

El Oasis, a raíz de “El pensamiento clínico” y “La madre muerta”

María del Rosario Sánchez Grillo

“Más allá de ese viaje con el paciente, en el que tiene a veces la suerte de volverlo a la vida, (el analista) necesita contar su odisea y transmitir a los otros lo que ese pensamiento clínico, único en su género, le habrá permitido entender. (André Green, El pensamiento clínico)

Introducción:

Esta comunicación forma parte de una trilogía,¹ nacida de un tronco común: la experiencia clínica en psicoanálisis con pacientes, niños, adolescentes y también adultos, que sufrieran la pérdida de un ser querido más o menos cercano (hermano/a, padre/madre, abuelo/a), a una edad significativa en la estructuración de su psiquismo, o aún antes de haber nacido ellos, pero dejando esa pérdida una huella muy profunda en el psiquismo de sus propios padres. Lo central de estos casos, no es sólo la materialidad de la pérdida y el trabajo de duelo que el niño debe afrontar, sino que el quid radica en que ese trabajo se complica cuando el niño o el adolescente se encuentra, súbitamente, en una especie de páramo, un “Desierto”, a raíz de la depresión, especialmente de la madre, y/o de sus otros vínculos familiares cercanos, como si la Muerte se presentara, en forma innegable, como una Realidad que se impone en el devenir de la Realidad de la Vida. Lo que postulo en este trabajo, es que, técnicamente, el analista tendrá que instalarse, metafóricamente, en el lugar del “Oasis”, refugio y continente a la vez que manantial de vida. El Caso de B. A., me permitirá desarrollar estas ideas que, nacidas de mi propia clínica, desde el punto de vista de la comprensión teórica de la psicopatología, reconocen su origen en dos artículos de André Green: “La madre muerta” y “La muerte en la vida”.

Caso clínico (B.A.)

¹ Las otras dos comunicaciones son “Las teorías infantiles sobre la muerte”, de próxima publicación en la Revista Controversias On Line de APdeBA y “El moisés y la cruz”, presentado en el panel “Las realidades del nacer y del morir” y publicado en ocasión del XXXV Simposio Anual de APdeBA, 2013.

Por razones de extensión, se transcribe sólo el motivo de consulta correspondiente al material clínico. Los padres de B. consultan por problemas importantes en el colegio (mitad de 2º grado, 8 años): no quiere trabajar en clase, no termina las tareas. Apenas enunciado el motivo de consulta por la madre, el padre interviene: “a la hermana, hace 4 años se le detectó leucemia, tiene 19 años...el nene nunca había tenido problemas... este año, estuvo 15 días internado por celulitis infecciosa facial... a partir de allí, empezaron los problemas en el colegio...Mientras cuenta el papá pormenores de la internación de B. A., dos veces produce un lapsus (“la” llevaba, por “lo” llevaba). En determinado momento yo misma no entiendo de cuál de los dos me hablan, y la mamá agrega: “un problema ahora importante es que en el colegio “se hace el muerto”. ¿? “Se tira al suelo, en su clase, en el baño o en el patio, se queda duro, con los ojos cerrados, y todos los chicos lo rodean para mirarlo...” Pocos meses después, fallece la hermana.

Presento a continuación algunas ideas que me han permitido pensar el material clínico y que sostienen la técnica desde lo metapsicológico y desde lo transicional intersubjetivo.

El duelo por la pérdida del semejante y el duelo por el duelo de los otros.

La pérdida de un ser querido muy cercano, especialmente si este es un hermano, no sólo implica para el niño la elaboración de su propio duelo, con la consiguiente tristeza, culpa, instrumentación de defensas y el trabajo de elaboración que conlleva.

No es menos importante, el ataque narcisista, verdadero trauma, de enfrentarse a la realidad de la muerte de un par. Y si, en la transición entre lo preedípico y lo edípico, la percepción de las diferencias anatómicas da origen a un movimiento psíquico intenso comandado por fuerzas libidinales y agresivas cuya representación afectiva central es la angustia de castración (angustia roja), la angustia de muerte (angustia negra en las depresiones graves, o blanca como en los estados de vacío) se impone ante la materialidad -no metafórica- de la muerte de un doble tan “semejante”. El hermano enfermo,

el hermano muerto, puede haber ocupado el lugar en el espejo de un Yo Ideal más cercano y a la medida que la imagen de los propios padres. Modelo quizás de lo “ominoso”, “siniestro”, “inquietante extrañeza”, esta circunstancia siempre reviste un potencial más o menos catastrófico durante los movimientos estructurales de la infancia y de la adolescencia. Ante la extrañeza y dolor por la pérdida de un ser querido, así como por el temor a su muerte y el fin de su propia vida, en paralelo a las teorías sexuales infantiles, los niños tienden también a enunciar distintas teorías sobre la muerte².

Como si el duelo por el ser perdido y las angustias por la eventualidad de la propia muerte fueran poco, el trauma narcisista se sobrealimenta por las consecuencias del duelo por el duelo que debe realizar la madre, que en su profundo dolor, también “muere” -no aquí en sentido material, sino metafórico, pero tan real para el mundo interno del niño como la muerte del padre del Complejo de Edipo-. Nos encontramos con el despliegue, aquí y ahora, accesible en la transferencia con el niño y también en las entrevistas con los padres, de lo que A. Green describe como el “Complejo de la madre muerta”, como comprensión de un cuadro clínico, correspondiente a un paciente adulto, que en algún momento de su infancia vivió la situación que nos ocupa. Volviendo al niño, este vive como una verdadera catástrofe la desinvertidura amorosa que siente a causa de la depresión de la madre, pese a que esta se siga ocupando materialmente de él. No podemos soslayar, que en el caso de este material clínico, la muerte de la hermana estuvo precedida por una larga y penosa enfermedad que mantuvo ocupada y preocupada, especialmente a la madre, durante más de cuatro años. El padre, por su lado, se encuentra más atento en rescatar a la madre de su dolor que en auxiliar al hijo. Las consecuencias esenciales de esta situación son, como contrapartida, la desinvertidura del objeto materno, y la identificación inconsciente con la “madre muerta” (Primeros tiempos”: “hacerse el muerto”).

² Ellas son 1) La creencia en un lugar donde los muertos siguen vivos; 2) La resurrección y 3) La reencarnación.

La depresión, que se manifiesta en la transferencia y en la falta de deseo (negativa a “trabajar” en casa y en el colegio), por momentos queda en un segundo plano, mientras que alternan conductas de oposicionismo, aislamiento, dificultades para dormir y temores nocturnos. La pulseada entre las fuerzas libidinales y agresivas adquiere por momentos un lugar preponderante y las dificultades para representar con palabras los estados afectivos se manifiesta como compulsión a actuar, dando lugar a crisis somáticas -más o menos graves- o descontrol de la agresión, especialmente con pares. La tolerancia a la frustración es muy baja, con gran desproporción entre las causas aparentes de las reacciones y su intensidad.

A medida que el análisis fue avanzando, los episodios agresivos fueron disminuyendo, de manera que la agresividad libre de otros momentos aparecía con más posibilidades de ser ligada por el SuperYo, y con mejores posibilidades de sentir una culpa tolerable y de realizar acciones reparatorias, dando lugar a vivencias más protectoras desde esta instancia psíquica.

Objetalización, desobjetalización, reobjetalización a través de la transferencia

A partir del pensamiento originado en Freud y luego ampliado en las teorías de Winnicott y Bion, el papel del objeto es crucial en la estructuración psíquica del niño, desde los momentos de mayor fusión hasta los de mayor discriminación. La cualidad de la respuesta de la madre a los movimientos del niño repercutirá en la concatenación de acontecimientos psíquicos por venir. La ligazón entre sujeto y objeto, determina también la ligazón entre libido y destructividad. Si la función del objeto es favorecer la ligazón entre libido y destructividad, cuando la madre, sumida en un duelo profundo, en su tristeza falla como objeto disponible, aún cuando la relación en los primeros años haya sido suficientemente facilitadora, el niño sufre una desobjetalización, cuya principal consecuencia es la desmezcla pulsional: surgen en primer plano la frustración, la rabia y las actuaciones agresivas, hacia el mundo interno o hacia los otros, con características preambivalentes. Sin embargo, cuando el análisis logra hacer trabajar el conflicto, por medio de la transferencia y la

interpretación, la tendencia destructiva, puede invertirse a favor de la integración.

Desde esta postura teórica, la vida depende del amor del objeto, y la pérdida de amor o la amenaza del retiro de amor, puede favorecer un papel mortífero si las circunstancias no son propicias.

¿Cuál será el lugar del analista en estos casos? El lugar del "Oasis" en medio del "Desierto": por ser manantial de Vida además de refugio y continente en medio del campo yermo y devastado.

La experiencia psicoanalítica, en los pacientes con estas características, ya nos ha demostrado que la pulsión de muerte puede ser ligada por la transferencia, capaz de promover un movimiento saludable y, por obra de las transferencias de la transferencia, desplazar el lazo de amor a otros objetos.

El analista no sólo debe ser continente de las proyecciones o intérprete de las fantasías, sueños o teorías infantiles sobre la muerte sino que, además, respetando el duelo de los padres, y sin culpabilizar, debe ser un objeto vital, que toma iniciativas, siempre conservando la neutralidad. Así, en su función de generador de transferencias de la transferencia, podrá realizar entrevistas con uno o ambos padres, con o sin el niño, con hermanos si los hay, comunicarse con el maestro o el gabinete del colegio.

En síntesis, en el análisis de estos pacientes, los efectos de la pulsión de muerte se modifican, para bien o para mal, según el ser y el hacer del analista.

La escucha empática, la escucha representacional y la figurabilidad en el analista.

Quiero destacar en este apartado los aportes de César y Sara Botella, ya que, a partir de las ideas de A. Green, han realizado contribuciones técnicas enriquecedoras, especialmente en aquellos casos en los cuáles situaciones de índole traumática, han prácticamente anulado, inhibido o disminuido los procesos de comunicación verbal o lúdica.

Parten de los conceptos de Freud en “Construcciones en el análisis” donde propone reemplazar, como objetivo de la cura, la rememoración por la construcción de una verdad psíquica que tendrá los efectos de una convicción. Esta convicción es creada en la transferencia a través de una actualización (en su doble sentido, temporal y dramático), en la que se encuentran involucrados tanto el paciente como el analista (un ejemplo lo encontramos en los casos de la regresión a la dependencia, descritos por D. Winnicott: ambos están convencidos que, en determinado momento, el analista llega a “ser” la madre del paciente (Winnicott, 1954) : parece difícil distinguir la verdad de la ficción , y esta aparece como un “fragmento de pura verdad”.

Dentro de este contexto, plantean la “escucha del analista” considerada de una manera amplia, no solamente en primera tópica atendiendo a las representaciones de palabra. Establecen tres niveles cualitativos de la escucha analítica:

- 1) Escucha empática: organiza la cura dentro de un campo intersubjetivo que, dentro del contexto del análisis con niños, encuentra un campo propicio dentro del espacio transicional, ámbito del juego y del jugar, área intermedia donde tienen lugar los fenómenos transicionales. Consideran la transferencia del paciente sobre el analista como objeto, y su recepción por parte del analista. Esta recepción tiene en cuenta no sólo los sentimientos contratransferenciales - que no descarta- sino, además, la función reverie de Bion - entendida esta como una función o capacidad de la madre para recibir, transformar y espejar ciertas experiencias intolerables para el bebé - y el trabajo de figurabilidad.
- 2) Escucha representacional: se refiere a la escucha en primera tópica, la de hacer consciente lo inconsciente, siguiendo el camino de las representaciones de palabra a las representaciones de cosa. Green ³ sostiene que, en estos casos, la regla del silencio del analista no tiene otro efecto que perpetuar la transferencia del duelo blanco de la madre,

³ Green, A (1980) , “La madre muerta”, página 222 en “Narcisismo de Vida, narcisismo de Muerte” (1993).Ed. Amorrortu, Bs. As. , Argentina.

así como tampoco ayuda demasiado interpretar , al estilo kleiniano, en forma sistemática la destructividad. Señala, en cambio, que le resulta apropiada la postura de Winnicott sostenida en su artículo sobre “La utilización del objeto”, aunque señala que este autor, por momentos, subestime la importancia de los fantasmas sexuales, sobre todo de la escena primaria.

- 3) Escucha regrediente: remite a la figurabilidad psíquica, a la posibilidad del pensamiento en imágenes del propio analista, como reflejo y complemento del funcionamiento psíquico del analizante. No se trata de respuestas contratransferenciales ni de la memoria preconsciente. Se trata de lo que C. y S. Botella llaman “trabajo en doble”, o “estado de sesión”, un estado psíquico a mitad de camino entre el sueño y el dormir, a través de los cuáles, en muchos casos, es posible captar, en forma intuitiva casi de manera “alucinatoria”, comparable al trabajo del sueño, algo irrepresentable en el analizante. Es un trabajo de dos psiquismos, que funcionan de manera complementaria.

Estos tres niveles de la escucha, nos acercan a la comprensión de “el pensamiento clínico” como especificidad del analista.

Bibliografía:

Botella, C. y Sara (1997): *“Más allá de la representación”*. Promolibro, Valencia, 1997.

Botella, C. y Sara (2001): *“La figurabilidad psíquica”*, Ed. Amorrortu, Bs. As, 2003.

Green, A (1980), “La madre muerta”, en *Narcisismo de Vida, narcisismo de Muerte* (1993). Ed. Amorrortu, Bs. As. , Argentina.

Green, A. (2002) La muerte en la vida en *El pensamiento clínico*, Ed. Amorrortu, Bs. As. ,2010.

Sánchez Grillo, M. del R. (2013) "Las teorías infantiles sobre la muerte". En próxima Revista Controversias On Line de APdeBA.

Resumen:

Esta comunicación tiene su origen en la experiencia clínica con pacientes que sufrieran la pérdida de un ser querido muy cercano, a una edad significativa en la estructuración de su psiquismo. Reconoce su origen en tres artículos de André Green: "El pensamiento clínico", "La madre muerta" y "La muerte en la vida.

Descriptores:

Duelos tempranos – Pensamiento clínico – Madre muerta – Ligazón pulsional