

METAPSICOLOGÍA DE UN DRAMA CLÍNICO: EL COMIENZO QUE INSISTE EN EL FINAL DE ANÁLISIS.



Dra. Sonia Abadi

La metapsicología ha sido desde siempre interpelada por la clínica. Hoy más aún, a partir de los nuevos enfoques teóricos y complejos desafíos clínicos.

En la encrucijada entre las patologías actuales, la profundización de la obra de Freud y los desarrollos de los autores post freudianos, los analistas podemos preguntarnos dónde estamos ubicados respecto de ciertos postulados teóricos y si las mismas articulaciones siguen vigentes para nosotros con la convicción con que fueron planteadas por Freud. A su vez repensar su coherencia con los hallazgos clínicos.

Entre la metapsicología y la psicopatología, es la técnica la que se verá finalmente interrogada. Zona de conflicto e intersección, tendrá que ofrecer alternativas para una cura posible.

Quiero referirme a los conceptos de pulsión de muerte y masoquismo primario desde la metapsicología, trauma y narcisismo en su expresión clínica, el final de análisis y algunas cuestiones técnicas.

Es posible que hoy en día ya no sepamos con tanta seguridad qué es la pulsión de muerte, y que aún no estemos muy seguros de cómo es un final de análisis. De lo que no nos cabe duda es de la vigencia del masoquismo en cualquiera de sus formas, tal como lo vemos en la clínica y en la vida cotidiana, la nuestra inclusive.

La pulsión de muerte se le impone a Freud desde dos imperativos diferentes: la preocupación por explicar ciertos hallazgos clínicos y la necesidad de coherencia dentro de la teoría metapsicológica.

En el campo de la clínica el concepto de pulsión de muerte fue esgrimido para explicar la compulsión de repetición más allá del principio del placer, las conductas autodestructivas y el masoquismo moral.

En el de la metapsicología por la exigencia dualista de la teoría que, al unificar en el narcisismo las pulsiones sexuales y las del yo, urgió a crearle un opuesto.

Por otra parte, pareciera que Freud, al postular un narcisismo primario con toda la libido en el yo, precisó también de un masoquismo primario como la cara oscura del narcisismo.

Sigue siendo polémico el planteo acerca de este masoquismo primario, tributario de la pulsión de muerte, previo a la etapa en que la agresión se dirige hacia el objeto exterior, anterior al sadismo primitivo. Anterior también a ese masoquismo que aparecerá como secundario al sadismo del superyó: el masoquismo moral. Pero además, ligado a la compulsión de repetición y complicando el final del análisis.

Sin embargo, ante el apremio de la realidad clínica resulta desafiante explorar algunas vertientes que han sido retomadas en autores contemporáneos.

Y aquí aparecen dos líneas fuertes. Por una parte la actualización del masoquismo primario en el masoquismo moral y la articulación de éste con el narcisismo. (Green). Por la otra la evidente conexión entre la compulsión de repetición y la violencia de origen externo, el trauma. (Winnicott).

EL PUNTO DE VISTA DE ALGUNOS AUTORES POSTFREUDIANOS

Ya Ferenczi sostenía que en pacientes con menor integración y fortaleza yoicas, se debía tener más en cuenta la actualización de la experiencia traumática que los recuerdos reprimidos. Su hipótesis era que la

reactivación de los traumas infantiles en la situación analítica permanecía incurable, si el analista no era capaz de modificar su actitud contratransferencial al activarse la compulsión de repetición. Pero, afirmaba Ferenczi, así como en la historia infantil los adultos no habían podido hacerse cargo de su responsabilidad en el dolor causado al niño, el analista insensible, escudado en la regla de abstinencia, se desentendía de su participación en el dolor actual del paciente, repitiendo la historia temprana e impidiendo la elaboración del trauma.

Melanie Klein abre otra dimensión a la comprensión de la fusión pulsional y la integración del yo y los objetos. Plantea un quantum constitucional de pulsión de muerte en cada individuo que atentaría contra la consecución de la posición depresiva, dando como resultado la persistencia de la ambivalencia y la defusión de la pulsión de muerte, que operaría así en forma autónoma.

Por su parte Winnicott niega la necesidad de postular una pulsión de muerte. Para él, el factor traumático es esencial y está representado por el fracaso del entorno temprano, que desencadena las angustias inconcebibles y la amenaza de desintegración. El trauma queda fuera de la posibilidad de ligazón y elaboración, sin acceso al recuerdo ni a la palabra, en un tiempo en que el yo es demasiado inmaduro para acoger en sí el fenómeno traumático.

En una perspectiva original Winnicott sostiene que el trauma originario no sólo aparece en forma de repetición, sino también como amenaza proyectada en el futuro. Afirma que sólo a través del sostén yoico brindado por el analista (y no por efecto de las interpretaciones), la experiencia puede ser revivida, significada y así transformada en pasado.

André Green, integrador de varios esquemas referenciales, se apoya en los desarrollos de Bion, Lacan y Winnicott para postular un narcisismo negativo como aspiración del yo hacia el proceso desobjetalizante y no sólo hacia la desinvertidura del objeto.

Articula la pulsión de muerte, el masoquismo primario y la compulsión de repetición, y nos muestra al masoquismo moral como heredero del masoquismo originario.

ALGUNOS INTERROGANTES

Ya Freud en “Análisis terminable e interminable” se refirió al pronóstico del tratamiento en relación al juego de fuerzas entre tres ejes: las alteraciones del yo, el quantum pulsional, el origen traumático de la enfermedad.

Hemos visto que desde las distintas teorías se pone el énfasis en la capacidad de representar y simbolizar, o la fragilidad de la estructura del yo. Por otra parte, cada autor le dará un peso diferente al comportamiento del objeto real externo.

Conocemos de qué modo, diferentes autores atribuyen al objeto primario funciones estructurantes: el holding en Winnicott, la capacidad de rêverie en Bion, la violencia primaria en Piera Aulagnier, para nombrar sólo algunos modelos teóricos.

Uno de los interrogantes es en qué medida y de qué modo el papel del objeto primario operaría en la posibilidad de adquisición o preservación de lo que Green llamó función objetalizante.

En otras palabras, qué elementos operan en la estructuración del psiquismo en términos de favorecer un funcionamiento regido por Eros y promoviendo los mecanismos de simbolización, y qué otros orientarían al psiquismo hacia los procesos negativos regidos por Tánatos.

Si tomamos esta vertiente, el masoquismo primario y la compulsión de repetición serían la marca de traumas tempranos. Esta es la línea de Ferenczi y Winnicott, y de muchos pensadores psicoanalíticos actuales, que la asumen cuando explican los fenómenos clínicos, adhiriendo a un origen traumático de la compulsión de repetición.

La otra alternativa es la que considera un masoquismo primario de origen endógeno y tributario de la pulsión de muerte.

Dialogando con los colegas que han reflexionado sobre estos temas, gran parte de ellos integradores de varios esquemas referenciales, aparecen marcadas coincidencias en la perspectiva clínica. Particularmente,

y más allá de sus referentes teóricos, una toma de posición clínica a favor de la teoría traumática en el origen del masoquismo primario y la compulsión de repetición. Si, instauración del superyó mediante, se instala el masoquismo moral, con el sentimiento inconsciente de culpa y la necesidad de castigo, pareciera que la noción de pulsión de muerte quedara vacía de gran parte de sus contenidos.

¿Queda la pulsión de muerte sólo como un referente constitucional, inabordable e imposible de evaluar, es decir fuera del análisis? ¿O se le deben adjudicar otras características o funciones más allá del masoquismo y la compulsión de repetición?

En un intento de acercarme a la dimensión humana de esta problemática, es decir al sufrimiento de nuestros pacientes, quisiera desarrollar algunos aspectos relacionados con la clínica del masoquismo y las dificultades para acceder al final de análisis.

MASOQUISMO MORAL Y NARCISISMO: LA FIGURA DEL SACRIFICIO

En la encrucijada entre la reactivación del masoquismo primario y el sadismo del superyó aparece el masoquismo moral, revestido, sostenido y legitimado por el narcisismo.

Este fenómeno, que puede responder a un cuadro clínico estructurado o activarse en determinados momentos del análisis, se caracteriza por la vivencia de orgullo originada en la capacidad de renuncia a la satisfacción instintiva, y la tolerancia al sufrimiento. En estos pacientes aparece, en forma manifiesta o encubierta, la idealización de la vocación de sacrificio, el estoicismo como baluarte, la resistencia desmesurada al dolor tanto psíquico como físico, la devoción incondicional como valor supremo, el sometimiento sin matices a ideales exigentes y crueles.

El beneficio es evidentemente la sensación de superioridad moral que se obtiene por la capacidad de soportar el sadismo del objeto. La arrogancia y la omnipotencia son con frecuencia los acompañantes de esta posición, en la que el paciente se lamenta de la carga de responsabilidad no compartida y demanda comprensión y consuelo, pero no acepta la ayuda, situación que se manifiesta también con el analista, resistiéndose así a mejorar, a abandonar su sufrimiento sostenido como un trofeo.

Aquí se hace evidente la funcionalidad defensiva del narcisismo hipertrófico que denuncia la magnitud del trauma que intenta negar.

Narcisismo exacerbado que puede ser pensado como el absurdo intento de protegerse contra lo que ya sucedió.

Quizá la necesidad de sostener estas posiciones sea la que hace que un análisis sea interminable. Interminable como el trauma que le dio origen, lecho de rocas investido narcisísticamente y transformado en fortaleza.

Pareciera que esta coalición masoquismo-narcisismo sustentada desde la reactivación del masoquismo primario y alimentada por el riesgo del sometimiento transferencial, fuera la mayor resistencia al análisis.

Aquí el masoquismo, más que por el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo, estaría sostenido por la necesidad de sufrimiento y el sentimiento de superioridad.

Si el repliegue narcisista se opone a la posibilidad de desarrollar una transferencia en la cura analítica es porque dejarse curar implica aceptar la dependencia, otorgar la confianza. Curarse es también renunciar al reclamo de justicia, de algún modo dar la cuenta por saldada.

La autosuficiencia es la manera en que estos pacientes han decidido curarse a sí mismos en una cruzada heroica de apropiarse de lo inevitable: el sufrimiento. Hacerse activamente lo sufrido pasivamente es un modo de hacer de la necesidad, virtud.

EL LECHO TRAUMÁTICO, LA ROCA NARCISISTA

“La perla es el monumento al dolor de la ostra”, dijo algún poeta. ¿Cuál dolor? el trauma, el grano de arena, la intrusión de un cuerpo extraño en su propia carne, que la lleva a segregarse esa capa protectora que al cristalizarse se transformará en coraza defensiva, a veces de singular belleza y valor.

Sufrimiento y monumento forman así una estructura inexpugnable que se resiste ante la amenaza de

curación, buscando preservar la única huella de lo irrepresentable, el único testimonio de lo traumático, escondido en su mausoleo. ¿Qué puede hacer el análisis para desarticular la defensa narcisista y acceder a lo traumático encontrando nuevas formas de tramitarlo?

Aquí se juega la batalla que lleva directamente al lecho de rocas freudiano, el deseo del pene en la mujer y la no aceptación de la posición pasiva en el hombre.

Ella reclama la parte que le adeudan. Él se niega a dejarse hacer, a entregarse. Sin embargo, en la clínica encontraremos ambos aspectos en cada uno. También hay hombres que reclaman la parte que les falta y mujeres que no se dejan.

En ambos casos es fácil vislumbrar el estigma narcisista, la negativa a precisar del otro. Green dirá que tanto el varón como la mujer rechazan lo femenino, porque representa a la madre y el riesgo de su función pasivizante. Winnicott mostrará la necesidad de negar la extrema dependencia con el objeto primario.

¿A qué se resiste el narcisismo? Al amor de objeto, a colocar la libido en una inversión de riesgo, a asumir la deuda de gratitud que dejó la dependencia temprana y contraer una nueva deuda en la transferencia. De allí la necesidad de hacer fracasar al otro en su función terapéutica.

En el final de análisis resurge con insistencia el trauma no analizado a causa de las resistencias del narcisismo, pero también debido a las limitaciones del analista y las del análisis mismo.

Pero acaso, ¿se puede elaborar el trauma sólo a través de interpretaciones, como se hace con lo reprimido? Entonces en el final de análisis, el lecho de rocas: trauma, masoquismo primario, compulsión de repetición. El narcisismo y sus formas de resistencia, el rechazo de la dependencia y las relaciones objetales, la transferencia resistencial. Del lado del analista: el reconocimiento del trauma, la empatía, el trabajo con el encuadre.

Quizá se requiera de otro tipo de trabajo sobre la escisión y los mecanismos de defensa primitivos, una revisión sobre las características del encuadre y la regresión, otros modos de trabajar la transferencia y la contratransferencia. También asumir que las defensas y resistencias narcisistas, más allá de su aparente inviolabilidad, deben ser objetos privilegiados de análisis ya que no sólo afectan la posibilidad de concluir un tratamiento, sino que tienden a desmoronarse en forma espontánea llevando al deterioro de la personalidad.

Y sin embargo, paradójicamente, habrá que tener en cuenta que cada sujeto precisa preservar esa creación personal defensiva que es parte esencial de sí mismo y en la que está en juego la propia vivencia de ser único. Quizá la paradoja pueda ser pensada no en términos de contenidos patológicos sino de la investidura libidinal o tanática que los sostiene.

Como dice Christian Bobin en un bellísimo texto:

“Creo que un artista es alguien que (como consecuencia de traumas tempranos), tiene su cuerpo y su alma divididos, e intenta rellenar ese espacio echándole pintura, tinta, o hasta silencios. En ese sentido somos todos artistas, ejerciendo el mismo arte de vivir con más o menos talento. O para ser más preciso debiera decir: con más o menos amor.”

BIBLIOGRAFÍA

- Abadi Sonia y col. Desarrollos Postfreudianos: Escuelas y Autores. Ed. Universidad de Belgrano, Bs.As, 1997.
- Aulagnier, P. “Condenado a investir”, Rev.de Psicoanálisis, XLI, 2/3, 1984.
- Bion, W. Aprendiendo de la experiencia, Paidós, México, 1991.
- Bobin, Christian. L' épuisement, Le temps qu'il fait, Francia, 1994.
- Ferenczi, Sandor. Teoría y técnica del psicoanálisis, Paidós, Bs.As., 1967.
- Ferenczi, Sandor. Diario Clínico, Ed. Conjetural, Buenos Aires, 1988.
- Freud Sigmund. (1914) “Introducción del narcisismo”.
- Freud Sigmund.(1915) “Las pulsiones y sus destinos”.

Freud Sigmund.(1923) “El Yo y Ello”,
Freud Sigmund.(1926) “Inhibición, síntoma y angustia”.
Freud Sigmund.(1937) “Análisis terminable e interminable” - A.E., XXIII.
Green, A. Narcisismo de vida, narcisismo de muerte, Amorrortu, Buenos Aires, 1993.
Green, A. El trabajo de lo negativo, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
Kaes, Anzieu y otros. Crisis, ruptura y superación, Ediciones Cinco, 1979.
Kohut, H. Análisis del self, Amorrortu, Buenos Aires, 1989.
Kohut, H. La restauración del sí mismo, Paidós, Buenos Aires, 1980.
Pontalis, J. B. (1981): “Non, deux fois non. Tentative de définition et de demantelement de la reaction
thérapeutique négative”. Nouvelle Revue de Psychanalyse, Nro. 24. (Rev. de Psicoanálisis XXXIX,
4, 1982.).
Winnicott, Donald. El proceso de maduración en el niño, Ed. Laia, Barcelona.1975.
Winnicott, Donald. Escritos de pediatría y psicoanálisis, Ed. Laia, Barcelona, 1979.
Winnicott, Donald. Exploraciones psicoanalíticas I y II- Ed. Paidós, Bs. As. - 1991.
Winnicott, Donald. Realidad y juego, Ed. Gedisa, Barcelona, 1992.

En:<http://www.itinerario.psico.edu.uy/>
Metapsicologadeundramaclnicoelcomienzoqueinsisteenelfinaldeanlisis.htm

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.