

“Los Afectados: partes de una tragedia”

Diana Altavilla*

*Habré de levantar la vasta vida
que aún ahora es tu espejo,
cada mañana habré de reconstruirla.
Desde que te alejaste,
cuantos lugares se han tornado vanos
y sin sentido, iguales
a luces en el día.
Tardes que fueron nicho de tu imagen,
músicas en que siempre me aguardabas,
palabras de aquel tiempo,
yo tendré que quebrarlas con mis manos.*

*¿En qué hondonada esconderé mi alma
para que no vea tu ausencia
que como un sol terrible, sin ocaso,
brilla definitiva y despiadada?
Tu ausencia me rodea
como la cuerda a la garganta,
el mar al que se hunde.*

*“Ausencia”
J.L.Borges*

G., una mujer de mediana edad, se preguntaba en consulta sobre el devenir de su vida, luego de 20 años de acontecido el suicidio de su hermana mayor, profesional del área de la salud, quien había decidido repentinamente dar fin a su vida en pleno desarrollo personal y laboral.

Dice: “Nunca pensé que “eso” pudiera haber tenido consecuencias en mi vida, pero no puedo evitar relacionar mis problemas posteriores a lo que pasó”.

Luego había transitado por algunas terapias a consecuencia del alcoholismo posterior de su marido, pero en ninguna ocasión había vinculado de forma relevante los problemas de su vida a la pérdida de su hermana aunque tenía la fuerte impresión de que el hecho no había ocupado el interés suficiente en sus consultas.

“Siempre estuve buscando un espacio como este a pesar de todo lo que pude avanzar en mi terapia”.

¿A qué hacen referencia los sujetos que ante una convocatoria que suponen los aúna, se acercan a la consulta en un intento por encontrar a “otros” que como ellos hayan pasado por la tremenda circunstancia del suicidio de un ser querido?

¿Cuáles son los interrogantes que intentan se develen en el encuentro con esos *hermanos* en el infortunio?

¿Qué vericuetos sorteán durante meses o años, y que han sepultado incluso para sus respectivos analistas?

Podríamos concluir rápidamente en que las respuestas están en las ineficacias terapéuticas o la sordera analítica de muchos colegas; pero esto solo sería una respuesta facilista y tranquilizadora para nuestros inquietos espíritus profesionales.

Tratamos de ir más allá e interrogarnos sobre el porqué un tema tenido en cuenta por su significación e importancia para el sujeto humano solo puede caer en la categoría de “invisible” para los que nos ocupamos de la salud mental.

Nadie duda en que el acontecimiento de un suicidio es, además de un hecho traumático, uno de los estigmas más difíciles de sortear para la historia de cualquier ser humano, y sin embargo son contadas las instancias comunitarias donde semejante acto no se da por concluido como dilema, al instante de su ejecución. Es decir, después del suicidio pareciera que no hay mucho por hacer.

También sabemos que para todo individuo el encontrar un espacio de alojamiento del sufrimiento es valioso, por permitir no solo la convicción de la no-exclusión definitiva, sino también por posibilitar encontrar algún resquicio donde la respuesta a las dificultades de la vida no sea solo la salida a la muerte física o psíquica.

Resulta difícil de pensar que a pesar de la diversidad de demandas clínicas que pueda presentar un sujeto con relación a su sufrimiento psíquico no se tenga en cuenta lo suficiente las particularidades que evidencian aquellos que han pasado por la experiencia dolorosa del suicidio de un ser cercano.

“Dirigir la mirada hacia el horror se sitúa siempre en un exceso de fascinación, o en un exceso de evitación: y el hablar es entonces una palabra mecánica congelada en el dolor que describe sufrimiento y exhibe solo buenas intenciones”.

Lacan en su Seminario V nos dice: ..“el suicidio posee una belleza horrenda que lleva a los hombres a condenarlo de forma tan terrible, y una belleza contagiosa que hace que el suicidio sea algo que en la experiencia es de lo que hay de más dado y de más real”.

De las diferentes acepciones que encontramos del término “terrible” nos interesa especialmente una que en particular alude a las cuestiones en relación con las derivaciones que la problemática del suicidio tiene para los afectados.

“Terrible” es una de las acepciones en que el *Umheimlich* freudiano se ha derivado, traducido usualmente como “lo siniestro” o “lo ominoso”, según la traducción que se elija de los textos de Freud.

La acepción de *terrible* que Juan Ritvo rescata en su artículo de la revista *Conjetural* de noviembre del 2001, hace hincapié en *terrible* como “venerable” o “respetable”, además de las comunes acepciones de aterrador, atroz, espantoso, etc.

Alude también que “cuando una amenaza se efectiviza en toda su siniestra dimensión el sujeto es capturado o por el terror o por lo atroz”.

Y sigue, “La violencia brutal que convierte a la amenaza en una realidad sin escapatoria, se diferencia del accidente traumático (...) (porque) allí aparece el sujeto coagulado en el pánico, más allá de la angustia, más allá incluso de la pesadilla...”, de la pesadilla podemos despertar.

“Ahora bien, ¿ qué pasa cuando la amenaza se aleja, aunque deje su huella, siempre inquietante?. Es el momento del temor *reverencial*”.

Ritvo alude en su artículo a una variación de la violencia que bajo las variadas formas de irrupción del poder, sacuden en nuestra sociedad (como en otras) ese “núcleo, depositario de la dignidad del sujeto y que es también su *bien* máspreciado”, pero tomamos su concepción porque adscribimos a que la irrupción de la violencia bajo otras formas desliza similares efectos.

Entonces, ¿sobre cuáles cuestiones deberíamos ahondar en nuestra práctica clínica cotidiana para poder intervenir eficazmente sin “echar más lecha al fuego” convirtiéndonos en una forma más de maquinaria moderna de (auto) ayuda comunitaria?

Podemos pensar entonces en que como seres sociales, y ahora me refiero también a los analistas, terapeutas, médicos, docentes, etc. caemos una y otra vez en dejar en el silencio, en el silencio de lo silenciado, de *lo venerado*, aquello que impone (y necesita de) alguna forma de inscripción social y subjetiva.

Nuestro desafío es generar un intervalo, una distancia necesaria entre el estremecimiento y su relato, ahondando en la comprensión del nexos estructural entre el hecho social violento y su negación.

Es el *silencio* que captura y obstaculiza el que aparece en todas las formas donde el suicidio se hace sentir; y es en la continuidad del silencio, donde el suicidio se expande en los recodos de lo social y donde los efectos del acto perduran.

Decimos que la inscripción de un acontecimiento exige una conjunción entre los hechos y su significación. Es solamente con la restitución de ese eslabón perdido que la veracidad posible se anuda en una recuperación del pasado haciendo factible la apertura de nuevas secuencias de sentido para un sujeto.

En nuestro trabajo clínico con *afectados por un suicidio* insistimos en que la posibilidad de acceder al duelo por el ser perdido es factible, si antes de ello el sujeto en cuestión ha podido transitar un camino anterior.

Tal es así como lo afirmara Freud, en su Carta a Oskar Pfister del 27 de enero de 1920 posteriormente a la muerte de su hija Sofía, aludiendo a un "trabajo anterior al duelo" necesario de realizar para todo sujeto.

Camino que creemos pasa por tres cuestiones primordiales: la cuestión del **enigma** (o de las razones que llevaron a alguien a tomar esa decisión incluso aún cuando estas hayan quedado explícitas), por el **legado** (o mandatos de investigación detectivezca respecto de la verdad final y definitiva), y por la **participación** (o responsabilidad) que les atañe respecto del acto suicida incluyéndose hasta el hartazgo en versiones fantasmagóricas de la culpa.

Enigma, legado y participación constituyen una trilogía que los envuelve y esquematiza pero que se esconde como *tesoro enterrado* durante toda la vida de un sujeto o de familias enteras.

Una de las formas en que se pone en juego en el discurso de los pacientes es la dificultad para nombrar el acto (suicidio) o nombrar al suicida (por su nombre).

El estigma del suicida se carga como *tatuaje en la piel* del cual pocos se pueden correr.

El Acta Psiquiátrica de 1998 da cuenta de que en Suecia (país con uno de los índices más alto de suicidios) se afirma que el 72% de los suicidas refieren antecedentes de familiares o amigos suicidas; situación que nos confronta tanto con el efecto de identificación como con la posibilidad de entender las circunstancias peculiares que arrojan al afectado a la salida imaginaria de verse arrastrado por el acto.

"Me aterra que mi hijo (o yo) pueda hacerlo también", son frases repetidas que como muletillas se convierten en maleta común de los afectados.

El trabajo de consulta, que realizamos tanto en forma grupal como individual dependiendo de las particularidades de cada caso, tienen como referente posibilitar para cada sujeto la reconstrucción de una historia que lo social tiende a cerrar prematuramente.

Un paciente en consulta grupal atina a acertar sobre el trabajo que el grupo le permite pero al que se accede luego de un tiempo doloroso de escuchar y escucharse en los relatos comunes.

Ante un "fallido" de otra paciente que pone en juego la palabra "suicidio" cuando de *salida* al dolor de la situación intentaba referirse, deteniendo el curso de la conversación y dirigiéndose a ella (y al grupo) pregunta: "Ah, si no es suicidio...entonces deberá ser un zurcido", alusión que cae como interpretación, vía la posibilidad de la similitud fonológica y que representa para todos *una otra* puerta de salida/entrada a lo brutal del acto.

No pretendemos la construcción de espacios de escucha donde la interpretación derive hacia la consolidación de grupos psicoanalíticos o variantes del mismo.

Pensamos instancias grupales e individuales que, como sostén temporal relancen para los afectados la pregunta por lo vivido, permitiéndoles hacer pasaje si fuera necesario hacia el reconocimiento del hecho como *parte* y no como *extra partes* de un continuo histórico.

Apelamos a que lo social, en todas sus instancias y versiones abran también para el sujeto espacios de comunicación que interrumpa el silencio al que el dolor los arroja.

No hay psicoterapia especial, lo que hay (o no hay) es sensibilidad y disposición como analistas para recorrer un itinerario de horror donde la realidad ha redoblado y confirmado los espacios del espectro.

Mirar el horror de lo que pasó y con ello construir el porvenir, sin la captura de la repetición traumática, restableciendo la disociación pasado-presente para hacer ver la intrusión alucinante del hecho y ponerlo en la categoría de un recuerdo pensable.

“(el psicoanálisis opera allí) ...a fin de que quienes tienen que atravesar esa aflicción tengan alguna ley sobre ella en vez de sufrirla en el engeguimiento”

Ginette Rimbault

*psicóloga-psicoanalista
Coordinadora equipo asistencial del
Centro de atención al Familiar del Suicida
e-mail: dianaaltavilla@yahoo.com.ar

Trabajo presentado en las
I Jornadas Regionales de Bs As
“Suicidio: Ruptura del silencio”
UNLU, Chivilcoy, Noviembre 2002

Bibliografía:

Freud, S. “Lo ominoso” Amorrortu

Freud, S. : “Epistolario”

Lacan, J: “Acerca de la causalidad psíquica”. Escritos I 1946

Rimbault, Ginette: “La muerte de un hijo” Nueva Visión, 1997.

Ritvo, Juan: “Lo Terrible” Revista Conjetural N° 37- Miedo al miedo- Nov.2001. Grupo Editor Latinoamericano.