se vuelve indecente. La sociedad no tolera las expresiones externas del duelo, no son bien vistas. El dolor sólo puede expresarse en la intimidad, lo más a menudo en soledad. Lo esperable es que se continúe en lo cotidiano, como si nada hubiera pasado”.

Ya no existen códigos ni rituales para acercarse al que está de duelo. Si su dolor no es controlado o disimulado, se lo abandona y se lo rechaza.

Finalmente, y sin desconocer los cambios que la cultura actual impone frente a la muerte, vuelven los interrogantes:

¿Es posible el duelo frente a la propia muerte? Como analistas podríamos decir que a veces es posible, siempre y cuando se tenga en cuenta que cada muerte es diferente y que será en cada encuentro entre analista y paciente que se jugará la posibilidad de realizar este último trabajo psíquico. Podríamos decir que es difícil pensar que alguien pueda acompañar a morir si no ha transitado a su vez por sus propios duelos.

¿Se podrá morir mejor si se han trabajado los duelos, tanto en la vida como en el análisis? Difícil pregunta, que nos lleva nuevamente del lado de la vida: seguramente se puede vivir mejor si uno trabaja sobre sus duelos, pues este trabajo psíquico puede ser un activador de nuevos procesos creativos, de nuevas investiduras. ¿Cómo pensar esta situación en el que va a morir?

¿Se trata de hacer el duelo por los objetos de amor - tanto internos como externos de desinvertir el mundo, o como sucede a veces, en el tiempo de vida que les queda, de afirmar los vínculos que los unen a los otros, de realizar en su carrera contra el tiempo lo que muchos han dado en llamar “ajustes de cuentas”?

¿O por el contrario, habrá que sostener el deseo de vivir -cuando éste está presente hasta el último momento, e integrar este movimiento libidinal al trabajo de duelo para evitar lo que DE M'Uzan, M. (1977) llama la eutanasia psíquica?

Ninguno de estos interrogantes escapa a una dimensión ética, que implica contemplar el derecho a la vida y el derecho a la muerte, el derecho a saber y el mismo derecho a no querer saber sobre la propia muerte.

Es indudable que el psicoanalista desde su función tiene reflexiones para aportar, pero también otras para recibir y cuestionarse. Es deseable que continúe buscando su inserción en los grupos que dentro de la cultura, dentro de la ciencia, con su cuota de incertidumbre, se siguen interrogando sobre el problema de la muerte y el morir.

Resumen

Desde la perspectiva del trabajo clínico con pacientes enfrentados a su propia muerte, se plantean interrogantes con relación a la posibilidad de realizar el proceso de duelo, en un tiempo como el actual en que las características sociales y culturales parecen interferir y hasta impedir recorrer las vías que podrían actuar como malla de sostén del duelo por el fin de la vida.

Se hace un breve recorrido por algunos de los conceptos freudianos respecto al tema de la muerte y la elaboración de los duelos para luego pensar los cambios en la técnica y las modificaciones al encuadre. Los intensos movimientos transferenciales contratransferenciales y regresivos que caracterizan el vínculo analítico con estos pacientes, sí como los elementos resistenciales en juego y la fuerte impronta de la desmentida que suelen acompañar tanto al paciente como al analista, sumergidos ambos en un contexto familiar, médico paramédico y cultural, hace que muchas veces a través de actuaciones de fuerte poder intrusivo, se dificulte o impida el trabajo de la dupla analítica.

Luego de algunas breves consideraciones en relación a la función social de la muerte en siglos pasados por comparación a la actual medicalización y tecnificación de la misma en la época actual, vuelven los interrogantes: ¿es posible hacer el duelo por la propia muerte? ¿se podrá morir mejor si en el curso de la vida se han trabajado los duelos?, ¿se trata de hacer el duelo por los objetos de amor tanto externos como internos o habrá que sostener el deseo de vivir hasta el último momento? ¿estaríamos frente a un duelo trunco en la medida que es difícil vislumbrar nuevos destinos de investidura?

Finalmente se reflexiona sobre los aspectos éticos en juego y el lugar del psicoanalista en los grupos que dentro de la cultura y la ciencia se continúan interrogando sobre el problema del morir.

Summary -

Mourning our own Death: is this Mourning Possible?

Ma. Cristina Fulco

From the perspective of clinical practice with terminal patients, this paper questions the possibility of mourning. Nowadays social and cultural phenomena seem to interfere and even avoid the paths that could provide a holding net for mourning the end of life.

A brief perusal of some Freudian concepts on the theme of death and the elaboration of mourning is made. Technical changes and modifications of setting are also considered.

The intense transference-countertransference movements and regression that characterizes the analytic relationship with these patients, resistences which have their place in the process, and the strong cast of disavowal that accompanies patient and analyst, both submerged in a familiar context –medical, paramedical and cultural- make the work of the analytic couple difficult and sometimes even prevent it by means of strong intrusive enactment.

After a few remarks in relation to the social function of death in the last centuries in comparison to the actual medicalization and technification of it, we ask once more: is it possible to mourn our own death? Could we die better if in our course of life we have worked out our death? Do we try to mourn our external and internal love objects or do we have to encourage the wish to live until the last moment? Are we facing a truncated mourning because it is difficult to surmise cathecting new goals? Finally we think about the ethical aspects and the role of the psychoanalyst in groups within our cultural and scientific disciplines that keep on questioning the problem of dying.

Bibliografía

ARIÈS, P. El hombre ante la muerte. Taurus, 1999, Madrid.

DAVID, C. Le deuil de soi-même. Revue Française de Psychanalyse, 1996, París.

DE M'UZAN, M. La mort n'avoue jamais. Revue Française de Psychanalyse, 1996, París.

————— Le travail du trépas. De l'art à la mort. Ed. Gallimard, 1977, Francia.

FREUD, S. 1915. De guerra y muerte. Temas de actualidad. Nuestra actitud frente a la muerte. T. XIV, Amorrortu Editores, 1979. Buenos Aires.

————— 1923. El yo y el ello. T. XIX. Amorrortu Editores, 1979. Buenos Aires.

————— 1926. Inhibición, síntoma y angustia. T. XX, Amorrortu Editores, 1979,

Buenos Aires.

——— 1920. Más allá del principio de placer. T. XVIII, Amorrortu Editores, 1915.

——— 1915. Duelo y melancolía, T. XIV, Amorrortu Editores, 1979. Buenos Aires.