

Pontificia Universidad Católica del Perú
Escuela de Posgrado



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**LA PULSIÓN DE MUERTE EN EL CONTEXTO DE LA PRÁCTICA
CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

**Tesis para optar por el grado de Magister en Estudios Teóricos en Psicoanálisis
que presenta**

Santiago Joseph Huamán

Asesora: Carla Mantilla Lagos

Jurado:

**Daniel Kantor Benavides
Julia Velaochaga Raffo**

LIMA - 2016



Resumen

La presente investigación tiene como objetivo describir al concepto de la pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica desde la perspectiva de un grupo de psicoanalistas. El estudio estuvo compuesto por diez analistas, dos mujeres y ocho hombres. Asimismo, se trata de un estudio conceptual empírico, además de cualitativo. La información se analizó bajo el enfoque de análisis temático y el recojo de la información se realizó a partir de entrevistas a profundidad a dichos analistas, que ayudaron a dar cuenta del objetivo mencionado. El análisis de los resultados permitió encontrar las diferentes formas de expresión y el valor comunicativo de la pulsión de muerte, desde la experiencia en la práctica clínica psicoanalítica de los analistas. Asimismo, se permitió identificar las particularidades del concepto que se reconocen a partir del lenguaje que utilizan los analistas para describirlo, así como el uso que se le da a la pulsión de muerte, en el contexto clínico.

Palabras clave: Pulsión de muerte, práctica clínica psicoanalítica, destructividad, analistas.

Abstract

This investigation aims to describe the death drive concept in the psychoanalytic clinical practice context from the perspective of a group of analysts. The study was composed by ten analysts, two women and eight men. Additionally, the present investigation is qualitative, and also conceptual empirical. The information was processed by thematic analysis and the collection of the information was conducted through profound individual interviews to the analysts, which helped to get to the objective of the study. The results allowed to find the different forms of expression of the death drive and its communicative value, from the experience of the analysts in

there psychoanalytic clinical practice. It also permitted to identify the particularities of the concept that could be recognized through the language that is used to describe it, as well as the use of the death drive, in the clinical context.

Key words: Death drive, psychoanalytic clinical practice, destructiveness, analysts.

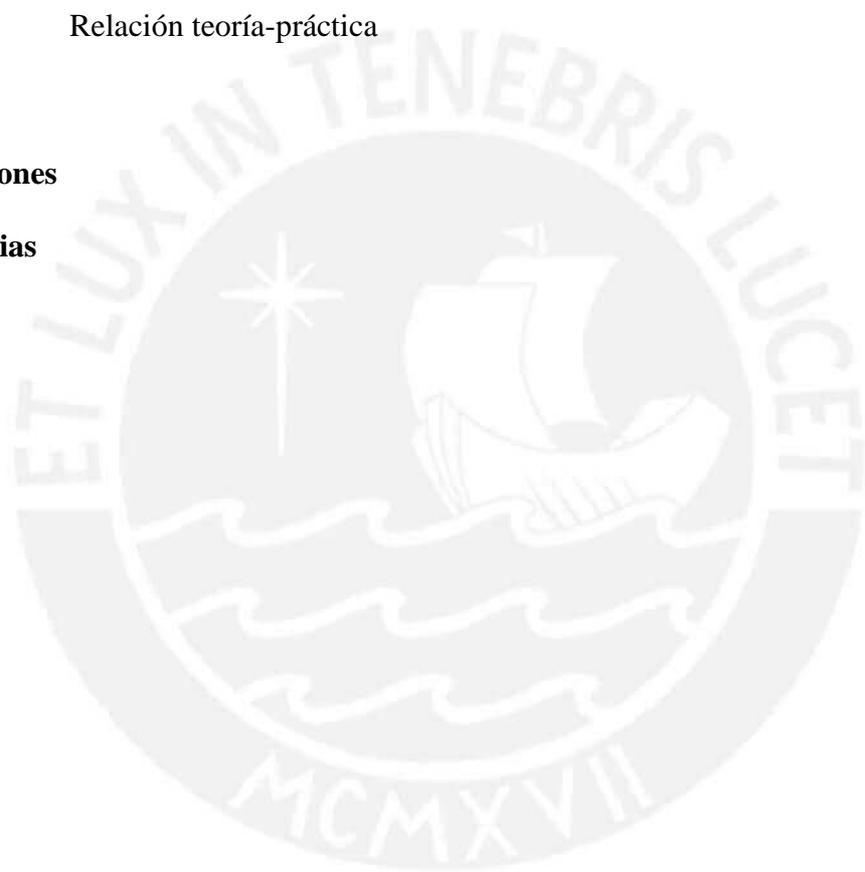


Tabla de Contenidos

Introducción	1
Discusión en torno a la pulsión de muerte	1
Aportes teóricos sobre la pulsión de muerte	3
La pulsión de muerte en Freud	3
Pulsión de muerte y destructividad: una mirada desde el modelo kleiniano	9
El trabajo de lo negativo y otros aportes de la tradición francesa	13
Críticos de la pulsión de muerte	17
La pulsión de muerte y la práctica clínica psicoanalítica	20
Justificación del tema	27
Metodología	31
Participantes	32
Recojo y análisis de la información	33
Resultados	37
Expresión de la pulsión de muerte en el ámbito clínico	38
En el paciente	39
La violencia	39
La envidia	41
El desprecio	42
La apatía	43
Rasgos psicopatológicos y sintomatología	44

En el analista	46
La parálisis	47
El hartazgo	49
La seducción	50
La incompreensión	52
El paciente y el analista: espacios en común	53
Lo inabordable	55
Lo no representable	56
La pulsión de muerte: lo que se expresa del concepto	58
Postura teórica	58
Perspectiva desde la teoría freudiana	59
Perspectiva desde la teoría kleiniana	61
Perspectiva desde la teoría greeniana	62
Funcionalidad del concepto	64
Utilidad del concepto	64
Las creencias e ideologías	67
El lenguaje figurativo	70
Analogías	71
Metáforas	72

Discusión	75
Formas de expresión y valor comunicativo de la pulsión de muerte en el contexto clínico	75
Particularidades del concepto de la pulsión de muerte desde la perspectiva de los analistas	86
Algunas reflexiones finales	94
La compulsión a la repetición	95
Relación teoría-práctica	97
Conclusiones	101
Referencias	105
Anexos	





La pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica

Discusión en torno a la pulsión de muerte

La pulsión de muerte es, quizás, uno de los conceptos más discutidos en el ámbito psicoanalítico. Waska (2001) refiere que dicho concepto ha sido debatido, devaluado, criticado, e ignorado por muchos analistas y escuelas de psicoanálisis. Por su parte, Bergmann (2011) señala que la disposición a mirar antiguas controversias, tales como el concepto de la pulsión de muerte, dentro de la teoría psicoanalítica, contribuye significativamente con la madurez del psicoanálisis. De ese modo, uno de los motivos por lo que el concepto de la pulsión de muerte es duramente criticado, es por su grado de confusión, la poca claridad y el poco consenso que se tiene sobre el concepto, dentro de la teoría psicoanalítica. Es importante hacer referencia a lo que puntualiza Freud cuando refiere que la hipótesis de la pulsión descansa esencialmente en razones teóricas, es preciso admitir que no se encuentra del todo a salvo de objeciones teóricas. Pero es así como nos aparece en este momento, dado el estado actual de nuestras intelecciones; la investigación y reflexión futuras aportarán, a no dudarlo, la claridad decisiva (Freud, 1930).

Sobre esto, Waska (2001) constata que algunos de los puntos más confusos, en torno a la pulsión de muerte, están relacionados con la idea de si es parte de un espectro biológico, innato del funcionamiento mental. Además, Kernberg (2009) agrega que la comunidad psicoanalítica está luchando, hoy en día, con el problema de si las pulsiones deberían ser consideradas como un sistema motivacional primario o si debería ser reemplazado por considerar, más bien, que los afectos son el sistema motivacional primario. Otro punto importante al considerar la relevancia de la presente tesis es exponer que el concepto de pulsión de muerte ha sido tema de

discusión en un grupo de artículos publicados recientemente en la Revista internacional de Psicoanálisis (2015). En dichos artículos, se manifiesta la relevancia de la discusión del concepto de pulsión de muerte hoy en día, bajo la mirada de distintos autores contemporáneos.

Es así que el progreso en psicoanálisis depende, en gran parte, de la explicitación de las oposiciones teóricas y de la búsqueda de su explicación, como es el caso de la pulsión de muerte (Widlocher, 1984). Además, es importante señalar que existen diversas formas de comprender al concepto de la pulsión de muerte, incluso entre quienes creen en ella. Es decir, que el concepto en sí resulta problemático por su naturaleza especulativa.

En ese sentido, hay autores que defienden dicho concepto, afirmando su importancia y, además, su utilidad dentro de la práctica psicoanalítica (Green, 1984; Segal, 1993; Feldman, 2000; Waska, 2001; Kernberg, 2009). Sin embargo, hay autores que piensan que el concepto de pulsión de muerte no es el más acertado y que no tiene un aporte significativo dentro de la teoría psicoanalítica; ya que existen nuevas formas de la teoría de las pulsiones en las cuales se puede prescindir de la pulsión de muerte (LaPlanche, 1991).

Uno de los primeros detractores de la pulsión de muerte de Freud, fue Fenichel (1935), quien afirmaba que los hechos clínicos que implicaban depresión y la existencia del superyó, no nos obliga a asumir la existencia de la pulsión de muerte. Otro importante opositor a la idea de pulsión de muerte es Winnicott quien parece desestimar el concepto de pulsión de muerte a pesar de que subraya la importancia de la destrucción del objeto para crear el objeto. Dicho autor menciona que es el impulso destructivo el que crea la exterioridad, con lo que identifica una perspectiva simbólica

que aleja toda posible reducción fáctica, lo que a la vez desarticula el negativismo de la pulsión de muerte. Asimismo, según Bergman (2011), los Americanos de la psicología del yo, como Hartmann, Kris y Loewstein, también son gruesos opositores de la teoría de la pulsión de muerte.

De ese modo es que el buscar darle claridad al concepto de pulsión de muerte resulta sumamente complejo, pero a la vez importante. En ese sentido es elemental darle claridad dicho concepto, en su dimensión teórica, pero a la vez dirigido y, sobre todo, apoyado en el campo de la práctica psicoanalítica. Es así que este trabajo se ocupará de poder reconocer cuáles son las expresiones de la pulsión de muerte dentro del ámbito clínico, y sus implicancias dentro de la teoría psicoanalítica. En este acápite, en particular, se buscará presentar las posturas teóricas principales sobre la pulsión de muerte, correspondientes a Sigmund Freud, Melanie Klein y André Green. Luego de esto, se pasará a revisar los principales puntos de debate acerca de la pulsión de muerte y las objeciones que se señalan sobre dicho concepto. Finalmente, se describirán las diversas formas en las que se expresa la pulsión de muerte, dentro de la práctica clínica, según la literatura revisada.

Aportes teóricos sobre la pulsión de muerte

La pulsión de muerte en Freud

Resulta importante empezar por abordar la génesis del concepto de pulsión de muerte y, como muchas de las cuestiones teóricas dentro de la disciplina psicoanalítica, dicho concepto tuvo su concepción en la mente de Freud. Además, al ser un elemento conceptual, y dentro de la metapsicología, es necesario dar una mirada cronológica de cómo este concepto de pulsión de muerte se va transformando y delimitando, dentro de la teoría freudiana.

La idea que tenía Freud sobre la pulsión fue evolucionando progresivamente, es así que, la mejor manera de entender el sentido del concepto de pulsión de muerte es conocer la evolución del pensamiento freudiano y los motivos que lo llevaron a reformular su comprensión de la vida pulsional.

En 1905, en su texto *“Tres ensayos sobre una teoría sexual”*, Freud afirma que existen lo que el llamó desviaciones sexuales. Sobre esto, agrega que la experiencia muestra que hay una gran variedad de desviaciones en relación al objeto, lo que se llamaría pulsión sexual. Agrega, además, que dicha pulsión sexual no es monolítica sino que tiene componentes que se independizan en la perversión, es decir se convierten en el fin mismo. Esos componente, son las pulsiones parciales.

Años más tarde, en *“La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis”* (1910), Freud introduce la noción de pulsiones del Yo, igualándolas a las hasta entonces denominadas pulsiones de autoconservación; conceptos que integran el primer dualismo en el pensamiento freudiano de las pulsiones. Asimismo, en 1911, en el texto *“Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico”* Freud administró dichos grupos pulsionales a partir de singularidades de funcionamiento del aparato psíquico: por un lado, las pulsiones sexuales que serían regidas por el principio del placer y las de autoconservación, que estarían al servicio del desarrollo psíquico, determinado por el principio de realidad.

Es a partir de 1914, con la publicación de *“Introducción al narcisismo”* que se inicia lo que se puede entender como una segunda etapa de la teoría pulsional. En este texto, Freud plantea una subdivisión en las pulsiones sexuales en función del objeto. Ese mismo año, en *“Recordar, repetir y reelaborar”* Freud afirma que la repetición estaría en ese caso subordinada al principio del placer al posibilitar la

simbolización. En este texto, como menciona Zelaya (2003) *“Freud pareciera comenzar a iluminar los fundamentos con respecto a la pulsión de muerte aunque todavía hay mucha distancia entre los datos biológicos y la meta de destrucción otorgada a éste concepto, cuya finalidad, según Freud, sería restablecer el estado anterior de no-vida”*.

En relación a la agresión, aparecen cambios respecto a la teoría pulsional precedente. En *“La pulsión y sus destinos”* (1915), Freud va a postular que el odio precede al amor y que su origen reside en las pulsiones del Yo, en la medida en que éstas rechazan al mundo exterior al relacionarlo con lo displacentero. En *“Duelo y melancolía”* (1917), Freud va a explicar sus nociones acerca de la regresión narcisista y retracción libidinal hacia el yo, en identificación con el objeto perdido, como parte del proceso mismo de la melancolía. Subraya, en ese sentido, los efectos destructivos generados por la culpa.

Sin embargo, más adelante, en 1915 en *“La pulsión y sus destinos”*, Freud va a retornar, consolidar y esclarecer a lo que él quiere apuntar acerca de la pulsión. Él va a referir, en primer lugar, que la pulsión es un representante psíquico de una fuerza somática; es decir, que la pulsión es un representante fronterizo entre lo psíquico y lo somático. A esto, Freud va a agregar que toda pulsión va a tener una fuente, un objeto, una meta o fin y un empuje. En la fuente somática se produce una excitación que tiene una intensidad, o mejor dicho, un empuje. Por otro lado, la meta o fin, es la actividad que puede suprimir la excitación. Y, finalmente, el objeto es aquello con lo cual se puede alcanzar el fin.

En ese sentido, para Freud, la pulsión tiene un representante en el psiquismo, pero este representante no es una imagen, sino es todo un agente de lo que representa.

Es así que lo relacionado a dicha imagen está asociado al objeto y al fin. De ese modo, la pulsión se manifiesta en el psiquismo asociada al fin, al afecto y a una zona erógena determinada.

Sin embargo, es en 1920 en el texto *“Más allá del principio de placer”* que Freud va a entrar a profundizar en lo que concibe como pulsión. En dicho texto Freud menciona que hay una tendencia en el paciente a repetir lo reprimido como una vivencia actual. La manifestación de lo reprimido se expresa en la compulsión a la repetición. Sobre esto, Freud prosigue afirmando que dicha repetición incluye vivencias del pasado que no pudieron producir ningún placer en su momento. Es así que, para Freud, la compulsión a la repetición no es gobernada por el principio de placer, sino lo percibe como algo más originario, elemental y pulsional que el principio de placer relega. En otras palabras, las expresiones de la compulsión a la repetición muestran un alto grado de carácter pulsional.

Freud había estimado inicialmente la repetición como parte de la definición del inconsciente y del retorno de lo reprimido. La acción de repetir satisfacía a la influencia de impulsos en busca de satisfacción. Desde esta disposición se entienden los síntomas, los sueños y la repetición en la transferencia, como una necesidad del conflicto reprimido de actualizarse.

Es en este momento, a partir de la mirada de la compulsión a la repetición, que Freud va a establecer una nueva mirada acerca de lo que es la pulsión. Él va a afirmar que la pulsión es la tendencia presente en todo organismo vivo a la restitución de un estado anterior, que tuvo que abandonar por la acción de fuerzas perturbadoras externas. Es importante referir que la compulsión a la repetición es un asunto que se va a discutir, a mayor detalle, en líneas posteriores.

Entonces, el estado anterior que la pulsión trataría de sustituir sería el de la muerte, el estado inorgánico anterior a la vida. Así, todo organismo morirá por causas internas. “*La meta de toda vida es la muerte*”. Es así que un organismo vivo que queda librado a sí mismo, sobre el cual no actúa ninguna fuerza externa, se dejaría morir: esto sería la pulsión de muerte (Freud, 1920).

En ese sentido, Freud contempla la idea que existe una oposición, una dualidad en términos pulsionales, entre las pulsiones sexuales o pulsiones de vida, y las pulsiones que llevan hacia la muerte. Sin embargo, Freud enfatiza que dicha oposición entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte, no está únicamente referida al amor y la destructividad; no es odio hacia el objeto, es dejarse apagar, dejarse morir. En líneas posteriores, Freud va a introducir lo que él llama el principio de nirvana. Dicho principio se expresa a partir de el principio del placer, lo que finalmente llevaría a la muerte. Es así que el principio del placer es expresión de la pulsión de muerte (1920).

El principio de nirvana, que tiende al cero absoluto, a la reducción completa de las tensiones, donde se anula la diferencia, la individualidad y donde lo vivo muere. La vida podrá subsistir entonces, mientras Eros consiga someter al principio de nirvana y modificarlo en principio del placer, este será transformado en principio de realidad por obra de las exigencias de ésta. En ese sentido, la pulsión introduce la excitación en el aparato psíquico, y esa excitación tiene que ser liberada, a partir del principio de placer. Las pulsiones sexuales solo crean la excitación y generan que el organismo haga algo para descargar dicha excitación. De tal modo que, la búsqueda del placer es la búsqueda de la descarga de las excitaciones sexuales. En otras palabras, la pulsión de vida es la que origina la excitación y la pulsión de muerte es la que nos lleva a la descarga de la misma.

En “*El yo y el ello*” (1923), Freud sugiere que la pulsión de muerte no solo radica en que el organismo se deje morir, dejando de lado todo lo que implica la agresión. Sin embargo, en este texto, él va a introducir la idea de que la existencia de musculatura hace que la pulsión de muerte se pueda dirigir hacia el exterior como forma de destrucción. Dicha destrucción, en ese sentido, es la que se encarga de contrarrestar a la pulsión de muerte. En este texto, además, agrega que el Ello está fuertemente ligado a la pulsión de muerte, ya que es el Ello el que tiene la necesidad de liberar los impulsos debido a que lo perturban. En ese sentido, Freud reitera que la pulsión de muerte, en el psiquismo, es el principio de placer. Finalmente, agrega que el Yo procura mantenerse de acuerdo con el Ello, cubriendo sus exigencias pulsionales. Es así que el Yo también muestra interés en liberar los impulsos, en ese sentido, el Yo no es neutral en relación a ambos tipo de pulsiones, más bien presta apoyo a la pulsión de muerte.

Finalmente, en lo referido a la *reacción terapéutica negativa*. Freud percibió un tipo de resistencia al tratamiento psicoanalítico particularmente dificultoso de disipar consistente en un agravación de la sintomatología en el paciente cada vez que, a partir del progreso del análisis, se esperarían una mejoría. De acuerdo a Freud, se trataría de una reacción "invertida", que consiste en que el paciente, en cada etapa del análisis, prefiere mantener persistente el sufrimiento, en lugar de buscar una curación. Al igual que la compulsión a la repetición, la reacción terapéutica negativa es un tema al cual entraremos a mayor detalle, en este texto, más adelante.

En 1923, en “*El yo y el ello*” Freud detalla precisamente este proceso, proponiendo la existencia de un sentimiento de culpabilidad inconsciente a la base de él. Asimismo, tres años después, en 1926, en su texto “*Inhibición, síntoma y*

angustia”, Freud relaciona la reacción terapéutica negativa con una forma de resistencia del Superyó. Es así que, en 1930, en “*El malestar en la cultura*”, Freud llegó a la conclusión que, en la profundidad, todo sentimiento de culpa surge del operar de la pulsión de muerte. Posteriormente, en “*Análisis terminable e interminable*”, Freud plantea que la dificultad que presenta la reacción terapéutica negativa al análisis evidencia que su carácter paradójico e irreductible se fundamenta en la pulsión de muerte. De acuerdo a él, esta reacción, como manifestación de la necesidad de castigo, no podría comprenderse totalmente a partir del conflicto entre el Yo y el Superyó (Freud, 1937).

Pulsión de muerte y destructividad: una mirada desde el modelo kleiniano

Una de las principales teóricas de la pulsión de muerte, luego del legado que deja Freud, es Melanie Klein. Ella es una ferviente defensora de dicho concepto, que además va a desarrollarlo, poniendo especial énfasis en términos de destructividad, agresión y la envidia. Melanie Klein afirma que el recién nacido llega al mundo con una pulsión de vida y una pulsión de muerte arraigada. De ese modo, para Klein, el amor es una manifestación de la pulsión de vida y, por otro lado, el odio, la de la pulsión de muerte. Desde el comienzo de la vida, como sugiere Klein, el infante experimenta tanto experiencias creativas, como impulsos destructivos y trata de enfrentarse a ellos al negarlos y separarse de ellos, expulsándolos al mundo exterior (proyección); o al acoplarlos dentro de uno mismo (introyección).

Como afirma Klein, en 1952, las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas están dirigidas desde el principio de la vida hacia el pecho de la madre en particular. Suponemos que existe también una interacción, aunque en proporciones variables, entre las pulsiones libidinales y agresivas, que corresponde a la fusión de las

pulsiones de vida y de muerte, donde en periodos libres de hambre y tensión, existe un equilibrio óptimo entre las pulsiones. Este equilibrio se altera cada vez que, debido a privaciones internas o externas, las pulsiones agresivas son reforzadas, asimismo, esta alteración del equilibrio entre libido y agresión es causa de la emoción que llamamos voracidad.

De esa manera, el infante, expuesto al impacto del ambiente exterior, se encuentra con un mundo donde percibe un ambiente de cuidado, como también un ambiente hostil, que existe desde el inicio de la relación con otra persona, lo que en un inicio es su relación con su propia madre. Es decir que, en el modelo kleiniano, la pulsión de vida y la pulsión de muerte son inicialmente experimentadas, en relación a la madre. Asimismo, según Klein, la ansiedad primaria surge del trabajo de la pulsión de muerte y es, en realidad, un intenso temor a la aniquilación. Es así que, para que el infante pueda lidiar con el conflicto, que genera la ansiedad, por un lado, y la frustración, por otro; el yo se tiene que haber desarrollado y fortalecido.

En ese sentido, Melanie Klein (1945) reafirma que, cuando se confronta a la ansiedad que le provoca la pulsión de muerte, el yo lo deflexiona, esto significa que convierte la pulsión de muerte en agresión. De este modo, el yo se escinde proyectando al exterior esa parte de la pulsión de muerte, colocándola en el objeto externo original que es el pecho. Klein va a afirmar que desde un comienzo, el impulso destructivo se dirige hacia el objeto y se expresa, en primer lugar, en fantasías de ataques sádico-orales al pecho de la madre, que pronto se transforman en violentos ataques a su cuerpo con todos los recursos del sadismo (Klein, 1946).

A medida que la experiencia con el otro incrementa, el infante necesita proteger a su yo de la pulsión de muerte. Cuando dicho infante no es alimentado ni cuidado, por la ausencia del cuidado primario de la madre, es que va a sentir ansiedad

y frustración, además de sentimientos agresivos; todo esto se vuelve abrumador debido a la urgencia de atacar y destruir a la causa de la frustración. La angustia, según Klein, surge de la actuación de la pulsión de muerte dentro del organismo, es sentida como temor a la aniquilación (muerte) y toma la forma de temor a la persecución. El miedo a la pulsión destructiva parece ligarse inmediatamente a un objeto, o mejor dicho es vivido como temor a un abrumador objeto incontrolable. De ese modo, la pulsión destructiva es proyectada, en parte hacia fuera, como desviación de la pulsión de muerte) y se liga inmediatamente al objeto externo primario, el pecho de la madre (1946).

De tal modo, la ansiedad, que está presente desde los primeros momentos del desarrollo, estaría relacionada con la actualización de la pulsión de muerte dentro del organismo, expresado en sadismo temprano. Así, el yo primitivo expulsaría defensivamente las emociones y fantasías que lo hiciesen sentir en peligro de desintegración o aniquilamiento, a través de mecanismos de escisión, separando lo bueno de lo malo, generando angustia. En ese sentido, afirma Klein, que si suponemos la existencia de una pulsión de muerte, también debemos suponer que en lo más profundas de la mente hay una reacción a esta pulsión en la forma de temor a la aniquilación de la vida. De ese modo, el peligro que surge del trabajo interno de la pulsión de muerte es la primera causa de angustia (Klein 1948).

En 1957, en “Envidia y Gratitud” refiere que la envidia es la expresión oral-sádico y anal sádica de los impulsos destructivos. En ese sentido, la envidia, según Klein, es una de las manifestaciones más potentes de la pulsión de muerte, que es revelada a partir de la identificación proyectiva. Ella afirma que la envidia, en su forma escindida de la pulsión de vida, va a ser más la expresión más pura de la pulsión de muerte.

Klein, así, asocia a la envidia, con el pecho bueno, ya que la envidia es producto de la necesidad de atacar a dicho pecho, por el hecho de tener contenidos valiosos, que el infante percibe que no tiene. Además, se buscaría colocar, en el pecho bueno, excrementos y partes malas del yo, con la finalidad de destruirlo, a través de la identificación proyectiva. En ese sentido, y bajo la mirada de las pulsiones, ella refiere que la envidia es parte de una defusión entre las pulsiones, pero con un predominio de la pulsión de muerte. De tal modo que la envidia, resulta ser expresión de impulsos oral y anal-sádicos, de manera constitucional (Klein, 1957).

Asimismo, dependiendo de la intensidad y duración de éstos ataques destructivos, éstos afectarían el desarrollo temprano del yo, así como al desarrollo mental en general. La envidia primaria, de tal modo, implicaría un ataque al vínculo con el objeto primario, en las etapas tempranas del desarrollo (Klein 1957). De tal modo que la envidia y la pulsión de muerte tienen algo en común: tanto el uno como el otro atacan a la vida y a las fuerzas de vida. Por su parte, Segal (1991) afirma que es necesariamente un sentimiento ambivalente, ya que está enraizada en la necesidad y la admiración. Pero, como en todo sentimiento ambivalente, existe una predominancia de la pulsión de muerte.

Además, Segal (1991) refiere que el concepto de la pulsión de muerte está dirigido a aniquilar la necesidad, aniquilar la percepción de la experiencia de sí mismo, así como la de todo lo que es percibido. La destrucción hacia el objeto no es solo una deflexión de autodestrucción hacia el afuera, sino también, desde el comienzo, el deseo de aniquilar está dirigido hacia uno mismo y el objeto, sin poder distinguir uno de otro. La pulsión de muerte del adentro deviene la agresividad, dirigida contra el objeto malo creado por la proyección original. Asimismo, el trabajo

de la de la pulsión de muerte suscita el temor, el dolor, la culpabilidad en el yo que desea vivir y permanecer intacto.

La libidinización está casi siempre presente como parte de la fusión de las pulsiones de vida y de muerte, pero la fusión puede tomar formas diferentes. En un desarrollo sano, la fusión de las pulsiones de vida y muerte se hace bajo la tutela de la pulsión de vida, y la pulsión de muerte desviada en agresividad, está al servicio de la pulsión de vida. En cambio, donde la pulsión de muerte predomina, la libido está al servicio de la pulsión de muerte. Este es particularmente manifiesto en las perversiones.

De su lado, Grotstein (1977) refiere que dicha función defensiva de la pulsión de muerte es el intento desesperado de la mente de evitar la pérdida y la persecución. El objeto se percibe como una amenaza y no se puede tolerar, y es así que tiene que ser destruido. En ese sentido, la pulsión de muerte parece ser el intento del yo de prevenir la pérdida, la culpa, la persecución, aunque en círculo vicioso, la pulsión de muerte por lo general genera estas ansiedades. Waska (2001) agrega que durante el desarrollo normal, la pulsión de muerte y el superyó operan conjuntamente, siendo el superyó el representante de la pulsión de vida. Si el superyó adquiere propiedades patológicas, con culpa exagerada y auto amenazantes, la pulsión de muerte tratará de eliminar esta amenaza al yo.

El trabajo de lo negativo y otros aportes de la tradición francesa

Asimismo, André Green es otro de los principales teóricos que apoya la noción de la pulsión de muerte, dentro de la teoría psicoanalítica. Sin embargo, dicho autor va a conceptualizar a la pulsión de muerte, desde un punto de vista bastante diferente de lo que se había venido desarrollando. Green sugiere que la pulsión de muerte va a tener como eje central lo que él denomina la función desobjetalizante.

En uno de sus primeros escritos, André Green (1983) va a hablar acerca del narcisismo de muerte o negativo. En dicho texto, él afirma que en el narcisismo de muerte, predomina la pulsión de muerte, induciendo una desligazón de dos pulsiones principales, llevando al sujeto a un deseo de no-deseo para evitar más sufrimientos narcisistas, por fracasos repetidos o insuperables. Además existe una aspiración de la reducción de tensiones a nivel cero, al deseo de Nada y a no vivir (lo que sería el principio de Nirvana de Freud), a la desinversión de sí-mismo y del objeto (función desobjetalizante).

Sobre esto, Green (1984) agrega la perspectiva de la pulsión de muerte es cumplir en todo lo que sea posible una función desobjetalizante por la desligazón. Es decir, que no es solamente la relación con el objeto la que se ve atacada, sino también todas las sustituciones de este: el yo, por ejemplo, y el hecho mismo del investimento, en tanto que ha sufrido el proceso de objetalización. En ese sentido, la manifestación propia de la destructividad de la pulsión de muerte es el desinversión. En su hipótesis sobre la función desobjetalizante, Green (1984) describe formas extremas de expresión destructiva orientadas hacia el objeto, a través de la cual se deshumanizaría al otro, situación que no es compatible con el goce sádico por cuanto el objeto quedaría totalmente desinvertido.

Es así que en el contexto de la relación de objeto, las pulsiones se definirían por sus posibilidades de ligazón al conseguir invertir al objeto, o de desligazón, al desinvertirlo, alternándose y sucediéndose dinámicamente en el seno del psiquismo. Sin embargo, en ciertas ocasiones es posible que se rompa el equilibrio de ésta alternancia, dando lugar al predominio de las pulsiones destructivas y de la desligazón, tal como puede observarse en algunos estados psicóticos. Las reacciones violentas y destructivas, que podrían orientarse hacia el exterior o hacia el interior,

representarían un intento desesperado por detener una situación sentida como intolerable (Green 2002).

Es importante mencionar que, para Green (1984), la función autodestructiva desempeña, para la pulsión de muerte, un papel que corresponde al de la función sexual para el Eros. En el plano de lo sexual, la pulsión de muerte se acerca más desde el sadomasoquismo. En estos casos, la tensión y la angustia irrumpirían en el psiquismo impidiendo diferenciar afecto y representación; casi siempre darían paso a situaciones psíquicas irrepresentables (Green, 2002). En ese sentido la desintricación de pulsiones de muerte de Eros produce destrucción de vínculos intersubjetivos (función desobjetalizante), violencia y, a veces, la destrucción del sí-mismo. La función desobjetalizante, al servicio de la pulsión de muerte, ataca los vínculos y, eventualmente los destruye. Quita el valor de los objetos y luego los ataca. Por el contrario, la propia función de la objetalización es la sublimación, es así que la objetalización crea, más bien, vínculos.

En tales procesos, en los que se practica la destructividad a gran escala, la insensibilidad y la indiferencia se sitúan en primer plano, el otro deja de ser percibido como semejante, con derecho a una alteridad, para pasar a ser concebido como una cosa, y por ello susceptible de convertirse en depositario de la agresión, parcial o totalmente, sin culpa y además sin placer (Green 1984; 2011). Al respecto, Green (2011) señala los altos alcances de la destructividad. En la base de semejante actitud hallamos una racionalización: el otro, en tanto absolutamente otro, es decir, alguien a quien se le niega la menor humanidad, es considerado como la causa de mi desdicha y por lo tanto debe desaparecer cueste lo que cueste o, en todo caso, desaparecer de mi espacio vital.

Por otro lado, Green (1984) considera que las locuras son diferentes de las psicosis. La locura, que es constitutiva de los seres humanos, está ligada a las vicisitudes del Eros primordial, siempre en conflicto con las pulsiones destructivas. Cuando Eros sale vencedor del combate, es decir, cuando la pasión que habita en él consigue ligarse, la Psicosis queda conjurada. Por el contrario, cuando las pulsiones de destrucción lo prevalecen, la desligazón predomina sobre la ligazón y la psicosis triunfa. Sin saber cómo hacer frente al peligro ni dónde está, el yo empieza a utilizar las pulsiones destructivas. Estas se vuelcan, ora sobre el objeto externo, ora sobre el interno, y aun sobre el yo. Dicho de otro modo, la psicosis.

De ese modo, las manifestaciones destructivas de la psicosis están mucho menos ligadas con la identificación proyectiva que con lo que la acompaña o sucede, el empobrecimiento del yo librado al desinvertimiento. Asimismo, la función desobjetalizante, lejos de confundirse con el duelo, es el procedimiento más radical para oponerse al trabajo del duelo que está en el centro de los procesos de transformación característicos de la función objetalizante (Green 1984).

Además, Green (1983) afirma que el narcisismo de muerte se manifiesta en otro tipo de patologías, en sus diferentes grados, por ascetismo, afánisis (desaparición del deseo sexual), anorexia mental, alexitimia y pensamiento operario de las personalidades psicósomáticas, melancolía, autismo, y en las formas no paranoides de las psicosis crónicas, donde se acerca a una forclusión total de los afectos.

Finalmente, en 1984, Green refiere que los mecanismos de defensa también pueden verse a la luz de la pulsión de muerte. Cuanto más nos acercamos a la represión propiamente dicha más la polarización ligazón-desligazón se acompaña de una religazón en el inconsciente, gracias a mecanismos como el desplazamiento, la condensación, entre otros. Es así que, el éxito del desinvertimiento desobjetalizante se

manifiesta por la extinción de la actividad proyectiva que se traduce entonces sobre todo por el sentimiento de muerte psíquica que precede, a veces de cerca, a la amenaza de pérdida de la realidad externa e interna.

En cuanto a otros autores francés, Piera Aulagnier (1984), por su parte, sostiene que la pulsión de muerte se manifiesta clínicamente como un movimiento de desinversión del objeto, que no se realiza en beneficio de otro objeto sino que amenaza toda relación de objeto. Se refiere a un tipo de sufrimiento que se produce ante una pérdida, en las psicosis y depresiones graves, en las que se actualiza la fuerza de la pulsión de muerte, anulando las inversiones logradas por la pulsión de vida, dejando en el psiquismo un borramiento de toda huella de que un objeto había sido investido. En ese sentido, propone que la meta de la pulsión de muerte es un deseo de no deseo, y cuya meta última entiende, sería la desaparición de la totalidad de los objetos, cuya ausencia se hace responsable del surgimiento del deseo y que obliga a reconocerse deseante de un objeto que falta.

Por su parte, Julia Kristeva (1997) diversas patologías de la infancia que se presentan anteriores a la relación de objeto (anorexias, mericisms y algunos autismos), invitan a aceptar la idea de una pulsión de muerte que apareciendo como una ineptitud biológica y lógica para transmitir las energías psíquicas, destruye circulaciones y nexos.

Críticos de la pulsión de muerte

Son muchos los autores psicoanalíticos que niegan la existencia del concepto de la pulsión de muerte, ya sea por cuestionar los fundamentos que lo sostienen, o simplemente, por considerarlo innecesario. Según Braier (2009), las principales objeciones plantean una variedad de cuestiones. La primera es que las repeticiones traumáticas podrían tener como explicación el placer del yo en someter la situación

traumática y no necesariamente la existencia de la pulsión de muerte. En segundo lugar, algunos teóricos afirman que resulta dificultoso reconocer en el concepto de la pulsión de muerte, cualidades que caracterizan a las pulsiones sexuales. Y, finalmente, hay quienes opinan que la pulsión de muerte no es más que una fuerza natural, más no una pulsión.

LaPlanche (1984), por su parte, afirma que lo único que puede llegar a ser considerado como una pulsión es del orden de la sexualidad. Para él, no había tal cosa como una división pulsional, entre pulsión de vida y pulsión de muerte, sino que solo existe una vía pulsional, y no una forma dicotómica de la pulsión.

Un tema muy cuestionado acerca de la pulsión, es el tema de la agresividad. Por su parte, Winnicott (1950) no acepta que exista tal cosa como la pulsión de muerte innata, ni tampoco encuentra relación con el sadismo, visto como un impulso que tiene una finalidad destructiva. De ese modo, Winnicott afirma que la agresión es una fuerza que es manifestación de la vitalidad, más no una manifestación de la frustración. Asimismo, él aclara que la agresión no debe ser confundida con el enojo, al que, más bien, considera como una agresión reactiva. LaPlanche (1984) también va a ser un detractor de la pulsión de muerte, sobre todo en términos de agresividad, ya que él tampoco percibe una relación entre ambos.

Más adelante, en 1968, Winnicott va a insistir en su negativa en encontrar relación a la pulsión de muerte y la agresividad. En ese año, Winnicott va a referir que cuando volvemos nuevamente la atención hacia las raíces de la agresión, encontramos dos conceptos en particular que deseamos deliberadamente, esperando a ver si vuelven espontáneamente, o si podemos estar mejor sin ellos. Uno es el concepto freudiano de pulsión de muerte; el otro es el de la envidia de Klein.

Uno de los grandes detractores de la pulsión de muerte, Otto Fenichel, refiere que no es posible que para una clase de impulsos, los agresivos, sea válido el principio de constancia y para otra clase, los sexuales, el hambre de estímulos. Por el contrario, el hambre de estímulos, como principio que contradice el principio de constancia, debe ser, desde el punto de vista genético, un derivado del principio de constancia o una elaboración especial del mismo. En ese sentido, no hay pruebas de que las pulsiones agresivas aparezcan siempre y necesariamente como una vuelta hacia fuera de pulsiones primariamente autodestructivas. Más bien parecería que la agresividad fuese una manera que a veces adopta la pugna por fines instintivos, en respuesta a las frustraciones, y a veces, incluso, en forma espontánea. Es así que, el concepto de una pulsión de muerte no es ni necesario ni útil (Fenichel, 1966).

Otro grupo opositor a la teoría de la pulsión de muerte, es el de la psicología del yo, liderados por Hartmann, Kris y Loewenstein . Es en 1949, donde van a referir que la comparación entre libido y agresión comienza con problemas de terminología, ya que al contrastar el amplio sentido al que se refiere Freud cuando habla de impulsos sexuales y aplicarlo a los impulsos agresivos, encontramos que, mientras que a la energía adscrita a los impulsos sexuales la llamamos libido, no adoptamos un término similar para la energía de los impulsos agresivos.

Resulta relevante mencionar que incluso teóricos como Kernberg (2009), que utiliza en su comprensión clínica el concepto, es crítico con relación a la imprecisión de dicho concepto y señala que se critica a la pulsión de muerte por cuanto pretendería abarcar una serie de fenómenos de muy distinta naturaleza, como la tendencia a la reducción a cero de las tensiones, la tendencia a la muerte, la agresividad, la destructividad, el sadismo, el masoquismo, etc., por lo que el intento

de relacionar estos conceptos no está libre de incidir en ciertas contradicciones y de exponer una compatibilidad por lo menos dudosa.

La pulsión de muerte y la práctica clínica psicoanalítica

A partir de la experiencia clínica, según Kernberg (2009), se ha podido determinar que la práctica psicoanalítica ha aumentado nueva evidencia que corrobora la prevalencia de severas constelaciones patológicas, que de manera indirecta soportan la teoría de la pulsión de muerte. Es así que la pregunta de si existe la pulsión de muerte como eje central en la psicología humana es, desafortunadamente, un problema de la práctica y no únicamente de la teoría. Feldman (2000) afirma que la pulsión de muerte es útil en la situación clínica, en el modo que ayuda a explicar las distintas formas de autodestrucción del paciente. Además, Roussillon (1998) describe que la gravedad de la patología y las resistencias más severas ya no estarán referidas al orden de lo reprimido sino que van a estar determinadas por la lucha entre instancias y las tensiones entre el yo, el ideal y el superyó, que por su cercanía con el ello puede convertirse en puro cultivo de la pulsión de muerte. Spillius (1983) y Steiner (1982) coinciden en que la noción de las organizaciones patológicas internas y cómo estas representan la pulsión de muerte, así como es que surgen las defensas ante esta pulsión. En ese sentido, es que estas organizaciones patológicas son formaciones comprometidas, debido a que son al mismo tiempo, expresiones de la pulsión de muerte, así como una defensa frente a esta.

En ese sentido, Melanie Klein (1945) reafirma que, cuando se confronta a la ansiedad que le provoca la pulsión de muerte, el yo lo deflexiona, esto significa que convierte la pulsión de muerte en agresión. De este modo, el yo se escinde proyectando al exterior esa parte de la pulsión de muerte, colocándola en el objeto externo original que es el pecho. De tal modo, dicha proyección se puede ver

representada en la situación analítica, ya que la pulsión de muerte, se ha convertido en agresión. Envidia, destrucción del pecho bueno, en tanto su finalidad se orienta a la destrucción y daño del objeto, es decir, a su capacidad creadora, es que se le considera, en el contexto clínico, como un importante factor en la producción de actitudes negativas crónicas hacia el análisis, incluyendo la reacción terapéutica negativa.

Es así que Kernberg (2009), por su parte, propone una serie de fenómenos clínicos que se manifiestan a partir de la pulsión de muerte. Entre ellos encontramos, la compulsión a la repetición, el sadomasoquismo, la destrucción en terapias de grupo y, finalmente la reacción terapéutica negativa. Como se ha mencionado anteriormente, la reacción terapéutica negativa es, quizás una de las instancias que dan mayor claridad, a la hora de hablar de la pulsión de muerte y su manifestación en el ámbito clínico.

La primera vez que Freud habla de la reacción terapéutica es cuando habla del caso del Hombre de los Lobos (Freud, 1918). En dicho caso, al Freud refiere que cada vez que se clarificaba algo, el paciente presentaba una “reacción negativa” pasajera consistente en un agravamiento de los síntomas, intentando contradecir los efectos de la intervención. Años más adelante, en 1923, Freud retoma el tema de la reacción terapéutica negativa y afirma que hay personas que se conducen muy singularmente en el tratamiento psicoanalítico. Cuando se les da esperanzas y el analista se muestra satisfecho de la marcha del tratamiento, el paciente se muestra, más bien descontento y empeora de manera notoria. Cada una de las soluciones parciales que habría de traer consigo un alivio o una desaparición temporal de los síntomas provoca en estos sujetos, por el contrario, una intensificación momentánea de la enfermedad, y durante el tratamiento empeoran en lugar de mejorar.

En este momento, Freud atribuye una reacción a un sentimiento de culpa, inconsciente, que resulta muy difícil de trabajar de manera analítica. En 1924, Freud va a retomar al problema de la reacción terapéutica negativa al afirmar que esta constituye una de las más graves resistencias del sujeto y el máximo peligro para el buen resultado de los propósitos analíticos. La satisfacción de este sentimiento inconsciente de culpabilidad es quizá la posición más fuerte de la ganancia secundaria de la enfermedad.

Finalmente, en 1933 Freud vuelve a insinuar el término de la reacción terapéutica negativa, al asociarla con la pulsión de muerte. Freud refiere que toda la agresión retornada del mundo exterior, vinculada por el superyó y orientada así contra el yo, o como si una parte de ella desarrollase su acción silenciosa e inquietante en el yo y en el ello como libre impulso de destrucción (Freud, 1933).

En su libro “Ilusiones y desilusiones del trabajo psicoanalítico”, André Green va a explorar las distintas decepciones a lo largo de su trabajo clínico, con incluso los resultados trágicos de algunos procesos analíticos. En este libro, Green va a describir las distintas fantasías transferenciales y contratransferenciales que se manifiestan a lo largo de un análisis, pero con un especial énfasis en sus aspectos negativos. En él, Green explica la manera cómo es que el análisis puede revelar las distintas presiones que implican los movimientos regresivos, así como la acción opuesta de los impulsos y las resistencias. Todo esto hasta que llega a un punto en que se puede identificar nuevas defensas como la escisión y el masoquismo, de las cuáles a veces se puede ver neutralizado el principio del placer, y que a la vez, evidenciaría una reacción terapéutica negativa (Green 2011).

En ese sentido, Green, afirma que en la reacción terapéutica negativa sólo se explica en relación con la pulsión de muerte. Él va a afirmar que el principio del

placer deja de ser lo que manda en la psique, cediendo su dominación a la repetición. No es que sean, principalmente, las experiencias desagradables las que tienden a repetirse, sino que éstas lo hacen tanto como aquellas relacionadas con el principio del placer. De ese modo, y a partir de este momento, el resultado final está regido por la fusión-defusión. Este cambio negativo en el proceso analítico, esta negatividad que parece ser producto de una orientación invertida, independiente o hasta contraria al principio del placer, parece estar mandada por un masoquismo prevaleciente que se explica en relación con la pulsión de muerte (Green, 2011).

De tal manera la compulsión a la repetición se resiste obstinadamente al cambio favorable y repite la orientación adversa al curso del análisis. Podemos preguntarnos cuántas de las que hemos considerado como resistencias no son, de hecho, expresiones de las pulsiones destructivas o de muerte. Esto último nos lleva a desarrollar, otro de los fenómenos más importantes en relación a la pulsión de muerte, como menciona Freud (1937), es la compulsión a la repetición. Según Bleichmar (1991), la compulsión de repetición es un problema de la clínica. Lo que la determina, el principio general que rige el funcionamiento psíquico es un problema metapsicológico que debe dar cuenta de los modos de la compulsión de repetición.

En 1914, Freud comienza a dar luces acerca de la compulsión a la repetición al señalar que el analizante repite en lugar de recordar, y repite bajo las condiciones de la resistencia, por lo que considera válido preguntar. Repite todo lo que desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, así como sus rasgos patológicos de carácter. Y además, asegura, durante el tratamiento repite sus síntomas.

Años más tarde, en 1920, Freud va a determinar que dicha compulsión a la repetición está determinado por lo observado en su práctica clínica y la relación de

ello con la teoría psicoanalítica. Del mismo modo, Freud va a hacer una asociación entre lo que es la compulsión de repetición y su relación con la pulsión de muerte. Freud refiere que la compulsión de repetición tiene suficiente poder para doblegar al principio de placer, se exterioriza todavía con mucha nitidez en las aspiraciones del niño pequeño y gobierna el psicoanálisis de los neuróticos en una parte de su decurso. En ese sentido la compulsión de repetición que nosotros rastreamos dentro de la teoría freudiana y que se ubica en la transferencia que se caracteriza por la sustitución de una persona anterior por la persona del analista.

Por otro lado, Freud va a referir también que la compulsión a la repetición es un síntoma que actúa como una técnica motriz de la represión, en tanto represión fracasada, ello tomando en cuenta que no implica resistencia y también su capacidad para producir displacer (1926). Sobre esto, Kristeva (1993) refiere que la compulsión a la repetición puede quedar en un permanente repetir y permitirá, tal y como se da en un espacio analítico a partir de la transferencia y la contratransferencia, la posibilidad de reconstruir secuencias temporales de su pasado, borrando las lagunas mnémicas producidas por la represión. Por ello la pulsión de muerte, que esta inscrita en la pulsión de vida, puede tender a la muerte o ponerse al servicio de la vida. Este es el descubrimiento freudiano: que la pulsión de muerte da sentido a la pulsión de vida. Es así como un tratamiento analítico implica la posibilidad de utilizar la fuerza de la muerte como pulsión al servicio de la vida.

Asimismo, Rosenfeld (1971) menciona que la manifestación misma de la pulsión de muerte se haya en la forma de severas condiciones narcisistas de los pacientes. Dichos pacientes narcisistas intentan escapar de la lucha entre impulsos destructivos y libidinales al matar a su yo amado y dependiente; y se identifican con

las partes narcisistas-destructivas de ese yo, que les da la sensación de superioridad y auto admiración, reflejado en la relación pacientes analista, a la misma vez. De ese modo, Feldman refiere que (2000), en la pulsión de muerte, la mira no está puesta en matar o aniquilar, sino en mantener un vínculo con el objeto que, por lo general, va a tener una cualidad tormentosa, como se refleja en la relación del paciente y el analista.

Lo que es impactante, según Segal (1993), es que en algunos casos, los pacientes sentían que podían deshacerse de su muerte interior, al enfrentar sus deseos de matar al terapeuta. En así que, según Waska (2001) la tarea analítica consiste en la contención, desintoxicación, interpretación de esta fuerza destructiva de la pulsión de muerte. Las características dinámicas de la mente puede ser más prominentes en algunos pacientes y mas silencioso en otros. En ese sentido, debido a las maneras de autodestrucción, algunos pacientes parecen crear dificultades y patrones de transferencia y contratransferencia destructivos.

Por su parte, Segal (1991) refiere que, cuando hay una confrontación con la pulsión de muerte, dentro de la situación analítica, esta a su vez mueve la pulsión de vida. En ese sentido, en la situación analítica, la proyección de la pulsión de muerte es muy potente y afecta directamente en la contratransferencia. Por tal motivo, el analista constantemente se ve empujado y forzado a sacar a un superyó persecutorio. Por su lado, Feldman (2000) refiere que el mejor uso de la pulsión de muerte, como método clínico, radica en entender las fuerzas negativas en pacientes que destruyen la claridad, el significado, las diferencias y el crecimiento. Estos pacientes quieren prevenir el cambio porque el cambio se percibe como persecutorio. Cualquier contacto con el analista es negado o borrado para preservar una posición omnipotente.

Los pacientes no están determinados hacia la muerte, pero sí a aferrarse al dolor y el sufrimiento.

En la clínica uno puede ver la gratificación de los pacientes al atacar y desmerecer el significado y el valor, tanto del pensamiento del analista, así como su trabajo; así como sus capacidades de pensamiento y creatividad. Aunque muchas veces esta gratificación no es consciente. El paciente busca reemplazar el mundo del pensamiento del analista, su creatividad y significado y cambiarlo por un mundo dominado por la parálisis y el terror. Los pacientes pueden expresar su propia destructividad y a través del uso de la identificación proyectiva, como un medio silencioso y poderoso que lleva al analista a sentirse desesperanzado y desesperado (Feldman, 2000).

Cuando los pacientes empeoran, muchas veces resulta por la culpa que pueden sentir por ser ayudados. Además, existe una envidia inconscientes del paciente al analista, por la herida narcisista del paciente por necesitar ayuda, ya que el analista es el que puede ayudarlo o tiene la capacidad creativa de hacerlo. En ese sentido, hay una necesidad de autodestrucción, y una identificación inconsciente con el objeto sadista. El paciente solo puede relacionarse con alguien que lo destruye, el narcisismo maligno se torna imperante y así provocan al analista a reaccionar agresivamente, con una actuación de contratransferencia negativa, y además, manifestando una conducta negativa, de tal manera que el paciente triunfa y aumenta la autodestrucción. De ese modo, el analista se siente culpable, impotente y frustrado, y el paciente utiliza, así, el tratamiento como un forma perverso gratificante de autodestrucción porque llevan a otros a sus ataques de autodestrucción (Kernberg, 2009).

Para Waska (2001) la función defensiva de la pulsión de muerte es el intento desesperado de la mente de evitar la pérdida y la persecución. El objeto se percibe como una amenaza y no se puede tolerar, y es así que tiene que ser destruido. En ese sentido, la pulsión de muerte parece ser el intento del yo de prevenir la pérdida, la culpa, la persecución, aunque en círculo vicioso, la pulsión de muerte por lo general genera estas ansiedades de destrucción.

En relación a esto, Segal (1993) afirma que una parte esencial del trabajo de la posición depresiva en la práctica clínica, se basa en retirar, gradualmente las identificaciones proyectivas del paciente hacia el analista. Esto es importante, técnicamente hablando, debido a que la pulsión de muerte se nutre y mantiene, gracias a las identificaciones proyectivas. Es así que el análisis de dichas identificaciones proyectivas, dentro de la transferencia, sueños y material extratransferencial, es esencial para facilitar una salida de la posición esquizoparanoide a una depresiva, siendo esta más saludable.

Según Bion, este proceso patológico, se inicia desde el comienzo mismo de la vida del bebé, en la que éste se ve obligado a expulsar masivamente la ansiedad, utilizando el mecanismo de identificación proyectiva, frente a una madre vivida por él como carente de reverie. El autor, en total acuerdo con Melanie Klein, considera que la ansiedad está conectada al sadismo y a la pulsión de muerte, sin embargo, le da un mayor peso a los factores ambientales (Bleichmar y Bleichmar, 1989).

Justificación del tema

A partir de lo mencionado se considera importante el entendimiento de la pulsión de muerte como un aspecto dentro del trabajo clínico en el psicoanálisis. De tal modo, es importante hacer una búsqueda más exhaustiva de la pulsión de muerte, para lograr una mayor comprensión del trabajo de la práctica psicoanalítica. Para

Green (1984) el problema del concepto de pulsión de muerte, a partir de la experiencia clínica, sigue siendo teórico. En ese sentido, es necesario enfatizar en el hecho de que la teoría psicoanalítica se construye desde la misma práctica clínica; es así que, para entender un concepto tan complejo como el de la pulsión de muerte, es importante retornar a la experiencia concreta de la situación analítica.

De esa manera, es necesario explorar en detalle dicho concepto, para poder aclararlo y, sobre todo, dar cuenta de cuáles son sus manifestaciones y significados en la práctica psicoanalítica. Por ello es importante el respaldo de la práctica clínica, porque, como manifestó Kernberg (2009), es a partir de la mirada de los fenómenos clínicos que se puede llegar a una mayor comprensión del concepto de la pulsión de muerte. Ahí radica, entonces, la relevancia del aspecto clínico para poder ayudar a esclarecer un concepto que genera confusión y discusión, en el entorno psicoanalítico. Asimismo, resulta significativo recalcar la importancia de poder esclarecer el concepto de la pulsión de muerte, y poder situarlo como un aspecto útil, dentro de nuestra práctica analítica local. Es importante señalar que, para describir este fenómeno, es importante determinar cómo es que se expresa la pulsión de muerte en la práctica desde la perspectiva de los analistas, es decir, lo que ellos reportan que ocurre en lo clínico.

Es así que, es importante resaltar la relevancia que implica asir el concepto de pulsión de muerte como parte de un aspecto metapsicológico, a partir de una mirada tanto conceptual, como empírica. Todo esto resulta sumamente crucial debido a que, como se ha podido mencionar, el concepto de pulsión de muerte resulta polémico, confuso y hay quienes se oponen a la idea de pulsión de muerte. En ese sentido, resulta pertinente subrayar, que si bien el concepto de pulsión de muerte puede considerarse poco claro y hasta debatible.

Es así que la importancia de esta investigación radica en la posibilidad de conocer el modo en que los analistas peruanos pueden llegar a conceptualizar el tema de la pulsión de muerte; pero, sobre todo, en la manera en que trabajan con dicho concepto, y sus implicancias en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica. De ese modo, el describir las diferentes manifestaciones y expresiones del concepto de la pulsión de muerte en el ámbito clínico, desde la experiencia de dichos analistas, sirve como pretexto para poder indagar sobre auténtica importancia de la relación que existe entre la teoría y la práctica, dentro del psicoanálisis.

Asimismo, en la maestría de Estudios Teóricos en Psicoanálisis ya se ha trabajado con dicho concepto. En su tesis de maestría, Zelaya (2003) discute la utilidad del concepto de pulsión de muerte, y sus aspectos clínicos, para profundizar en la comprensión de los psicodinamismos que se producen en los cuadros de depresión post-parto. Por todo lo mencionado anteriormente, considero que es de suma importancia esclarecer la perspectiva de la pulsión de muerte, y así conocer a fondo su significado y su importancia en la actualidad; al comprender la relación que se establece en la teoría y la práctica psicoanalítica.

Objetivo de la investigación

Tomando como base la experiencia de un grupo de analistas explorar y analizar las formas de expresión de la pulsión de muerte en la práctica clínica psicoanalítica, y las particularidades del concepto, así como evaluar las consecuencias que se desprenden de dicho análisis para la comprensión del concepto.



Metodología

La presente investigación es de tipo conceptual empírica ya que se buscó clarificar y conocer los significados del concepto de pulsión de muerte a partir de indagar en el plano empírico acerca de sus manifestaciones clínicas en el ámbito de la práctica con pacientes, desde la perspectiva reportada por los analistas. (Dreher, 2000).

El diseño metodológico para la parte empírica de la tesis se enmarca dentro de un enfoque cualitativo, ya que es un proceso constructivo-interpretativo, donde el conocimiento es construido, no descubierto y el afán es comprender el tema en cuestión. De ese modo, la importancia de lo cualitativo radica en recoger una mirada del fenómeno desde el punto de vista de los actores, en este caso en particular, de los propios analistas. En ese sentido, el carácter cualitativo permite indagar en la forma en que los analistas dan cuenta de la manera en que trabajan con el concepto de pulsión de muerte. Esto último resulta esencial debido al valor de la perspectiva subjetiva, en este caso, enmarcada desde la propia experiencia clínica. Asimismo, se asume el valor del papel del investigador: su horizonte y subjetividad, como parte esencial de la producción de conocimiento (Gonzales Rey, 2007).

Además, es importante mencionar la importancia del enfoque cualitativo debido a que el objeto de estudio se basa en el discurso individual que se tiene sobre la pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica. Al ser un discurso personal, el análisis cualitativo tiene un peso significativo ya que permite poder manejar la información de manera más adaptada y suficiente. Es importante subrayar que el peso cualitativo de esta investigación se debe a que el recojo de la información se

manifiesta a partir de la experiencia subjetiva de los que brindan la información, en este caso en particular, acerca de la pulsión de muerte en el ámbito clínico.

Participantes

Se realizaron entrevistas a profundidad a un grupo de diez analistas peruanos: ocho analistas hombres y dos analistas mujeres. Dicho grupo de analistas fue seleccionado de manera intencional debido a que debían tener una amplia experiencia en cuanto a lo clínico ya que, de esa manera, podrían dar cuenta de la pulsión de muerte en el ámbito de la práctica clínica. El criterio de inclusión para escoger a dichos analistas es que hayan tenido experiencia como docentes en el campo psicoanalítico, que además sean supervisores clínicos y, finalmente, que tengan, por lo menos, diez años de ejercicio como analistas en práctica. Es decir, buscábamos sujetos tipo que tuvieran experiencia suficiente para poder reconocer y dar cuenta de la pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica. El número de analistas fue de diez, definido por criterio de saturación, debido a que no podría resultar viable hacer un número más extenso por el monto de tiempo que tomaría llevar a cabo las otras fases de la investigación.

En cuanto al procedimiento del contacto, se le envió una carta a la Sociedad Peruana de Psicoanálisis, con el fin de informar acerca de la tesis y de la necesidad de entrevistar a los analistas en mención. Posteriormente, el contacto con los analistas fue de manera individual, a través de la vía telefónica, donde se le pidió a cada uno la posibilidad de efectuar dichas entrevistas para la realización de la tesis para la maestría de Estudios Teóricos en Psicoanálisis. Dicha llamada telefónica permitió esclarecer los objetivos de la investigación, además de poder acordar una fecha y hora exacta, de cada entrevista.

Recojo y análisis de la información

En cuanto a la recolección de los datos y de la información, se llevaron a cabo entrevistas a profundidad que permitieron reconocer la experiencia de los analistas en torno a las formas de expresión de la pulsión de muerte en el contexto clínico. Resulta pertinente el uso de entrevistas a profundidad, debido a que permite reconocer y ahondar en distintos aspectos del concepto en mención, en un nivel particular, individual y meticuloso. Dichas entrevistas a profundidad se basaron en un marco de una conversación flexible, pero apoyadas en una guía. Esto constituye una entrevista semi-estructurada compuesta por una pregunta de apertura, además de proceder con preguntas pertinentes para el estudio en cuestión, según como se iba dando la entrevista (Hennink, Hutter y Bailey, 2011). Es importante señalar que la pregunta de apertura fue la siguiente: *“A partir de su experiencia como analista, ¿Cómo cree usted que la pulsión de muerte se expresa en la práctica clínica?”*.

Las entrevistas se llevaron a cabo en el consultorio de cada analista, donde se les mencionó a cada uno de ellos que las entrevistas en cuestión tenían el fin de brindar información única y exclusivamente para la tesis a desarrollar. De ese modo, las entrevistas estuvieron centradas en recoger la experiencia clínica de los analistas de la forma más exhaustiva posible. Para ello se indagó sobre situaciones o viñetas clínicas que estuvieran relacionadas con la pulsión de muerte y estas se complementaron con opiniones y problematizaciones teóricas sobre el concepto y sus implicancias en el campo clínico. Es importante mencionar que cada entrevista duró, aproximadamente, entre 40 y 50 minutos y se culminaron cuando se pensaba se había recogido suficiente información. A inicio de cada entrevista se pidió a los analistas el consentimiento de que estas sean grabadas, en audio. tesis. En todos los casos, dicho consentimiento fue otorgado de manera oral y sin mayor problema.

En lo concerniente al procesamiento de la información, se desarrolló a través del método de análisis temático que se basa en poder identificar, analizar y señalar distintos patrones que se encuentran en un determinado grupo de información. De ese modo, el investigador mantiene un rol activo que le permite identificar dichos patrones, con la finalidad de poder dar cuenta de la experiencia y significados que los participantes dan a ciertos sucesos. Luego de las entrevistas se procedió a realizar una codificación preliminar identificando posibles temas y su relación con los mismos (Braun y Clarke, 2006). Los temas que surgieron fueron modificados a lo largo del análisis, y se mantuvo un modelo inductivo de producción de conocimiento. Asimismo, en el modelo inductivo, los temas que han sido encontrados tienen que ver específicamente con la información obtenida en dichas entrevistas y no a patrones de códigos establecidos previamente (Braun y Clarke, 2006).

Asimismo, el uso de códigos permitió, posteriormente, el establecimiento de tendencias en la información o temáticas específicas. Esto quiere decir el realizar un proceso, más bien deductivo e inverso, que pueda lograr determinar si es que la información obtenida es capaz de sustentar cada categoría o si es necesario regresar por más información que pueda darle un mejor respaldo (Creswell, 2014).

Es importante señalar que el objetivo de estudio marcó dos ejes claros, donde los temas, en su totalidad, fueron emergentes. El primer eje describe la manera en que la pulsión de muerte aparece en el contexto de la práctica clínica según los analistas. El segundo eje se basa, más bien, en las implicancias de dichos alcances del contexto clínico, para la comprensión del concepto de la pulsión de muerte. Resulta relevante reiterar que la construcción de ambos ejes se llevaron a cabo de manera emergente. Esto quiere decir que los temas fueron surgiendo a partir de la información obtenida, y la temática estuvo distribuida según los diferentes aspectos del contexto clínico que

surgen a partir de las entrevistas. Esta distribución de la temática se basa en una descripción de la pulsión de muerte desde la perspectiva del paciente, del analista y, finalmente, en la relación de ambos.

En cuanto al segundo eje, la construcción de los códigos están distribuidos según la teoría freudiana, por un lado, según la teoría kleiniana, por otro; y, finalmente, según la teoría greeniana. Asimismo, surgieron temas relacionados a las particularidades del concepto de pulsión de muerte y el lenguaje que utilizan los analistas para describirlo, así como el uso que se le da al mismo, en el contexto clínico. Finalmente, se discutió el tema de acuerdo al objetivo, de forma integrada y para ello se utilizarán las reflexiones que en la descripción de cada tema van surgiendo y se van consignando. Asimismo, resulta relevante indicar que al detallar el procedimiento se busca aportar credibilidad y transparencia como criterios de calidad de la presente investigación. Los ejes temáticos fueron jerarquizados de la siguiente manera:

Tabla 1

Ejes, temas y subtemas

Ejes	Temas	Subtemas
Expresión de la pulsión de muerte en el ámbito clínico	En el paciente	La violencia
		La envidia
	En el analista	El desprecio
		La apatía
El concepto de la pulsión de muerte: más allá de lo clínico	El paciente y el analista: espacios en común	Rasgos psicopatológicos y sintomatología
	Postura teórica	La parálisis
	Funcionalidad del concepto	El hartazgo
		La seducción
El lenguaje	La incompreensión	
	Lo inabordable	
	Lo irrepresentable	
	Perspectiva desde la teoría freudiana	
	Perspectiva desde la teoría kleiniana y bioniana	
	Perspectiva desde la teoría greeniana	
	Utilidad del concepto	
	Las creencias e ideologías	
	Analogías	
	Metáforas	

Resultados

A partir de lo reportado por los participantes, lo que se realizó en los resultados es un análisis temático de las entrevistas. Dicho análisis partió de la premisa de las dos partes de dicho objetivo de trabajo: por un lado, se buscó describir las diferentes expresiones de la pulsión de muerte en la práctica clínica psicoanalítica; y por otro lado, determinar qué es lo que se dice del concepto de la pulsión de muerte.

Es así que, en un inicio se describieron las formas de expresión de la pulsión de muerte. Tomando en cuenta lo conversado con los analistas se señalaron, en primer lugar, desde la mirada del paciente; en segundo lugar, desde el lugar del analista; y, finalmente, se hizo una descripción de las formas de expresión de la pulsión de muerte en el proceso psicoanalítico. En cuanto a la mirada del paciente, se buscó puntualizar algunos aspectos que han surgido en función a las entrevistas realizadas y que engloban un discurso en común por parte de los participantes, tales como: la violencia, la envidia, el desprecio, la desidia, y la patología. Desde el lugar del analista, se señaló cómo es que habrían distintas formas de captar la pulsión de muerte y que los afectan de alguna manera. Entre ellas encontramos la parálisis, la seducción, el hartazgo y la incompreensión. Finalmente, en esta primera etapa, repasaremos las expresiones de la pulsión de muerte dentro del proceso psicoanalítico, que básicamente serían dos: lo inabordable y lo no representable.

Por otro lado, en un segundo momento, se analizaron aquellas expresiones que se tienen acerca del concepto en sí de la pulsión de muerte. Es decir, determinar cómo es que se conceptualiza la pulsión de muerte, y cuáles son las coincidencias y discrepancias en dichas afirmaciones acerca del concepto. En este acápite, en primera instancia, se reconocieron las distintas posturas teóricas que se basan en las

formulaciones hechas por Sigmund Freud, Melanie Klein y André Green. En una segunda instancia se identificó cómo es que los participantes hablan acerca del concepto de la pulsión de muerte, es decir, cuál es el lenguaje que utilizan para describir a dicho concepto, a partir del uso de metáforas o de analogías. Asimismo, otro punto importante en la conceptualización de la pulsión de muerte es el estatuto que se le da a dicho concepto; si es una cuestión de creencia, o de la posición teórica en que se ubica. Finalmente, se buscó hacer una descripción de cuáles son los límites de la pulsión de muerte, sobre todo en la conceptualización misma y, por otro lado, en la crítica en su uso clínico.

Expresión de la pulsión de muerte en el ámbito clínico

La pulsión de muerte, según lo reportado por los participantes, parecería ser que se manifiesta de manera más contundente en relación al vínculo que se establece entre paciente y analista, además de todo lo que puede manifestarse, explícita e implícitamente, dentro del proceso psicoanalítico en sí. De esta manera, dichas manifestaciones podrían estar, por un lado, más cerca de la idea de expresiones de agresión y de violencia destructiva; pero también existirían otros elementos a tomar en cuenta, como la incapacidad para pensar, comprender y elaborar todo aquello que ocurre dentro del ámbito clínico.

De ese modo, la presencia de la pulsión de muerte se podría ver significada por la incapacidad de representar, de poner en palabras, por la incapacidad de interpretar, teñido por temas que no podrían ser abordados, tanto por el analista, como por el paciente; manifestados en la situación analítica y que se desarrollaría a lo largo del proceso psicoanalítico.

Es importante subrayar que, por una cuestión práctica, resulta beneficioso para el ordenamiento de la información, abarcarla desde tres lugares diferentes. En ese sentido, si bien toda la información podría estar inmersa en lo que se entiende como proceso psicoanalítico, resulta más práctico y relevante hacer la distribución correspondiente. De tal modo, la información a tratar se va a desarrollar, desde lo clínico, a partir de la perspectiva del paciente, la del analista, y lo que ocurre en la relación de estos; lo que se considera una separación metodológica pertinente.

En el paciente

En este caso se especifica la manifestación de la pulsión de muerte desde el lado de paciente y su imposibilidad para poder permitir que se desarrolle un proceso de manera fluida y adecuada. Es así que se podrían percibir rasgos violentos por parte del paciente, con expresiones claras de agresión y desprecio hacia el analista. Asimismo, otro aspecto que irrumpe de manera significativa en el análisis, es el lugar de la envidia, que resultaría ser sumamente significativo para la identificación de la pulsión de muerte en el contexto clínico. Finalmente, otra de sus formas de expresión parecería ser la desidia por parte del paciente, dentro del marco clínico.

La violencia

La violencia proveniente del paciente y dirigida hacia el analista parecería ser uno de los escenarios que, para muchos de los analistas, se reproducen con mayor frecuencia, dentro del ámbito clínico. Asimismo, parece ser que estos pacientes que expresan su destructividad, enfrascada en la expresión de la pulsión de muerte, serían aquellos que atacan al analista de manera explícita, a través de insultos y frases que pueden considerarse denigrantes.

“Te mandó a la mierda, no te pagó, tiró la puerta, no vuelvo mas, eres una tal por cual, que te has creído, me hablas así porque estas en una posición.”

Analista 1

Por otro lado, existen muchos analistas que piensan que este tipo de pacientes, que atacan y vociferan en contra del analista, resultarían ser los pacientes más graves.

“Me encontraba con los pacientes graves y rápidamente, decía claro, es el tema de la destructividad en sus múltiples facetas: hacia afuera en el agresión al otro o los ataques a los vínculos.” Analista 1

Además, para los participantes, podrían llegar a ser los pacientes más complicados y comunes dentro de el trabajo terapéutico.

“Pero he visto una agresividad muy destructiva en algún tipo de pacientes. Que son los pacientes precisamente mas difíciles y son los que ahora se ven más.” Analista 2

Sin embargo, hay quienes piensan que estas manifestaciones de odio, agresión y violencia, no estarían relacionadas con la pulsión de muerte.

“porque ahí estamos hablando quizás de odio y el odio, a diferencia de la pulsión de muerte clásica, el odio trae un componente afectivo vital, caliente... calentarse es afecto es vitalidad...” Analista 4

Por otro lado, hay quienes piensan que estos actos del paciente, que violentan contra la función terapéutica, podrían estar relacionados a partes más bien psicóticas de las personas, y no tendrían por qué estar relacionadas a la pulsión de muerte.

“Esa (la violencia del paciente) no necesariamente es la pulsión de muerte, esa es una actuación de la parte psicótica de la personalidad, no es la pulsión de muerte... la pulsión de muerte no tiene nada que ver.” Analista 5

Esta violencia se haría explícita y conjugaría una serie de elementos que son pertinentes de resaltar, tales como el ataque, la gravedad de la patología y como es que resulta tan común este tipo de escenarios de embestida.

La envidia

La envidia, según lo descrito por los analistas, parecería ser un punto significativo a la hora de hablar de pulsión de muerte desde el lado del paciente. Es decir, que habría un consenso bastante importante al entender a la envidia del paciente como una manifestación de la pulsión de muerte, y como una entidad que surgiría desde lo destructivo.

“Se manifiesta en una competencia muy fuerte con el analista, en envidia... esto puede ser un argumento para la reacción terapéutica negativa... es decir yo no quiero que tu triunfes, porque veo como un triunfo, no como algo que me hace bien...entonces no quiero que triunfes.” Analista 2

“me terminaba envidiando a mi porque había una facultad mental que yo sí tenía, y que a ella le faltaba.” Analista 1

Es así que, la envidia, básicamente de la creatividad y la capacidad “curadora” del analista, podría ser una de las más claras representantes de la pulsión de muerte que generaría una potente forma de resistencia.

“La envidia como parte de la manifestación de la pulsión de muerte, no pueden tolerar que el analista sea el creativo, el que cura.” Analista 3

En cuanto a la envidia, parecería no haber mayor controversia: es casi por excelencia el representante de la pulsión de muerte. Sería, en ese sentido, un punto clave en el entendimiento de la pulsión de muerte en la práctica clínica.

El desprecio

Por otro lado, aparecería otra manifestación de la pulsión de muerte desde la perspectiva del paciente: el desprecio. El desprecio, a su vez, se podría expresar de distintas maneras, pero una de ellas sería el ataque al encuadre, por ejemplo. Se podría considerar muy frecuente esta manifestación de la pulsión de muerte, cuando el paciente no llega a la hora pactada para la sesión, o interrumpe el proceso, sin previo aviso.

“También está el desprecio, la indiferencia son otras formas en las que se reproduce la pulsión de muerte, son formas de ataque al vínculo cuando abandonan la sesión, olvidarse, llegar tarde, cortarla y no decirte nada, desaparecerse. Son las formas adultas de ataque al vínculo de manifestación de la pulsión de muerte.” Analista 3

Esta indiferencia podría traer consigo sensaciones de desvalorización, por parte del analista.

“el desprecio... y el desprecio se manifiesta de muchas formas, por ejemplo, se va de viaje y no te avisa, te deja plantado 3 o 4 sesiones y regresa como si nada, está como desvalorizando, basureándote un poco, eso sucede con mucha frecuencia.” Analista 2

En ese sentido, el desprecio parece ser la otra cara de la moneda, una especie de “ataque” al analista, pero de manera disuadida y “disfrazada”.

La apatía

La apatía que demuestra el paciente, a partir de lo mencionado por los participantes, sería otro tema importante en cuanto a pulsión de muerte se refiere. Son los pacientes que, en cierto sentido, no tendrían el deseo de mejora. Son pacientes que no mostrarían ningún interés, ni darían muestras de vitalidad.

“...que es lo con los que hay que tener más cuidado, porque, como se van desligando poquito a poquito y ya, no te das mucha cuenta y...se fueron...”

Analista 1

O por otro lado, pacientes que parecerían no querer, verdaderamente, que el analista pueda generar en ellos sentimientos más vitales, sino más bien, persistir en su malestar.

“Pacientes que te dicen déjame tranquila, déjame morir, aunque estoy en condición de orate, déjame.” Analista 6

“Justamente tienen gran malestar vinculado a la sensación de vacío, de falta de sentido, de significancia, personas que acuden, sin motivo de consulta por ejemplo.” Analista 4

Esta apatía, aparentemente, podría ser una de las expresiones de la pulsión de muerte en donde se puede percibir una sensación de abandono por parte del paciente, con pocas ganas de colaborar con el proceso y su propia mejora.

Rasgos psicopatológicos y sintomatología

La descripción de la patología, bajo el lente de la pulsión de muerte, parecería ser un tema bastante abarcativo. En dicha descripción se conjugarían distintas representaciones sintomatológicas de los pacientes que manifiestan estar controlados por la pulsión de muerte. Una de las patologías que más se puede reconocer en los pacientes, sería la depresión. La depresión, al estar tomada por la pulsión de muerte, podría generar distintas manifestaciones que evidenciarían una propensión hacia la destrucción de uno mismo.

“Tiene una tendencia a la depresión y bordea el acting. Tiene ideas suicidas, pero no se ha cortado... todo el rato está como ahí.” Analista 1

Por otro lado, según lo referido por los analistas, otra de las manifestaciones sintomatológicas que han aparecido, describirían a los desórdenes alimenticios como expresión de la pulsión de muerte. Al ser una patología que distorsionaría la capacidad de mirarse a uno mismo, y que llevaría al deterioro inminente de la persona quien la padezca.

“Lo veo todo el tiempo con los pacientes en su no sé, por ejemplo problemas alimenticios... gente que no puede saber qué hacer con su vida, con su vida que no tiene ningún sentido.” Analista 6

También encontraríamos pacientes con dificultad para expresar emociones y sentimientos, y que, de alguna manera, parecerían estar muertos; son pacientes que tendrían dificultades en hacer lazos suficientemente fuertes y que se reproducirían en el espacio terapéutico.

“... no son personas que carezcan de elocuencia, sino que no tienen las palabras para decir sus sentimientos y a veces ni siquiera sus emociones.”

Analista 4

“el paciente que está muerto, porque no le dieron vida, porque nunca lo miraron, nunca lo quisieron los padres ...” Analista 5

Finalmente, los pacientes denominados con personalidad borderline. Serían pacientes que también podrían estar caracterizados por la pulsión de muerte y que llegan a consulta de manera regular, que tendrían poca capacidad para establecer un buen vínculo y desligarse de sus aspectos más destructivos.

“Los pacientes en donde hay una gran dificultad para establecer vínculos o simplemente para poder asociar libremente..., y en general todo aquello en donde se ataca la posibilidad de representar lo cual se traduce en personalidades, como las borderline.” Analista 4

El tema de los rasgos psicopatológicos es uno de los ejes que más diversidad parecería manifestar en la opinión de los analistas. Serían, en ese sentido, patologías que tienen diferentes vías de expresión y distintas formas de manifestación; lo cual podría resultar muy extenso, sin embargo, no hace una mención explícita del lado psicótico. Se podría afirmar, entonces, que la pulsión de muerte sería más visible en lo borderline, que es lo que llega a consulta, además de lo depresivo, pero que en ambos casos se estaría hablando del lado psicótico de la personalidad.

Parecería ser que, desde las perspectiva de los entrevistados, el paciente es el portador y el analista, más bien, el depositario de todo los componentes agresivos que no puede contener y que por ende estaría colocando en el analista. El ataque, la violencia, el desprecio, la apatía y la envidia, serían elementos que evidenciarían un contexto cargado de pulsión de muerte.

En el analista

En este punto, resulta importante subrayar que la pulsión de muerte afectaría al analista también, con sensaciones negativas, desestabilizantes, que irrumpen, más bien en el análisis mismo, y en la claridad del analista para poder comprender, ayudar y pensar al paciente. Según lo descrito por los participantes, parecería ser que el analista se siente paralizado, como inmovilizado. Otra manifestación, en este sentido, se daría a partir del hartazgo, donde el analista se atiborraría del paciente y de lo que este trae consigo.

Asimismo, muchas ocasiones, la pulsión de muerte irrumpiría de forma seductiva; es decir, que aparecería como forma de “enganche” del analista a los aspectos con los que el paciente cree poder llamar la atención del analista.

Finalmente, la incomprensión que se generaría en el analista mismo no le permitiría

una real elaboración de lo que está ocurriendo en la mente del paciente, y sobre todo, en el proceso psicoanalítico.

La parálisis

La parálisis sería, quizás, una de las fuentes más representativas de la pulsión de muerte, desde la disposición del lugar del analista. Dicha parálisis se manifiesta en cómo el analista se percibiría con la incapacidad de poder hacer frente a los constantes ataques que vienen desde el paciente, explícita e implícitamente.

“Y claro me afectaba en el momento, me paralizaba... yo no sabía que decirle...” Analista 1

Es así que la parálisis resultaría ser una manifestación de la pulsión de muerte a partir de la inmovilización del analista: al ser anulado, dejaría su posición de analista, sin la posibilidad real de pensar en su paciente y en la situación en la que está envuelto.

“Ahí hay una tendencia a inmovilizarte, inundarte de algo que te saca de rol, que te impide la asociación libre y que te hunde, la atención libre flotante, y te envuelve, te hunde en una maraña, medio somnoliento que escuchas aquí, allá y no sabes qué escuchaste.” Analista 2

De ese modo, habría como una especie de neutralización, donde el terapeuta, de alguna manera, siente que ha perdido el control de la situación clínica.

“Pero la pulsión de muerte estaba ahí en neutralizarme a mí, en desempoderarme, castrarme, dejarme en mi silla inmovilizado... ahí me parece que la pulsión de muerte está menos en el acto violento, intrusivo, que en la búsqueda de anularme, como terapeuta, como hombre... hacerme sentir su poder. Me parece que la pulsión de muerte es eso más bien, es el hecho de volverte eh, alguien insignificante, ningunearte, rebajarte y para eso la agresividad y la violencia es un medio.” Analista 4

Asimismo, la técnica también se vería abatida, el terapeuta no sabría cómo lidiar con esta destrucción, sin posibilidad de interpretar, ni saber qué decir.

“No sabía cómo abordar técnicamente esta tendencia suya a paralizarme, a incomodarme realmente tenía frases o intervenciones, contenidos que eran, realmente locos... eran como, que todo el tiempo era malograrme la cabeza.”

Analista 1

Finalmente, esto parecería también estar manifestando una forma en la que el paciente tiene el deseo de sentir al analista como insignificante y desvalido.

“Esta gente que se cortaba, se drogaba, me costó mucho que valorara lo que yo hacía, pero años... y yo me tenía que quedar absolutamente callada, sal de ahí, no vales, esto no sirve y por ultimo si sirve, no tanto...” Analista 6

La parálisis parecería resultar ser bastante abrumadora para el analista, donde se vería con muy pocas herramientas de reacción frente a lo trae el paciente, que afectarían su rol de analista y lo sacarían de su posición.

El hartazgo

Por otro lado, desde lo reportado por los entrevistados, otro representante de la pulsión de muerte en la mente del analista sería en la sensación que este último tiene de rechazo frente a la figura del paciente y todo lo que traería consigo. Por un lado, la dificultad que parecerían presentar los pacientes cargados de pulsión de muerte y destrucción, frente a la imposibilidad de trabajar con ellos, generaría dicho rechazo.

“Yo ya no sabía qué hacer con ella, porque me era muy difícil.” Analista 1

Existen pacientes intrusivos, que hostigan al analista y esto también parecería generar una gran sensación de rechazo y que podría llegar a hacer que el analista interrumpa el proceso, porque el hartazgo lo habría tomado de manera significativa.

“Hay casos así que dices no puedo... alguna vez he sufrido ataques de pacientes, hostigamiento y qué se yo... hay momentos en que dices no puedo mas, este es mi limite y mi tolerancia...” Analista 7

El aburrimiento también parecería ser una instancia recurrente. El analista percibiría su propio tedio frente al paciente: poca motivación, poco interés, ya que aparentemente habría sido inoculado por la pulsión de muerte del paciente. No habría una verdadera estimulación para el trabajo, el analista quiere que las sesiones acaben, por lo que perderían la tolerancia y el empeño.

“Muy común es el tedio que te puede invadir... muchas veces el paciente, sin que tu te des cuenta, te deposita aquello que lo está molestando, fastidiado, ahí hay evidentemente componentes agresivos... hay componentes agresivos, el paciente que llega, especialmente el obsesivo que llega y nos aburre, porque te cuenta con lujo de detalles y se va por otro lado, entonces te aburre.” Analista 2

“Pacientes que te hacen sentir sueño, que te aburren, que te provoca que se vayan, que miras la hora... esa es la pulsión de muerte operando, pues justamente mi trabajo contratransferencial es porque me estoy aburriendo y ahí yo sí creo que está la pulsión de muerte.” Analista 4

Este asunto referido al hartazgo parecería ser, entonces, una de las respuestas más duras, por parte del analista. Donde desde este rol, sería verdaderamente consciente que hay elementos que provienen del paciente con los cuales no querría tener que lidiar, que generarían aburrimiento, y por lo tanto, repelería.

La seducción

La seducción parecería ser un tema bastante significativo, desde el punto de vista del analista. Serían pacientes a los cuales se les piensa mucho, además son los caos que se supervisarían con regularidad; el analista se vería encantado por el paciente y esto no permitiría una mirada adecuada del paciente y del vínculo que se genera.

“Pacientes con los que de pronto he sentido cierta excitación, o me han parecido encantadores o me han seducido, que yo decía ‘ay qué pacientes tan pajas’, como me gustan, los superviso mucho, los pienso mucho...” Analista 1

“Es un trabajo fascinante porque dentro de todo ahí tu ves entre comillas la pulsión de muerte pero si es que tu descubres un pedazo del yo más o menos que puede quedarse contigo.” Analista 7

Este “enganche”, además, por lo general se daría con una parte del paciente que no necesariamente es con la que uno tiene que se tiene que encantar. En ese sentido, el analista podría estar enfrascado en el discurso más fascinante que trae el paciente.

“El analista que ha sido absorto por el paciente, ...está hablando ‘que lindo tus zapatos’... has ido al teatro, ah que interesante y se acabó el análisis, se acabó el encuadre, la asimetría.” Analista 5

Además, dicho discurso “atraparía” al analista y lo haría involucrarse, pues le genera una curiosidad tal, que se quedaría contemplativo de ellos, pues los disfruta, los deleita.

“Funciona como doble, con una preocupación que te involucra emocionalmente, pero también te interesa, porque así pues es la curiosidad, porque esto es muy entretenido, ¿no?” Analista 6

La seducción, entonces, sería la parte de la pulsión de muerte que podría aparecer disfrazada. Es la que permitiría que el analista se identifique y se sienta seducido por distintos aspectos del paciente que lo distraerían del verdadero objeto de trabajo con el que se tendría que conectar y ocupar.

La incomprensión

Finalmente, un espacio importante que daría pie a manifestaciones de la pulsión desde la mirada del analista, se expresaría a partir de la incomprensión. Incomprensión, por un lado, de lo que le ocurre al analista mismo en función de lo que el paciente le traería. El analista, en ese sentido, no está al tanto de lo que le puede estar ocurriendo, ni lo que este paciente le podría hacer sentir, pensar e identificar.

“yo pensaba esto no puede ser la pulsión de vida, pero lo he pensado muy a posteriori... sí es contratransferencia pura, esto que no sabes qué está pasándote.” Analista 1

Dicha incomprensión de lo que ocurre en la situación analítica impediría, entonces, que el analista pueda deducir e interpretar al paciente, de una forma acertada.

“cuando pienso que no estoy entendiendo nada, entonces el analista muerto es un concepto que yo estoy trabajando que impide al analista interpretar al paciente, de una manera adecuada, la transferencia, porque nos paralizamos...” Analista 5

La mente del analista se bloquearía, se entorpecería y no podría desarrollar un verdadero mapeo de lo que le ocurre con la persona que tiene en frente.

“Muy común, colegas que vienen y me dicen “no sé qué me pasa con el paciente” y da ganas de decirle “no te das cuenta que estás muerto?” no se los digo pero a ver, aquí da la impresión que el te esta diciendo esto o tu estás entendiendo otra cosa, o que el paciente esta desesperado que le interpretes que te quiere matar, o no sé, dependiendo del material.” Analista 5

La incompreensión, en este sentido, no se trataría de algún tipo de ignorancia teórica, ni siquiera de falta de manejo, ni de la técnica, sino de la presencia de una pulsión de muerte que no permite pensar ni elaborar. En términos generales, se puede sugerir que la pulsión de muerte se podría haber situado en la mente del analista y haber teñido su perspectiva sobre el paciente y lo que ocurre en la situación analítica, con respuestas como el hartazgo, la parálisis, la incompreensión, o al verse seducidos por la pulsión de muerte que vendría del paciente.

El paciente y el analista: espacios en común

La relación entre el analista y el paciente, parecería ser una forma de poder describir las distintas expresiones de la pulsión de muerte, según lo reportado por los analistas. Muchas veces habrían lugares que comparten el analista y el paciente, que podrían estar significados a partir de la mirada de la pulsión de muerte. Es así, que el vínculo que existe entre paciente y analista, sería también una instancia propia de la pulsión de muerte. Por otro lado, uno de esos lugares en común radicaría en el tema de lo que no puede ser abordado. Es decir que, bajo el marco de esta relación, se encontraría que un punto en el que coinciden analista y paciente, es en la capacidad de

representar. Esto último también traería consigo repercusiones negativas en esta relación analista-paciente.

En definitiva, un aspecto importante que involucraría el proceso psicoanalítico, es lo que abarca el tema del vínculo entre analista y pacientes. Es así que parecería ser que hay cosas que tanto por parte del analista, como del paciente, serían escenificadas en lo que se da a partir del vínculo.

“Nuestro escenario es el vínculo, es decir yo asumo que aparece esta pulsión de muerte, en el momento en el cual las resistencias comunes y corrientes que aparecen en lo neurótico.” Analista 2

Asimismo, el vínculo parecería ser un aspecto del proceso analítico que ataca aspectos, tanto de la transferencia, como de la contratransferencia.

“Es importante, útil y necesario saber que hay en silencio hay una pulsión que conspira contra la creación de un entorno, de unos vínculos, de una transferencia y contratransferencia.” Analista 4

Además, parecería ser que en el vínculo aparecen elementos en donde se conjugaría la acción del paciente, y su relación con el analista. Dicho de otro modo, que sería en el vínculo donde se manifestaría la interacción del analista con el paciente y las implicancias de dicha interacción.

“Hace todo lo posible para destruir el sentido del vínculo, no el vínculo contigo, porque el que tiene, ese patológico, le encanta...” Analista 1

“Porque yo se supone soy la que sabe algo, pero no... mientras que la persona no esté ahí, tú menos vas a estar.” Analista 6

El vínculo parecería ser lo que engloba lo proveniente del paciente, así como de lo que viene del analista. En ese sentido, el vínculo se basaría en las ocurrencias dadas en el marco clínico y que identificaría elementos en común, desde la perspectiva de la pulsión y desde la relación analista-paciente.

Lo Inabordable

En este tema, según los participantes, lo que llama mucho la atención es la manera cómo se revelaría que la pulsión de muerte puede verse como aquel aspecto de la situación analítica, sea por parte del pacientes o por parte del analista, que resultaría inabordable, intratable.

“También hoy veo pacientes que uno piensa, acá hay algo loco, algo feo, destructivo, inabordable.” Analista 1

En este caso, la pulsión de muerte tendría una implicancia tal en el contexto analítico, que irrumpiría de tal manera que generaría que algunos aspectos no puedan ser abordados, por un lado, por parte del paciente.

“Hay casos de niños en donde no podían pensar, porque hasta a su mente, en ese momento la pulsión de muerte la ataca. No pueden hacer conexiones, en ese sentido los niños actúan, son mas de acción.” Analista 3

Sin embargo, lo inabordable no necesariamente se trataría de lo que el paciente no quiere tocar, sino del contenido que el propio analista no parece querer, o no es capaz de mirar. Entonces, hay aspectos o situaciones que no necesariamente podrían ser abordadas, y esto sería una expresión de la pulsión de muerte, aunque esto no siempre pueda ser captado por el propio analista.

“No, no puedo, no abordamos un problema y ahí queda, inamovilidad... nada.” Analista 6

Esta parecería ser una de las formas más severas de destrucción, como se puede entender la pulsión de muerte y sus implicaciones en los casos clínicos. Esta destrucción se consideraría que va más allá de las resistencias, las agresiones, dentro del proceso psicoanalítico. Acá la pulsión de muerte aparecería de tal manera que no permitiría que se aborde la mente del paciente.

Lo no representable

Asimismo, parecería haber una cercanía a la incapacidad de poder poner en palabras lo que pasa por la mente de cada uno de ellos: paciente y analista. Las emociones y los pensamientos mismos, se volverían dificultosos de ser representados; ahí es donde trabajaría la pulsión de muerte, según lo expresado por los analistas.

“Un problema de representación y que la pulsión de muerte es justamente esa pulsión que ataca la representación, ataca la posibilidad de representar.”

Analista 3

Analista y paciente se conjugarían en un lenguaje donde, más bien, no habría representación. Se habría perdido la capacidad de poner en palabras, no habría espacio para el lugar de la representación y parecería haber, más bien, un vacío.

“Cuando se dice de personas que no se conectan con sus sentimientos, creo están hablando implícitamente ahí de la pulsión de muerte... como la vieja alexitimia, que es producto de la pulsión de muerte también... no poder nombrar, no poder poner en palabras” Analista 4

“Manifestaciones en donde, por un lado se ataca la posibilidad mental de representar y por otro lado, creo que también hay una suerte de desvinculación narcisística” Analista 4

“Porque no había un espacio para que yo entrara ni para que ella me hiciera pues un lugar mental pues de representación, nada... pero eventualmente me hizo un lugar” Analista 6

En ese sentido, la representación, la capacidad de pensar, de conectar y del uso de la palabra, serían antagonistas a la pulsión de muerte. Se podría suponer, entonces, que cuando uno pierde una de estas facultades, estaría entrando al terreno de la pulsión de muerte, tanto por parte del paciente, así como del lado del analista mismo. Es así que se podría afirmar que el proceso psicoanalítico, parecería resultar ser el escenario perfecto para que se desencadenen las idas y venidas de la pulsión de muerte, tanto del lado del paciente, como del analista. Sin embargo, sería en la relación paciente-analista, en donde se evidenciaría una pulsión de muerte más bien

compartida, donde su manifestación se daría a partir de un lugar en común que no se podría abordar, que no permitiría ser representado y que afectaría al vínculo.

La pulsión de muerte: lo que se expresa sobre el concepto

El desarrollo conceptual de la pulsión de muerte parecería tener grandes implicancias sobre lo que ocurre en la teoría psicoanalítica. En ese sentido, es fundamental recalcar que la expresión clínica de la pulsión de muerte podría ser capaz de fundamentar ciertas particularidades del concepto que es de otro orden, como es el caso de lo teórico. Es decir que lo clínico podría servir para pensar en ese otro nivel con mayor claridad, acerca de conceptos, ya que a nivel teórico estos pueden resultar abstractos, y hasta especulativos.

Es así que el poder describir cómo es que los analistas perciben el concepto, partiendo desde lo clínico, podría ser pieza clave para entender lo que es la pulsión de muerte, en su status teórico. En ese sentido, resultaría relevante subrayar que existen distintas maneras de concebir a la pulsión de muerte y esto se podría manifestar en las diferentes posturas teóricas que toman los analistas, del lenguaje que utilizan, y además, del uso que le dan al concepto. Por otro lado, resultaría importante revelar cómo es que la pulsión de muerte opera en el analista, si resultaría útil para el entendimiento de lo clínico, y si es algo en lo que habría que creer.

Por último, ya que se desarrollan distintas maneras de percibir al concepto de pulsión de muerte, hay quienes podrían pensar que este concepto más bien es limitado y no tiene un uso adecuado, tanto en el ámbito teórico, así como en el campo de la práctica clínica

Postura teórica

En este primer tema, evidentemente, a lo que se recurriría es a la teoría psicoanalítica, donde, quizás, para tener un punto de partida, los analistas abordarían

la temática al apelar a las opiniones de diversas autoridades de la disciplina psicoanalítica. Es importante recalcar que, por lo general, habría una tendencia a explicitar tres ejes teóricos principales. En primer lugar, se apelaría a la mirada de la conceptualización que tiene Freud sobre la pulsión de muerte, casi en términos de la génesis del concepto. Por otro lado, se alegaría el punto de vista de la destructividad, la agresión y la envidia, que estaría bastante más ligado a la perspectiva teórica de Melanie Klein. Y, finalmente, se menciona la perspectiva que tendría mayor relación con la desobjetalización, la desligazón y la desinversión, todo esto referido a la teoría de André Green.

Perspectiva desde la teoría freudiana

Por lo general, la conceptualización de la pulsión de muerte bajo la perspectiva freudiana se utilizaría repetidamente para hacer un análisis descriptivo de cómo es que surge el concepto. Esto al describir cuáles fueron las motivaciones que permitirían a Freud a llevar a cabo dichas formulaciones.

“yo soy un convencido de que la pulsión de muerte fue una necesidad de Freud, dada la imposibilidad de poder entender la psicopatología de los pacientes de su época solamente con la primera teoría de las pulsiones.”

Analista 5

“El descubrimiento de Freud de la pulsión de muerte, está ubicada en un cuadro clínico que es el sadomasoquismo.” Analista 8

“Freud buscaba una explicación biológica de la pulsión que se originaba en el cuerpo. Desde ahí él plantea las dualidades pulsionales.” Analista 3

Serían elementos que forman parte de lo clínico que parecerían haber ayudado a Freud a esclarecer y desarrollar el concepto de la pulsión de muerte; es decir, que sería posible afirmar que lo clínico inspiró a la teórico. Entre esos elementos que se dan en la clínica encontramos a la compulsión a la repetición, o la transferencia negativa.

“Es lo que dice Freud de transferencia positiva, y la negativa... y en la negativa me parece que estaba la transferencia erótica, y ahí esta la agresividad, y ahí está destructivo que impide el proceso.” Analista 1

“El gran ejemplo y en un fenómeno clínico que es la reacción terapéutica negativa, en la cual sin que haya ninguna razón de por medio, aparentemente, el individuo que empieza avanzar en su análisis, de repente empieza a presentar todo lo que trajo al comienzo y pareciera que no avanzó nada.”

Analista 2

En definitiva, parecería haber una soberanía de la teoría psicoanalítica proveniente de Freud. Como precursor de dicha teoría, resultaría ser un punto de partida de la conceptualización de la pulsión de muerte. Es importante subrayar que esta teoría freudiana tendría como base una inspiración que viene de los casos clínico, como la mayoría de los argumentos de la metapsicología de Freud. También, señalar que estos casos, como la compulsión a la repetición y la transferencia negativa, patrones de la pulsión de muerte, parecerían seguir vigentes hasta el día de hoy.

Perspectiva desde la teoría kleiniana

Otra de las principales corrientes que han tomado interés por la pulsión de muerte, están basadas en ideas de Melanie Klein. Esta corriente plantearía que la pulsión de muerte podría manifestarse a partir de demostraciones de violencia y agresividad, que son expresiones de una destructividad inherente que tienen los seres humanos, desde el momento en el que nacen. Dichas expresiones de destructividad, según lo reportado por los analistas, se podrían traducir como manifestaciones de la pulsión de muerte. Además, esas demostraciones de la pulsión de muerte, la mayoría de veces son las que resultarían ser más evidentes y explícitas.

“La kleiniana es más evidente, es más un show, aparatosa, molestosa.”

Analista 1

“Ella hace como eje de su concepción teórica, la realidad de una pulsión de muerte, no como contrapeso a una pulsión de vida como Freud, sino como el eje que articula su propia metapsicología.” Analista 7

Sin embargo, una de las manifestaciones que estaría más conectada con la pulsión de muerte, que surge a partir de la teoría kleiniana, sería la idea de la envidia. La envidia como ente que destruye, debido al odio hacia el otro que tiene algo uno no tiene y por eso, de alguna manera, prefiere destruir.

“También se puede ver eso en la envidia, vista como la veía Klein, es decir, no solo quiero lo que tu tienes, es yo te odio porque tienes lo que yo no tengo, entonces hay una bronca, para Klein la gran manifestación e la pulsión de

muerte, es la envidia, es lo mas destructivo que sale mas de adentro, digamos.”

“A raíz de la envidia, que es la expresión para los kleinianos, de la pulsión de muerte.” Analista 1

Como se ha mencionado con anterioridad, Melanie Klein habría sido, no solo una de las principales teóricas del psicoanálisis, sino también una de las principales promotoras de la pulsión de muerte. Es así que esta pulsión de muerte resultaría ser un eje central del pensamiento kleiniano, y de su propia metapsicología. En primer lugar, por las manifestaciones evidentes de ataque y agresividad, pero sobre todo, por el caso de la envidia. Es casi consensuado para los que afirman que existe una pulsión de muerte, que un gran referente de este concepto, desde lo teórico, pero también desde lo clínico, sería la envidia.

Perspectiva desde la teoría greeniana

En cuanto a André Green podemos señalar que una de las afirmaciones que más surgieron de las entrevistas, tendrían que ver con la idea de la desobjetalización y la desinvestidura. Dichas afirmaciones ayudarían en percibir la incapacidad de generar vínculos significativos que generaría en las personas, capacidad de producir y hasta de sentir vitalidad. Además, en cierta forma, marcaría distancia con las postulaciones previas, sobre el odio y la agresión.

“Estas formas tan primitivas de destrucción que van más allá del vínculo, que es más postfreudiano y las relaciones objetales. Green, las relaciones objetales con la pulsión. Pulsión de destrucción hacia el yo, y hacia los

vínculos y la mente. Es muy útil dentro de la clínica, el pensamiento de Green” Analista 3

“...porque como bien decía Freud, trabaja en silencio, están atrapadas en eso, a lo que Green llamaba la función desobjetalizante y que se traduce en el lenguaje, directamente y esto tiene muchas implicancias.” Analista 4

“Hay ciertas reflexiones sobre la pulsión de muerte que evidentemente no son las de Freud, o Klein, pero son desarrolladas, como por un lado la noción de desinversión del objeto, de Green que sí me hacen sentido.” Analista 9

Por otro lado, otro tema importante en la exploración de la teoría greeniana sería cómo la pulsión de muerte se manifiesta, además, en la incapacidad que uno parecería tener para generar representaciones, y así poder generar significados.

“Tienen que ver con, como dice André Green, lo que él piensa sobre la teoría de la psiquis, fundamentalmente como un problema de representación y que la pulsión de muerte es justamente esa pulsión que ataca la representación, ataca la posibilidad de representar.” Analista 4

Es así que, como se ha mencionado por los analistas, el vacío podría llegar a ser un elemento fundamental que describe con bastante certeza lo que ocurre en el pensamiento de André Green y su relación con la pulsión de muerte. En ese sentido, la teoría psicoanalítica sería bastante amplia y con muchas corrientes que la componen y que la estructuran. Asimismo, la metapsicología implicaría el uso de

conceptos que se describen a partir de la práctica clínica psicoanalítica y la pulsión de muerte podría ser uno de esos conceptos. Es así que, estos conceptos, como la pulsión de muerte, parecerían tener distintas miradas y distintos paradigmas con los que son abordados y que en muchas ocasiones dichos abordajes podrían diferir entre ellos. En el caso de la pulsión de muerte, visto como un constructo teórico, tendría como punto de partida la conceptualización freudiana, para luego pasar a dos corrientes bastante definidas y diferentes entre sí, como es el pensamiento kleiniano y el greeniano, respectivamente.

Funcionalidad del concepto

Un aspecto muy importante a la hora de referirse al concepto de pulsión de muerte podría ser el determinar cómo es que opera este concepto. En ese sentido, parecería ser elemental determinar cómo es que se conceptualiza la pulsión de muerte, si se percibe como algo ideológico, como un sistema de creencias, o si resulta ser algo más bien pragmático y que trata de la utilidad del concepto. De ese modo, es importante señalar que temas como estos no son del “common ground” y, en ese sentido, obligarían a describir cómo es que se usa el concepto.

Utilidad del concepto

La utilidad de la pulsión de muerte podría resultar ser, entonces, pieza fundamental para describir la forma en que la pulsión de muerte podría ser manejada dentro del contexto que clínico y en determinar qué repercusiones tiene este uso dentro del trabajo del proceso mismo. Asimismo, para lograr determinar y describir lo que ocurre en el contexto clínico, para un grupo de los entrevistados resultaría útil el trabajo con la pulsión de muerte, y para otro, no.

“Se dice que una de las razones en las que a veces hay fracasos en la terapia y en el análisis, es porque no se trabaja suficiente la pulsión de muerte.”

Analista 2

“Yo creo totalmente detectable y el psicoanálisis actual permite un buen trabajo con lo que se llama pulsión de muerte.” Analista 6

“Saltar de manifestaciones agresivas en el campo clínico, simbolizadas o actuadas al concepto metapsicológico de la pulsión de muerte, no sería indispensable.” Analista 8

“Por eso yo, personalmente, nunca he considerado útil el concepto de... no me preocupa si existe o no existe. No me parece útil en la situación clínica.”

Analista 9

“Cuando la pulsión de muerte predomina es que genera todo estos efectos clínicos, intrapsíquicos, interpersonales, culturales, sociales etc. Pero se requiere el conflicto, la pulsión de muerte, ya que sin conflicto no se avanza... ninguna persona avanza sin resolver conflictos, ninguna sociedad tampoco.”

Analista 4

Otro argumento que parecería ser bastante sustancial sobre el concepto de la pulsión de muerte, en cuanto a la utilidad, es que podría servir para poder entender distintos aspectos y fenómenos que justamente estarían relacionados con dicho

concepto, que se despliegan en las personas y se podrían desarrollar en el trabajo clínico.

“La pulsión de muerte es un abstracto teórico que nos sirve para entender la complejidad de nuestra destructividad y de nuestra capacidad de contener nuestra destructividad y poder fomentar nuestra constructividad.” Analista 5

“La existencia de una pulsión de muerte, entendida como un constructo clínico que te permiten entender fenómenos.” Analista 7

Asimismo, la pulsión de muerte tendría como utilidad la ayuda inicial que se establece para el entendimiento de un determinado comportamiento o conflicto.

“...yo encuentro que el instinto de muerte, la pulsión de muerte, es una construcción temporal, que me ayuda a entender ciertas conductas humanas que de otra manera no las puedo captar... te ahorra un montón de trabajo y de elaboración viéndolo como la expresión de la envidia, del odio imposible de parar que está empaquetado en una pulsión de muerte...” Analista 5

En ese sentido, la utilidad se basaría en la manera cómo se podría percibir a la pulsión de muerte como un concepto, pero, además, como sería percibido desde el lado del analista y cuáles serían las repercusiones de su uso, dentro del contexto clínico.

Las creencias e ideologías

Del tema de la utilidad de la pulsión de muerte, es que se podría deslindar uno de los temas que más habría resaltado en el tema del uso de la pulsión de muerte en los analistas es el tema de la creencia. Es decir, que la pulsión de muerte podría estar vinculada a una cuestión más bien dogmática, que se pensaría a partir de un sistema de creencias estructurado y definido.

“La otra cuestión es que era imposible para el psicoanálisis negar la pulsión de muerte, como ahora para nosotros es imposible negarla frente a todo lo que vivimos.” Analista 2

“Creo que constatar impulsos o sentimientos agresivos o violentos, no necesariamente nos autoriza a afirmar que existe algo así como la pulsión de muerte.” Analista 8

“La metapsicología no es psicología.” Analista 8

Además, parecería ser que es un tema que tiene que ver con el convencimiento y la toma una posición, acerca del concepto en cuestión. Esto estaría relacionado a poder tomar partido en la existencia de la necesidad y reincidencia de la exposición del concepto de pulsión de muerte como algo que no puede ser negado y en lo que, inevitablemente, se tendría que creer. Es decir que, la concepción de la pulsión de muerte y la afinidad con el concepto, podría depender de la postura teórica en la que alguien se ubique.

“Yo formo parte de los que pensamos que muchas de las manifestaciones mas importantes que aparecen en los casos psicoanalíticos de las ultimas décadas son producto de la pulsión de muerte.” Analista 4

“Yo, personalmente me inclino a pensar de que sí existe, será precisamente por la práctica de la psicoterapia y del psicoanálisis que pienso que existe, porque se la he visto con mucha frecuencia.” Analista 2

“La otra cuestión es que era imposible para el psicoanálisis negar la pulsión de muerte, como ahora para nosotros es imposible negarla frente a todo lo que vivimos.” Analista 5

Esto también podría estar reflejado en la cercanía o distancia, con los distintos autores de determinadas líneas teóricas.

“Ahora la otra cosa es que yo creo que lo que se ha vuelto popular cuando se habla de pulsión de muerte, es la de Melanie Klein, no la de Freud y Melanie Klein puede haber tenido muchas virtudes, pero buena teórica no era.”

Analista 9

“Lo de Melanie Klein es una visión de la pulsión de muerte, en el fondo, simplemente para hablar del potencial de destrucción o la dirección destructiva que puede tomar una pulsión.” Analista 9

Además de ubicarte en el grupo que uno podría creer que pertenece y que precisaría pertenecer. Es así que, al observar el material, se podría percibir que hay quienes parecerían defender el concepto debido a la corriente teórica con la que simpatizan.

“La fidelidad a la pulsión de muerte queda en el núcleo duro político kleiniano, como defensorio de la identidad kleiniano y por otro lado, rechazada por otros porque es kleiniana, el hecho de que sea un concepto kleiniano lo descalifica de saque.” Analista 7

Por el contrario, se podría afirmar que, al ser un tema ideológico, hay quienes se podrían oponer a la idea de la pulsión de muerte, justamente porque, en términos generales, no estarían de acuerdo con un determinado modelo teórico psicoanalítico.

“...y algunos que se originaron en la línea de Klein, pero que luego tomaron distancia de ella con Winnicott, no porque sea una aficionado a la pulsión de muerte, pero sí la menciona, sin embargo el trabaja, al contrario, con las fuerzas de vida... de sentido, etc...” Analista 2

El tema de las creencias e ideologías, entonces, permitiría percibir cómo es que se estructura la posición del analista, sobre todo, en relación a conceptos como la pulsión de muerte. Es así que a partir de la operatividad de la pulsión de muerte, se podría llegar a reconocer cómo es que se acerca a ella, bajo qué sistemas de creencias se está reconociendo a la pulsión de muerte y cómo lo justifica. Finalmente, todo esto

parecería generar que el analista tome partido por un determinado grupo teórico que configuraría una determinada forma de pensar y de significar a la pulsión de muerte.

El lenguaje figurativo

Según lo reportado por los participantes, a partir del lenguaje figurativo es que se podría percibir las distintas maneras en que es descifrada la pulsión de muerte, y cómo esto también podría llegar a ocurrir a partir de lo reconocido en el ámbito clínico. De ese modo, encontramos si es que existen similitudes o discrepancias entre dichas percepciones y sobre todo, si es que es que resultan ser congruentes con la teorización del concepto de la pulsión de muerte. Las distintas maneras del desarrollo del lenguaje en términos de pulsión de muerte, se darían, sobre todo, a través de analogías y de metáforas.

Analogías

Las analogías parecerían ser una parte importante, como formas de expresión, al referirse acerca del concepto de la pulsión de muerte. Un primer tipo de analogía que se percibe es la que colaboraría con una descripción general de lo que es la pulsión de muerte. Una mirada en común que ayudaría a puntualizar los aspectos universales del concepto y su definición.

“...Es como la piedra dura, lo inabordable, es algo que no puedes tocar...”

Analista 1

“Todos tenemos un caballo chúcaro como Alejandro magno, Bucéfalo que solo lo podía montar él, y Alejandro con 13 años y nunca más se bajo de él... todos tenemos un lado indómito un lado que no se puede amaestrar, pero que

siempre nos va a decir la verdad, esas es la ventaja del lado psicótico, esa parte nunca nos va a engañar.” Analista 5

Por otro lado, se podría percibir que la pulsión de muerte se consigue representar a partir de analogías, cuando se trata de describir a distintas manifestaciones del concepto, en los pacientes y en las distintas patologías que podrían estar revelando.

“la destructividad, en algunos casos, está ahí como un perro que antes era negro, ahora es pinto, pero ahí está, hay los dos colores, hay manchas, hay los colores pero antes era solo negro.” Analista 6

“Son dos tipos de pacientes bien marcados, o los que están como vela apagada o los que están en batalla campal.” Analista 1

Por último, se encuentra que las analogías también parecerían ser un medio para encontrar las diferencias que se perciben entre la pulsión de muerte y la pulsión de vida; lo que ayudaría, a la vez, a delimitar con mayor claridad lo que es la pulsión de muerte.

“Así como nuestro organismo al comer produce energía, vida, fuerza, el alimento también produce el excremento que tenemos que desechar no porque son malos, simplemente... es una parte que desechamos porque nos ha servido para sacar la vida, yo creo que lo que interesa es la vida no la muerte. Todo es una lucha, vida muerte, el yin y el yang oriental, es fenomenal.” Analista 5

“Todos vamos a llegar al final, es como un río, la pulsión de muerte lo que hace es mandarte derecho, pero es mejor que no sea en un río derecho... sino que sea con muchos meandros y eso es lo que hace Eros, crea meandros y eso es la vida al final.” Analista 4

Es así que sería posible observar que las analogías sirven como un recurso del lenguaje que permite llegar a un mejor entendimiento de conceptos, como la pulsión de muerte, que podrían resultar dificultosos de pensar y comprender.

Metáforas

En cuanto a las metáforas, resultaría interesante pensar en cómo es que los distintos analistas se refieren a la pulsión de muerte, es decir, cómo la describen. Es por eso que identificar cómo es que se entiende a la pulsión de muerte a través de metáforas, podría resultar bastante enriquecedor. Es así que, uno de los aspectos que más se parecería repetir metafóricamente es cómo es que se manifiesta la pulsión de muerte, y cómo es esta parecería actuar de manera más disimulada y menos evidente.

“Es una pulsión de muerte silenciosa, calladita...” Analista 1

“La pulsión de muerte es muda y agarra y destruye los tejidos.” Analista 3

Yo creo que se le puede encontrar en muchísimos lugares es cuestión de quererla ver, ahora, requiere un esfuerzo, como trabaja en silencio, tiende a ser invisible, es raro que aparezca sola.” Analista 2

“Y hay otras veces en que la pulsión de muerte, si se le puede llamar, cabalga a filo, como cuando huelo a feo.” Analista 1

“Esto es un constructo de un andamiaje que te sirve para construir el edificio, una vez que lo construyes, puedes sacar el andamiaje, por ahora usas el andamiaje esa es la explicación, eso es lo que yo pienso sobre la pulsión de muerte.” Analista 7

Asimismo, las metáforas parecerían reafirmar la propia concepción del analista de lo que es la pulsión de muerte, así como la oportunidad de desplegar una idea particular y un complemento de lo que podría ser la pulsión de muerte.

“Yo creo que todos tenemos una parte muerta, pero la pulsión de muerte es diferente es la parte más viva de uno, la más rebelde.” Analista 5

En términos generales, el lenguaje figurativo parecería ser un elemento que condensa, facilita, aclara y expande, lo que no puede ser entendido desde lo puramente teórico. En ese sentido, ayudaría a la posibilidad de comprender lo que uno piensa acerca de la pulsión de muerte, pero sobre poder manifestarse sobre ello.



Discusión

En este acápite nos proponemos discutir los temas y subtemas resultantes del análisis realizado para profundizar en nuestros objetivos de trabajo. Por lo tanto, las dos partes de este acápite buscan discutir, de un lado, las formas de expresión de la pulsión de muerte en la práctica clínica de acuerdo a lo reportado por los entrevistados, y de otro lado, ciertas particularidades que hemos encontrado sobre la forma como los analistas se refieren al concepto en cuestión.

El primer punto lo discutiremos en torno al valor comunicativo presente en las diversas formas de expresión mencionadas y sus posibles implicancias para la comprensión de aspectos del proceso. En el segundo punto nos centraremos en comprender la forma en que los analistas dan cuenta del concepto de pulsión de muerte, específicamente el tipo de lenguaje utilizado y el tipo de utilidad o valor que le otorgan en su práctica.

Finalmente, y a modo de cierre de esta tesis, realizaremos una reflexión sobre algunas ideas que han surgido más allá de los objetivos de trabajo, pero que consideramos podrían enriquecer el tratamiento del tema. Discutiremos dos puntos, la ausencia de menciones acerca de la compulsión a la repetición y la relación que se da en la construcción de la teoría y su vínculo con la práctica, a propósito del concepto de pulsión de muerte.

Formas de expresión y valor comunicativo de la pulsión de muerte en el contexto clínico

A partir de lo reportado por los participantes, es posible indagar acerca de las diferentes formas de expresión de la pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica. Dichas expresiones de la pulsión de muerte, entendidas como una manifestación psíquica, con múltiples formas de expresión y que resultarían

particularmente difíciles de evidenciar. Esta dificultad en evidenciar a la pulsión de muerte, según lo reportado por los analistas, estaría agudizada aún más por su carácter inconsciente y por las propias características del concepto. Tales expresiones se podrían reconocer en la violencia, el desprecio, la apatía, la envidia, la seducción, la incompreensión y el hartazgo; que provienen tanto del paciente, como del analista, y de la relación de ambos. De ese modo, resulta pertinente poder describir aquello que la pulsión de muerte quiere comunicar dentro del ámbito clínico, así como reconocer su propio valor comunicativo.

Una de las principales formas de expresión de la pulsión de muerte en el contexto clínico y según lo reportado por un grupo de analistas, se percibe en las arremetidas que parecerían provenir del paciente y que serían dirigidas hacia el analista. Es decir, los ataques manifiestos, tales como los insultos y las ofensas, que por lo general estarían dirigidas hacia la capacidad como profesional del analista, y su función terapéutica. Sobre esto, Melanie Klein (1945; 1952) refiere que la pulsión de muerte proviene de un gran temor por ser aniquilado y esta ansiedad que provoca la pulsión de muerte se convierte en agresión, al proyectarla en el objeto externo original que es el pecho.

En este caso, se podría inferir que el pecho es en realidad la figura del analista, que confronta al paciente, lo angustia y por ende, lo conflictúa. Se podría pensar que, en respuesta a esto, el paciente ataca al analista, lo quiere destruir. Segal (1993), por su parte, agrega que en muchos casos donde se expresa la pulsión de muerte en el contexto clínico, los pacientes perciben que pueden deshacerse de su muerte interior, al cumplir sus deseos de matar al terapeuta. Esto último parecería coincidir con lo que reportan los analistas al mencionar que los pacientes, al no poder lidiar con su propia

destruktiva, la podrían exponer en el contexto clínico, proyectando la destrucción hacia la figura del analista.

Por otro lado, según lo reportado por los analistas, aspectos como el desprecio del paciente que se manifiestan en el irrupción en el encuadre, así como en la interrupción al proceso (llegar tarde o no asistir a sesión, por ejemplo), parecerían estar manifestando el poco interés que se tiene en el pacto que se hace con el analista. Por su parte, Feldman (2000) piensa que en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica, uno puede ver la satisfacción por parte de los pacientes, no solo al atacar el valor y el pensamiento del analista, sino también su trabajo; aunque muchas veces esta sensación de satisfacción en el paciente, no es consciente.

Esto, en cierto sentido, podría estar evidenciando una necesidad de boicotear el proceso y la relación con el analista, tal y como señalan los participantes. Además, parecería ser que el paciente no está consciente de dicho desprecio, como si negara que su acción podría tener un efecto, en este caso, en contra del analista. Por otro lado, aparentemente este tipo de ataque podría ser el que más afectaría y generaría una sensación de desvalorización por parte de los analistas, ya que el paciente parecería estar ubicándose por encima de ellos. Al respecto, Green (2011) señala que en los altos alcances de la destructividad hallamos una racionalización: el otro, en este caso el analista, es considerado como la causa de la desdicha y por lo tanto debe desaparecer, en todo caso, desaparecer del espacio vital.

Se podría suponer, entonces, que el analista se siente desvalido, con pocas herramientas y pocos recursos para afrontar el proceso, además de sentirse enfrascado en un marco constante de demostración de desinterés por parte del paciente. Este desinterés se describe en pacientes que se parecerían ir desligando, y que tendrían el deseo de aislarse, y sobre todo, de desvincularse del terapeuta. Son pacientes que,

según lo expresado por los analistas, por lo general, buscarían ayuda sin saber qué los aqueja, con un malestar general, “enganchando”, más bien, con el conflicto.

Otra de las formas más contundentes de expresión de la pulsión de muerte en el ámbito clínico, según lo reportado por los analistas, sería la envidia. La envidia se podría reflejar en esa imposibilidad de avance en el proceso psicoanalítico, por no permitir que el analista sea quien pueda ser el agente de la mejora, el que alcanza la meta en su rol de analista; ya que, además, tal mejora se podría transformar en una amenaza hacia el paciente, que más bien perpetuaría en su malestar, impidiendo que el proceso avance. Dicha amenaza en el paciente, como se ha mencionado con anterioridad, se podría deber a la angustia de su propia destructividad.

Asimismo, según lo expresado por los participantes, la envidia en la mente del paciente podría aparecer debido a que identifica en el analista una aparente figura de bienestar que, a diferencia del paciente, estaría libre de todo conflicto o malestar. Y es por esto que podemos suponer que se buscaría la destrucción y el ataque, porque el analista posee estas cualidades que el paciente no tiene. Además, el analista parecería ser una figura creativa, una fuente de saber, y por tanto de poder, que el paciente no tiene, y que quizás pueda sentir que nunca va a llegar a tener. Dicho argumento corroboraría la idea de Feldman (2000) y Kernberg (2009), quienes afirman que la envidia inconsciente del paciente al analista, se debe a la herida narcisista del paciente por necesitar ayuda, ya que el analista es el que puede ayudarlo o tiene la capacidad creativa de hacerlo. De ese modo, los pacientes pueden expresar su propia destructividad como un medio que lleva al analista a sentirse desesperanzado y desesperado. Se podría suponer, entonces, que la envidia estaría generando tal nivel de destrucción con el fin de lograr que el analista pierda estas capacidades que el

paciente no puede tener. En ese sentido, se buscaría que el analista deje de ser el que cura, el creativo, la figura de poder.

Es así que la envidia implica que el analista podría poseer algo que el paciente quiere, eso queda claro; pero además, la envidia irrumpiría con la creatividad que viene del analista, y no permitiría elaborar, no permitiría un avance en el desarrollo del proceso, sino que condenaría y situaría al analista en una posición de no poder precisar iniciativas de interpretación y de resolución del conflicto de su paciente. Todo esto, además, podría generar diferentes sensaciones adversas percibidas por el analista, y que el proceso se sitúe en una sensación de apatía y de vacío.

Es por eso que el vacío y la sensación de apatía, según lo reportado por los analistas, serían otras formas de expresión de la pulsión de muerte que también podría irrumpir en el trabajo clínico. Es decir, que el paciente podría tener tal nivel de abandono de sí mismo, que no sería verdaderamente capaz de permitir reconocer el mal que lo aqueja, y que en reiteradas ocasiones, no colaborarían con el desarrollo del trabajo clínico. Parecerían ser pacientes absortos, ensimismados, que no permitirían que se les vitalice, ni se trabaje con ellos. En ese sentido, contratransferencialmente podría generar una sensación de desesperación y desesperanza, desde el analista, ya que si bien el paciente parecería pretender alejar al analista, de una manera lo involucra, pero desde el lugar de la pulsión de muerte. El paciente, y aparentemente el analista, se identificarían con este vacío, y se podría suponer que el proceso gira en torno al mismo, interfiriendo con la tarea analítica y con la capacidad de solucionar el malestar que el paciente trae consigo.

Es debido a ello que, según los participantes, el analista, en respuesta a todo esto, podría sentirse desempoderado, anulado por la violenta investidura que trae

consigo el paciente: todo lo que es expresión de la pulsión de muerte. Esto podría hacernos inferir, además, que parecería ser que el paciente tiene la necesidad, inconsciente, de tener el control de lo que va ocurriendo, ser el que inculca y el que delimita cómo es que se va a desarrollar su propio proceso, y no el analista. La pulsión de muerte, entonces, podría verse inmersa en la perpetuación del conflicto, evitando así, la resolución del mismo y la mejora del paciente, desempoderando al analista.

Parecería ser una sensación que resulta amenazante, ya que condicionaría al analista y le podría hacer perder sus facultades interpretativas y, sobre todo, de instrumentalización, debido a los abatimientos de la pulsión de muerte; en oposición a esto, podría ser que el analista perciba una sensación de hartazgo. Esto permitiría suponer que el analista podría dejar de sentir las ganas de recibir al paciente, con una sensación de poco agrado en cada encuentro, imposibilitando un desarrollo adecuado del proceso, y ahí es donde se expresaría, una vez más, la pulsión de muerte. Por todo esto, es posible inferir que la pulsión de muerte tendría un efecto directo en relación a la tarea analítica. De tal manera que, si no se hace consciente tal efecto sobre la tarea analítica y no se llega a interpretar a la pulsión de muerte, es que el proceso se podría ver atascado y obstruido.

Además, otra de las formas de expresión de la pulsión de muerte sería cuando el analista no llega a comprender realmente lo que el paciente le está transfiriendo. Es decir, que parecería haber tal inoculación de la pulsión de muerte que el analista podría llegar a no comprender, ni representar, lo que ocurre en la situación clínica, en el contexto, en la mente del paciente y en la relación entre ambos. Esto estaría ligado a la idea de Green (2002) cuando propone que en estos casos, la tensión y la angustia irrumpirían en el psiquismo impidiendo diferenciar afecto y representación; casi

siempre darían paso a situaciones psíquicas irrepresentables. Es así que la incompreensión parecería ser una expresión de la pulsión de muerte, en tanto el analista no podría representar, vincular, ni pensar, conectándose con los aspectos más nocivos que vendrían de la pulsión muerte.

Sin embargo, parecería haber otra forma en que la pulsión de muerte se expresaría en el analista, debido a su relación con el paciente, que aparecería de manera casi antagónica con el hartazgo y que tiene que ver con la seducción. Dicha seducción, según lo expresado por los participantes, parecería suponer que el analista realiza cierto tipo de “enganche” con el paciente, donde este se inocular de tal manera que el analista “se queda” con el paciente, dentro y fuera del setting analítico: ahí es donde también aparecería la pulsión de muerte. Es así que el analista podría verse seducido por lo que el paciente trae consigo y, de ese modo, según lo reportado por los participantes, la seducción podría resultar ser como una invitación del paciente, en términos de pulsión de muerte; donde los analistas se dejan seducir y los pacientes seducen. Por tal motivo, parecería ser que hay elementos propios de la transferencia que podrían impedir al analista, desde su contratransferencia, pensar en el paciente, ni en lo que le ocurre a sí mismo en relación a este.

Desde la perspectiva de los participantes, podríamos inferir, entonces, que son elementos de la pulsión de muerte que se inoculan en el analista que tampoco permitirían la comprensión del trabajo clínico en determinados casos. El analista parecería dejarse seducir por el paciente y, contratransferencialmente, podría tener una necesidad de aproximarse a este lado destructivo del paciente y de algún modo, satisfacer su propia curiosidad. Se podría suponer que el analista, de alguna manera, se estaría identificando con todo la conflictividad del paciente, desde la investidura de la pulsión de muerte.

Por otro lado, parecería que hay espacios en común entre el paciente y el analista, y la relación de los mismos. Estos espacios en común se basan en partes de la problemática que no pueden llegar a ser exploradas en el análisis y que traen consigo ciertas resistencias, por parte del analista y del paciente. Al no poder ser abordadas, son contenidos que podrían tener que ver con una irrupción en el proceso mismo y no permite una consolidación del vínculo ni de lo que se tiene que trabajar. Es decir que la pulsión de muerte irrumpiría con el proceso de tal manera que interferiría con la tarea analítica, al obstruirla. Cuando no hay tal capacidad para representar, entonces vemos que la pulsión de muerte habría invadido la capacidad para significar, para pensar y para poner en palabras. Parecería haber un vacío tal que imposibilita la capacidad creativa y la búsqueda de la representación; ahí es donde se expresaría la pulsión de muerte. Sin embargo, en este pacto de no abordar, de no representar, se percibe que podría existir una vinculación, una ligazón, no habría, entonces, tanta pulsión de muerte.

Es decir, que este pacto de no abordar podría estar generando un núcleo importante en el vínculo entre paciente, analista, que si bien se ven absorbidos con ciertos aspectos que podrían aparentar ser negativos; tienen un lugar en común. Es pertinente señalar que resulta paradójico que el paciente y el analista parecen estar “coludidos” con la pulsión de muerte, y que al mismo tiempo tendrían la oportunidad de comprenderla, de estar conectados y de formar parte de ella. En ese sentido, parece ser que, tanto paciente como analista, se identifican con este lado “muerto” que se instaure en la relación de los mismo. Esto remite a lo que Green (1983) llama el complejo de la madre muerta; cómo existe una desinvestidura del objeto materno, y además, hay una identificación con la madre deprimida. En ese sentido, analista y paciente, parecerían coludir con una identificación con el vacío, con lo que no es

posible abordar ni representar: coluden en la pulsión de muerte. De esa manera, si hace consciente la presencia de la pulsión de muerte, sería posible trabajar con ella, conocerla, interpretarla y elaborar en base a ella.

Por otro lado, es importante insistir en que la pulsión de muerte ha demostrado ser un concepto que tiene diferentes puntos de opinión al describir sus formas de expresión en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica. Según reportan alguno de los analistas y como se ha mencionado con anterioridad, la pulsión de muerte se expresaría, sobre todo, en los “ataques” que el paciente dirige hacia el analista. Dicho grupo de participantes, parecería mantener la postura que afirma que los actos de violencia, las manifestaciones de desprecio, de degradación, así como el odio que se percibe por parte del paciente, parecerían ser expresiones fehacientes de la aparición de la pulsión de muerte en el proceso y que irrumpe con el mismo.

Dicha perspectiva, coincide con el pensamiento kleiniano que justamente señala que la pulsión de muerte y la destructividad, tendrían una estrecha relación con las muestras de odio y agresión y, además, que estas podrían tener sus expresiones en el ámbito clínico (Klein, 1946, 1952). Es decir que, para este grupo de analistas, en el paciente que odia, que es hostil y ataca al analista, se podría percibir la más cercana expresión de lo que es la pulsión de muerte. Todo esto, bajo comportamientos nocivos que estarían cargados de destrucción. Por tal razón, se podría suponer que, según grupo de participantes, estas expresiones de la pulsión de muerte en el contexto clínico serían las que interrumpirían el proceso mismo y que tendrían una repercusión en el analista.

A pesar de esto, según lo reportado por otro grupo de participantes, hay quienes piensan que, por el contrario, estas formas de agresión, de ataque y de odio, serían expresiones de la pulsión de vida y, en ese sentido, podrían llegar a entender

estas manifestaciones como parte de una significancia más bien de vitalidad. Es decir que, para algunos analistas, esto no sería terreno de la pulsión de muerte, por el contrario, serían manifestaciones de vida, caracterizadas en ganas de ligar y de vincular.

Esto último, ineludiblemente, remite a la conceptualización de la pulsión de muerte proveniente de la teoría de Green, concernientes al vacío, cercanos a la desinversión y la desobjetalización (Green 1983, 1984); y que esto podría tener su manifestación en el trabajo clínico. En mucho de los casos, para describir las formas de expresión de la pulsión de muerte en la práctica clínica, los analistas plantean que cuando se trata de ellos, la pulsión de muerte estaría definida por la incapacidad de pensar, representar, y por consiguiente en vincular, ligar e interpretar; y que serían expresadas a partir de la parálisis, o por otro lado, del hartazgo, o la seducción misma.

Y cuando se trata de los pacientes, las manifestaciones más hostiles y agresivas provenientes de los pacientes, estarían más ligadas a la pulsión de vida y son expresiones de vitalidad. Pagaría ser que, para este grupo de analistas, el odio es una manifestación de vitalidad, y cuando aparece es posible trabajar con él, interpretarlo, confrontarlo. Para ellos, cuando el paciente parecería estar desvitalizado, sin contenidos, sin reconocer por qué van a análisis ni qué es lo que ocurre con ellos mismo, serían expresiones de poca vitalidad y es ahí donde aparecería, y se expresaría, la pulsión de muerte.

Se podría suponer que, para alguno de los analistas, resultaría más viable trabajar con este tipo de pacientes que parecerían estar cargados de violencia y hostilidad, porque podrían interpretarlos en función de esta carga que traen; a diferencia de la dificultad que implicaría trabajar con pacientes que estarían conectados más con el vacío, sin contenidos. Esto podría deberse a que estos

pacientes no se vinculan, no ligan, y ellos como analistas podrían identificarse con este vacío, con la parálisis, y la relación entre ambos se envolvería, también, en un marco de desinversión y así se dificultaría más el trabajo clínico. Para ellos, estos aspectos de desligazón y desinversión, serían la máxima expresión de la pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica.

Resulta importante discutir que, si bien el analista y el paciente se ven enfrascados en una contexto parecería regir la pulsión de muerte, sería el paciente quien estaría actuando de manera más aparatosa, y el analista respondería a partir de su contratransferencia y la inoculación de la pulsión de muerte. En ese sentido, parecería ser que todo lo referido al paciente estaría relacionado con el pensamiento kleiniano de la concepción de pulsión de muerte. Por lo menos desde lo más explícito, se podría desprender la idea de que los pacientes son los que atacan, los manifestantes del desprecio y del odio, y sobre todo la envidia, en función a la figura del analista. Sin embargo, desde el lugar del analista se podría referir que la pulsión de muerte se parecería expresar en respuesta de estos ataques directos, evidentes y explícitos del paciente, el analista se manifestaría desde el desinterés, desde la incompreensión y la parálisis. La respuesta contratransferencial del analista, en ese sentido, estaría teñida de desinversión y vacío, es decir tendría relación con los aspectos más greenianos de la pulsión de muerte, debido a la inoculación de la pulsión de muerte que traería y depositaría el paciente. Entonces, parecería ser que el paciente es percibido como un sujeto activo en relación a la pulsión de muerte, mientras que el analista resultaría ser, aparentemente, un sujeto pasivo, de una pulsión de muerte que parecería venir del paciente y que utilizaría al analista como depositario de la misma.

Resulta relevante finalizar este primer punto de la discusión enfatizando en que, parte de la importancia de la presente investigación radicaría en reconocer que, a

diferencia de lo que dice la teoría acerca de la pulsión de muerte en la práctica clínica, las múltiples formas de expresión del concepto no aparecerían, únicamente, desde el lado del paciente. Sino que habrían manifestaciones de la pulsión de muerte que se expresarían desde el analista, y que además, habrían elementos en común, a partir de la relación entre paciente y el analista, que pondrían en riesgo el sostenimiento del proceso y el despliegue de la tarea analítica. El poder identificar dichos elementos, provenientes de ambos lados, ayudaría en la teorización de la pulsión de muerte al hacer hincapié en la importancia de reconocer que dicho concepto abarcaría más que una mirada a la patología y a los lados destructivos del pacientes, sino a cómo el proceso mismo, incluso desde el analista, se podría ver tomado por toda esta destructividad.

Particularidades del concepto de la pulsión de muerte desde la perspectiva de los analistas

Uno de los aspectos más interesantes acerca de la forma en que los analistas se refieren a la pulsión de muerte es a partir del lenguaje que utilizan para poder dar cuenta del concepto, desde su experiencia clínica. El lenguaje y la forma como los analistas se expresan acerca de la pulsión de muerte, en ese sentido, mostrarían la manera en que aterrizan en el concepto. De ese modo, al explicar dicho concepto y sus formas de expresión en la práctica clínica, se estaría haciendo el intento de comprender y aclarar un conocimiento. Es así que, a partir del lenguaje y del relato, los analistas podrían describir experiencias clínicas que van adquiriendo sentido cuando hablan y describen dichas experiencias, en función al concepto de la pulsión de muerte.

En ese sentido, es posible inferir que el concepto, por su nivel de abstracción, parecería requerir de una apoyatura especial en el lenguaje que se emplea, por ello la

necesidad de un uso figurativo, que se expresaría desde una narrativa propia. Es por ello que, para estas formas de expresión, los analistas parecerían tener que recurrir al lenguaje figurativo, a partir de metáforas y analogías, como figuras literarias que podrían ser capaces de dar cuenta de un fenómeno inconsciente e implícito. Por tanto, es posible suponer que el pensamiento necesitaría del lenguaje, ya que la palabra es la presencia del pensamiento en el mundo consciente.

Es así que las analogías y las metáforas parecerían servir para describir los distintos aspectos de la pulsión de muerte, y ayudarían en las diferentes formas de entender a los mismos y cómo es que operan en el contexto clínico. El lenguaje figurativo, de ese modo, podría ser un facilitador para el entendimiento de la pulsión de muerte al ayudar a reconocer a dicho concepto en su relación y cercanía con aspectos comunes de la cotidianidad. De tal forma que el lenguaje, manifestado por analogías y metáforas, podría ayudar a disminuir la rigurosidad teórica para poder llegar a descifrar y entender lo que en este caso es la pulsión de muerte y sus implicancias en la práctica clínica. Es por eso que parecería ser que las metáforas y las analogías podrían tener que ver más con la amplitud, que la pura teorización.

Asimismo, en la expresión de una palabra parecería haber implícito un conocimiento intelectual o conceptual, de tal manera que una descripción puramente teórica podría limitar lo que verdaderamente se piensa y concibe sobre el concepto de la pulsión de muerte. Es por eso que se podría hablar, de cierta forma, de un esfuerzo para esclarecer el concepto, frente a la dificultad que hay para describir y entender, en muchas ocasiones, lo que surge en la teoría. Es así que a partir de este uso del lenguaje, que el analista hace suyo el concepto de la pulsión de muerte, y de alguna manera se “apropia” de él, al poder entenderlo, pero, sobre todo, comunicarlo; lo que resultaría ser como una especie de vuelo teórico, personal.

Las metáforas, por su parte, son formas de expresión que utilizarían los analistas y que parecerían ayudar a describir con mayor elocuencia y estética lo que es la pulsión de muerte. De acuerdo a Lakoff (1993), la metáfora, cuya naturaleza es conceptual, sería el mecanismo principal por el que comprendemos conceptos abstractos y llevamos a cabo razonamientos abstractos. De ese modo, la metáfora aparecería en esos momentos como un recurso útil y cómodo para buscar una denominación. De esa manera, las metáforas podrían aludir a lo más simbólico en la comunicación, además que servirían como un elemento que condensa distintas interpretaciones, en este caso, de la pulsión de muerte y sus manifestaciones clínicas. Por tal motivo, las metáforas ayudarían a dar cuenta de las diferentes cualidades y características que podrían describir a la pulsión de muerte, y la manera cómo es que se perciben a las mismas. Es así que a partir del uso de metáforas, podríamos asumir que se le daría una descripción a la pulsión de muerte, que podría ser reconocida e identificada.

Al hablar de una pulsión de muerte “*muda, callada, silenciosa*”, como expresan los participantes, se podría estar describiendo una cualidad de la pulsión de muerte inmersa en la dificultad que se tiene para hacer consciente su aparición, en el contexto clínico. Además, para Black (1993) el enunciado metafórico tiene dos asuntos distintos: uno primario y otro, secundario, de forma que la expresión metafórica funciona “proyectando” sobre el asunto primario un conjunto de implicaciones asociadas que son predicables del asunto secundario. En este caso, el asunto primario vendría a ser la pulsión de muerte, y el asunto secundario la característica que se la ha otorgado al concepto (*muda, callada o silenciosa*). Es así que es posible suponer que, a partir de lo que dice la teoría, estos términos ayudarían

a dar cuenta de una cualidad de la pulsión de muerte que sería más fácil de explicar a través del uso de metáforas.

En relación a esta atribución metafórica (muda, callada o silenciosa) y al dar cuenta de estas características de la pulsión de muerte, los analistas parecerían hacer referencia a la poca claridad que se tiene para reconocer sus expresiones, pero que además aparecería sin que uno se pueda advertirla, en uno mismo, así como en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica. Es por eso que la pulsión de muerte, a partir de la descripción de estas metáforas, estaría entendida como un concepto bastante abstracto, que resultaría complicado de representar y de entender.

Igualmente, al referirse a la pulsión de muerte como “*rebelde*”, haría suponer que sus apariciones y manifestaciones en el escenario clínico estarían caracterizadas por situaciones opositoras que irrumpirían de manera abrupta y violenta con un proceso adecuado, y que perpetuarían más bien con la destructividad, el conflicto y en lo negativo.

Por otra parte, las analogías utilizadas por los analistas para describir a la pulsión de muerte resultarían una ayuda para la explicitación de lo que se entiende del concepto. Según Pérez (2007) la analogía es un procedimiento cognitivo que facilita la adquisición del conocimiento representacional de un determinado dominio, asimismo, resultaría ser un instrumento importante tanto para el pensamiento como para la explicación. Se podría suponer, entonces, que las analogías servirían para poder encontrar un símil entre dos instancias y así poder explicar, con mayor claridad, a una de ellas. Por ejemplo, cuando se refiere que la pulsión de muerte sería como “...*el excremento que tenemos que desechar no porque son malos, simplemente... es una parte que desechamos porque nos ha servido para sacar la vida...*”, podríamos entender que acá se hace uso de la analogía para determinar cómo es que aparecería la

pulsión de muerte, al ser una manifestación de partes destructivas, pero que estarían al servicio de la pulsión de vida. Parecería ser, además, que para referirse a la pulsión de muerte, sería necesario utilizar términos muy potentes, esto se podría suponer debido a la fuerza con que se manifestaría a la pulsión de muerte, según los analistas, y la potencia con que irrumpiría en el desarrollo de la tarea analítica.

Según Pérez (2007) la virtud de la analogía no radica tanto en aportar nuevo conocimiento sino en enfocar de forma novedosa el conocimiento que ya se poseía y así se descubren conexiones que hasta entonces nos habían pasado desapercibidas, lo que se podría evidenciar en alguna de las analogías expresadas por los analistas. Una de estas analogías utilizadas que estaría muy cercana a la perspectiva de la pulsión de muerte, y sus manifestaciones destructivas, es cuando refieren que *“Todos vamos a llegar al final, es como un río, la pulsión de muerte lo que hace es mandarte derechito, pero es mejor que no sea en un río derechito... sino que sea con muchos meandros y eso es lo que hace Eros, crea meandros y eso es la vida al final”*. Esta analogía parecería también sostener la idea que se tiene sobre la destructividad y la aparición de la pulsión de muerte, con su contraparte, que sería la pulsión de vida. Esta idea, en ese sentido, dicha analogía estaría referida a la idea de Kristeva (1993) cuando dice que la pulsión de muerte, que esta inscrita en la pulsión de vida, puede tender a la muerte o ponerse al servicio de la vida.

Es así que podemos inferir como el tratamiento analítico implicaría la posibilidad de utilizar a la fuerza destructiva, que si se piensa e interpreta de manera adecuada, se podría “orientar” al servicio de la vida. Esta descripción que se manifestaría a partir de analogías, sería fundamental para el entendimiento de la tarea analítica, y que, además, estaría basada en la capacidad del analista para poder subyugar a las partes destructivas que surgen en el contexto clínico, desde la

contratransferencia. Al expresar con palabras la formas de destructividad que aparecerían en el proceso es que podrían ayudar al analista en tal tarea analítica de pensar, asociar, e interpretar dichas expresiones de la pulsión de muerte.

En ese sentido, se podría suponer que el lenguaje es el medio a través del cual el analista podría comunicar lo que percibe como pulsión de muerte, qué interpretaciones hace acerca de la pulsión de muerte y cómo es que las llega a manifestar. Esto haría referencia a lo que menciona Pérez (2007) cuando señala que la analogía, así como las metáforas, harían clara la adquisición de conocimiento nuevo y actúan como guías en el pensamiento creativo. Es por eso que es posible suponer que la palabra sería el vehículo del concepto, en este caso, en encontrarle un sentido a la pulsión de muerte y sus expresiones en la práctica clínica. De esa manera, el lenguaje y las formas que se utilizan para dar cuenta del concepto, son recursos que podrían servir para llegar a entender realmente lo que es la pulsión de muerte, a partir de su experiencia como analistas. Es a través del lenguaje y desde su contratransferencia, que los analistas podrían dar cuenta de lo que para ellos es la pulsión de muerte, pero sobre todo, como este concepto funciona, se mueve, y desenvuelve dentro del contexto clínico. De ese modo, este empleo del lenguaje figurativo, a partir de analogías y metáforas, ayudarían al analista, no solo a describir la pulsión de muerte y sus expresiones; sino, también, a reconocer el uso que se les podría dar a dichas expresiones, dentro del contexto de la práctica clínica psicoanalítica.

Es por ello que un aspecto importante que parecería ayudar a conocer cómo los analistas se refieren al concepto e intentan explicar sus formas de expresión en la práctica clínica, es la utilidad o función que este tiene. Es importante partir de la idea de que la pulsión de muerte podría resultar ser un abstracto teórico que parecería servir para entender e interpretar la complejidad de la destructividad que se escenifica

en el contexto clínico, además de la capacidad que tendrían los analistas para poder contener su propia destructividad, a partir de elementos contratransferenciales.

En ese sentido, lo reportado por los participantes confirmaría la idea de Feldman (2000), cuando refiere que la pulsión de muerte sería útil en la situación clínica, en el modo que ayudaría a explicar las distintas formas de autodestrucción del paciente, desde lo que ocurre en el ámbito clínico. Es así que, la manera en que aparecería la pulsión de muerte, y a partir de las manifestaciones que se experimentan contratransferencialmente, es que se podría definir de alguna manera, la forma en que va a ser utilizado el concepto. Es decir que la técnica y la instrumentalización, referidas a la aparición de la pulsión de muerte, parecerían estar conducidas por elementos que van apareciendo en la práctica clínica y que van tomando conciencia en la mente de los analistas. Esto último estaría relacionado a las formas de autodestrucción que estarían manifestadas por algunos pacientes que podrían crear dificultades y patrones de transferencia y contratransferencia destructivos.

Es importante mencionar que existe un grupo de analistas que piensan que la pulsión de muerte no tendría utilidad alguna dentro del campo clínico, pues, para ellos, su uso no tendría ningún beneficio, ya que parecería resultar ser un concepto que, más bien, reduce y limita todo aquello que ocurre en el contexto clínico. Este grupo sugiere, además, que las distintas implicancias y vicisitudes que ocurren dentro del contexto clínico pueden ser aplicadas e instrumentalizadas bajo un punto de vista diferente al de la pulsión de muerte. Dicho grupo de analistas sostiene que existen elementos metapsicológicos que solo tendrían valor en su condición teórica, pero que perderían relevancia cuando se les sitúa en un marco clínico. En este caso, la pulsión de muerte, para estos analistas, estaría dentro de este marco, donde su importancia radicaría en su posición conceptual, más no en su posición práctica.

Sin embargo, existe un grupo de analistas que piensan que la pulsión de muerte sí podría llegar a ser una herramienta adecuada en la práctica clínica, pues tendría un beneficio a la hora de entender, elaborar e interpretar lo que ocurre dentro de dicho contexto, a la luz de dicho concepto. Es por ello que hay quienes piensan que parte de los fracasos que se dan en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica se deberían, justamente, por no tocar los temas que surgen desde la mirada de la pulsión de muerte.

Lo reportado por este grupo de analistas coincidiría con Feldman (2000) y Segal (1993) cuando señalan que el mejor uso de la pulsión de muerte, como método clínico, radicaría en entender las fuerzas negativas en pacientes que destruyen la claridad y el significado del propio proceso. De ese modo, parecería ser importante poder trabajar sobre las bases de la pulsión de muerte, al interpretar de dónde radican estas fuerzas destructivas que vienen del paciente, cómo es que se manifiestan en el contexto clínico y cómo se perciben desde la contratransferencia. Esto es importante, al hablar de la técnica, debido a que la pulsión de muerte se nutriría gracias a dichas proyecciones. Es así que, sería posible pensar que, a partir de esta toma de conciencia de las fuerzas destructivas, que serían expresión de la pulsión de muerte, es que aparecería una mayor claridad en el trabajo clínico, así como en el proceso mismo.

Es por ello que, en cuanto a tal utilidad, podemos inferir que la pulsión de muerte parecería ser necesaria y ventajosa, debido a que se le relacionaría con el conflicto, y que para poder abordar dicho conflicto resultaría necesario ubicarlo, conocerlo, entenderlo y luego trabajar con él. Por tal motivo es que la tarea analítica consistiría, justamente, no solo en la contención de dichos elementos destructivos, sino en la depuración y la interpretación de esta fuerza destructiva de la pulsión de muerte que se expresan en el contexto clínico.

Es así que el concepto de la pulsión de muerte podría asistir y economizar el trabajo mental para la comprensión de distintos fenómenos, como una herramienta que aparecería para entender y aclarar los distintos elementos que surgen del trabajo clínico, y la manera en que uno puede abordarlos. Al reconocer los elementos destructivos que surgen del conflicto, relacionados a la pulsión de muerte y sus expresiones clínicas es que uno podría trabajar en las proyecciones que estarían cargadas de dicha destructividad, recogidas desde la contratransferencia. En ese sentido, al reconocer de dónde vienen tales proyecciones y hacia dónde están dirigidas, es posible ocuparse de ellas, al reconocerlas, elaborarlas, e interpretarlas.

Finalmente, esto comprendería la manera como es que los analistas dan cuenta del concepto de pulsión de muerte, dentro de la práctica clínica, a partir de un lenguaje figurativo que ayudaría a comprender y fortalecer las entidades teóricas que se refieren al concepto de la pulsión de muerte y sus expresiones en la práctica clínica psicoanalítica. Asimismo, tal necesidad de aclaración del concepto de pulsión de muerte y sus expresiones en el contexto clínico podrían ayudar, también, a revelar los diferentes usos y elementos de la técnica en el trabajo en la práctica, lo que permitiría el desarrollo adecuado de la tarea analítica y así llevar un proceso idóneo.

Algunas reflexiones finales

Pensamos que es importante señalar algunos elementos que, aunque escapan de los objetivos de investigación, han emergido como producto de este trabajo y podrían ser interesantes, a modo de reflexión final, sobre este complejo asunto. Entre estas temáticas encontramos la ausencia en la explicitación, por parte de los analistas, de la existencia de una compulsión a la repetición, que estaría expresada en el contexto de la práctica clínica. Asimismo, parecería ser importante reconocer los alcances y consecuencias que tiene la práctica clínica sobre la teoría psicoanalítica y

describir la manera en que se podrían nutrir y se retroalimentar. Esto último, a partir de las expresiones de la pulsión de en la práctica clínica psicoanalítica.

La compulsión a la repetición

La compulsión a la repetición es un tema pilar en la conceptualización de la pulsión de muerte, que tiene como punto de partida la noción de Freud (1920), a partir de casos clínicos. En ese sentido, la compulsión a la repetición se podría manifestar, por ejemplo, desde los pacientes que van a dar cuenta de que existe una pulsión de muerte latente, al repetir los distintos aspectos de la sintomatología. Son pacientes que parecerían repetir, una y otra vez sus síntomas, perpetuando en su condición patológica. Asimismo, es la compulsión a la repetición la que parecería englobar la relación entre analista y paciente, teñida de pulsión de muerte. Es decir, que dentro del contexto de la práctica clínica, en mayor o menor medida, habrían diversas expresiones de la pulsión de muerte, en los diferentes agentes del proceso. Dichas expresiones se estarían dando de manera repetitiva, y parecerían estar perpetuadas en el síntoma, en la relación entre paciente y analista, y sobre todo, en el contexto analítico mismo.

Sin embargo, esta compulsión a la repetición no ha sido explicitada en el relato de los analistas, sin alejarse de lo teórico, por ello es posible pensar que la compulsión a la repetición estaría concebida de manera implícita y transversal sobre lo que ocurre en el trabajo clínico. En ese sentido, se podría suponer que la compulsión a la repetición es tan potente y a la vez cotidiana, que no se haría referencia a ella, pues estaría manifestada de manera tácita.

El darse cuenta de esta condición de repetir, como se he mencionado anteriormente, parecería ser un punto de partida en el abordaje y la solución de la problemática con la que se maneja el contexto analítico. Es por eso que el hecho de no

percatarse de la compulsión a la repetición y la importancia de la misma, podría resultar ser un problema en sí que se expresaría, también, en el ámbito clínico.

Sobre esto, Kristeva (1993) refiere que la compulsión a la repetición puede quedar en un permanente repetir y permitirá, tal y como se da en un espacio analítico a partir de la transferencia y la contratransferencia, la posibilidad de reconstruir secuencias temporales del pasado. Por tal motivo, parecería ser necesario explicitar e interpretar, a partir de la contratransferencia, la presencia de la compulsión a la repetición, ya que a través del trabajo con ella es que uno podría llegar a reconocer, y por tanto trabajar, con lo que ocurre en el contexto clínico. De ese modo, el percatarse del repetir haría que se puedan dar nuevos significados del pasado del paciente, enfrascados en la sintomatología; de esa manera, permitiría el progreso de la tarea analítica.

Sin embargo, ese reconocer parecería estar basado en poder dar cuenta de la manera en que aparecerían, no solo los síntomas, sino las manifestaciones en la relación del paciente, desde su transferencia, del analista, desde su contratransferencia, y en la relación de los mismos. En ese sentido, esta repetición estaría relacionada con una forma patológica que se habría instaurado en el proceso, y al poder reconocerla e interpretarla es que se podría llegar a un mejor entendimiento y desarrollo de la tarea analítica. De ese modo, se podría suponer que si se llega a reconocer y descifrar la compulsión a la repetición, que es expresión de la pulsión de muerte en el contexto clínico, esta podría llegar a ser un instrumento de interpretación que ayudaría en el trabajo mismo, dentro de la práctica clínica.

Relación teoría-práctica

El uso que se le da al concepto de pulsión de muerte, como la mayoría de descubrimientos freudianos, parecería ser consecuencia directa de la relación que existe entre la teoría y la práctica psicoanalítica. Sobre esto, hay quienes piensan como Rangell (1981) que los elementos más abstractos de la metapsicología parecen estar en relación con las observaciones clínicas, de la misma manera como, al revés, las experiencias analíticas inmediatas parecen caer dentro de las líneas de la teoría supuestamente comprobada.

Sobre esto, Ferenczi y Rank (1924) afirman que no resulta exagerado afirmar el mutuo control entre conocimiento logrado de la experiencia (empírica, inducción) y la experiencia a través de conocimientos previos (sistematización, deducción), es la única manera de proteger a una ciencia, en este caso el psicoanálisis, del error. En ese sentido, una disciplina que utilice sólo uno de las dos formas de investigación estaría condenada a perder el fundamento donde ubicarse y sería empirismo puro porque le faltan las ideas fecundas, o simplemente pura teoría. Sin embargo, hay quienes piensan como Wallerstein y Richards (1984) que afirman que la teoría habría cambiado considerablemente a lo largo del siglo, pero que sería muy difícil demostrar que la técnica se haya modificado como consecuencia de ella. En ese sentido, para algunos, el grado de correspondencia entre teoría y técnica es mucho menor que lo que habitualmente se cree.

En ese sentido, es posible afirmar que, para muchos autores psicoanalíticos, efectivamente la teoría sería consecuencia de lo que ocurre en la práctica, y viceversa. Es decir hay una relación significativa donde lo que ocurre en el campo teórico es afectado por lo que ocurre en el ámbito clínico, y así, en ambas direcciones. Sin embargo, para otros, dicha relación no resultaría tan significativa, donde una no

resultaría ser consecuencia de la otra. La pulsión de muerte, por lo mencionado, sería un concepto que también supone una discusión de este tipo, en donde existe el cuestionamiento si una entidad teórica afecta y es afectada por lo que ocurre en la práctica clínica.

Asimismo, resulta muy importante subrayar que, a partir de la mirada de lo clínico, para algunos analistas, se ha podido explorar distintos aspectos de la pulsión de muerte que no necesariamente son comprendidos o explicitados, desde una mirada teórica del concepto. Sobre esto, Kernberg (2001) menciona que es a partir de la mirada de estos fenómenos clínicos que se podría tener una mayor claridad y una mayor comprensión acerca de lo que es el concepto de la pulsión de muerte. En ese sentido, la pulsión de muerte, como entidad metapsicológica sí podría considerarse como un ejemplo de que el aspecto clínico puede llegar a asir la condición conceptual y reforzar, e incluso modificar, lo teórico. Es decir que lo clínico, efectivamente, lograría contribuir, no solo con un mayor entendimiento de los conceptos, sino también a redefinirlos y ubicarlos de manera más homogénea y consensuada. El concepto de pulsión de muerte entonces, y desde esta investigación, parecería reforzar la idea de que lo clínico permite el fortalecimiento y sostenimiento de lo teórico; es el campo clínico el que parecería reconocer y formular nuevas hipótesis teóricas, y así fortalecer el campo teórico.

Es por eso que algunos autores, tales como Feldman (2000), han mencionado que la pulsión de muerte resultaría ser un concepto que, desde su postura metapsicológica, sí tendría un efecto y una utilidad significativa dentro del contexto clínico y viceversa. Desde este punto de vista, dicho concepto tendría diferentes alcances en el ámbito clínico que permitirían al analista entender lo que ocurre en el proceso y a sus diferentes vicisitudes, en términos de pulsión de muerte. En ese

sentido, el analista podría llegar a utilizar a la pulsión de muerte como instrumento que ayudaría a determinar y describir distintos elementos destructivos que se expresarían en el contexto clínico y que han sido descritos por los participantes de la presente investigación, tales como: el hartazgo, la apatía, la seducción, el desprecio, la envidia, la violencia, la parálisis y la incomprensión. De ese modo, es posible suponer que lo clínico permitiría, no solo corroborar, sino también fortalecer a la instancia teórica, al ayudar a describir lo que ocurre en el práctica clínica, para así desarrollar una progreso valioso en los contenidos teóricos ya conocidos.





Conclusiones

- 1) La pulsión de muerte es un concepto que parecería tener múltiples formas de expresión, y por lo mismo, existirían diferentes maneras de concebirlo y de representarlo; tanto a nivel teórico, como a nivel práctico.
- 2) Muchas formas de expresión del concepto de la pulsión de muerte, dentro del contexto de la práctica clínica psicoanalítica, estarían percibidas en el paciente, tales como: la violencia, la apatía, el desprecio, y la envidia.
- 3) Por otro lado, parecería ser que otras formas de expresión de la pulsión de muerte no solo estarían manifestadas desde el lado paciente, sino también del analista; y estas se percibirían a partir de la contratransferencia. Tales manifestaciones de destructividad en el analista serían la parálisis, el hartazgo, la seducción y la incomprensión.
- 4) Asimismo, parecería haber elementos de la pulsión de muerte que se expresarían en la práctica y que podrían pertenecer a ambas partes, es decir en la relación que tienen el paciente y el analista. Dichas expresiones serían: el no abordar, el no representar, el no pensar. Es importante mencionar que, si bien son expresiones de destructividad, serían elementos que unen y vinculan al paciente y el analista.
- 5) Resulta relevante señalar que parecería existir una discordancia en la percepción de los participantes sobre la pulsión de muerte en la práctica clínica. Esto, debido a que existe un grupo de analistas que refiere que la pulsión de muerte estaría expresada por la violencia y los ataques provenientes del paciente; lo que estaría relacionado con la teoría kleiniana. Sin embargo, según otro grupo de analistas, estas manifestaciones de violencia no serían formas de expresión de la pulsión de muerte, sino más bien de la pulsión de

vida. Para este último grupo de participantes, la pulsión de muerte estaría enfrascada en pacientes y, sobre todo analistas, que parecerían estar envueltos en manifestaciones que desvinculan y se inclinan más por el vacío; lo que estaría relacionado con la teoría greeniana.

- 6) Una de las formas en que se puede reconocer cómo es que se concibe la pulsión de muerte es a partir del lenguaje figurativo, constituido por analogías y metáforas, que serían utilizadas por parte de los analistas. Es de ese modo que se podría señalar que, a partir del relato que se tiene sobre la pulsión de muerte en el contexto clínico, se podría llegar a fortalecer la concepción que se tiene sobre la pulsión de muerte.
- 7) Un aspecto que resultaría ser significativo, relacionado a la pulsión de muerte, sería el uso que se le da en el ámbito clínico. De ese modo, es importante referir que el poder reconocer, entender e interpretar las fuerzas destructivas es que uno podría trabajar con ellas al retirar las proyecciones de la pulsión de muerte que parecerían provenir del paciente y que serían inoculadas en el analista; todo esto sería percibido desde la contratransferencia y en favor de la tarea analítica.
- 8) Existen elementos de la pulsión de muerte, tales como la compulsión a la repetición que se parecerían encontrar en el ámbito clínico, pero que se encontrarían en el relato de los participantes, únicamente, de manera implícita. Sin embargo, el reconocer a la compulsión a la repetición, parecería esencial para poder llevar a cabo la tarea analítica.
- 9) Finalmente, el concepto de pulsión de muerte y sus expresiones en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica, podría ayudar a dar cuenta de la relación

que existe entre la teoría y la práctica y sobre todo en la manera en que una fortalecería a la otra y viceversa.





Referencias

- American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association (3era ed.)* (Trad. M. Guerra Frías). México: Editorial El Manual Moderno.
- Aulagnier, P. (1984). *Condenado a investir*. Revista de Psicoanálisis. 2/3, 283-306.
- Bergmann, M. (2011) *The Dual Impact of Freud's Death Drive and Freud's Previous Death Drive Theory on the History of Psychoanalysis*. Psychoanalytic Review, 98:665-686
- Bernardi, R. *La investigación empírica sistemática: qué método para cuáles preguntas* Recuperado el 17 de febrero de 2010 de www.apuruguay.org/bol_pdf/bol-bernardi-2.pdf
- Black, M. (1993) *More about metaphor?*. In Andrew Ortony (ed.), *Metaphor and Thought*, Second Edition, Cambridge Univ. Press
- Bleichmar, S. (1991) *La Pulsión de muerte*. Conferencia dictada el 27 de septiembre de 1991 en el marco de XIV Encuentro de discusión y IX Simposium organizado por la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados
- Bleichmar, C. & Bleichmar, N. (1989) *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México D.F: Páidos.
- Braier, (2009) *El múltiple interés de la hipótesis acerca de la pulsión de muerte*. Revista Intercanvis. Barcelona
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) *Utilizando el análisis temático en psicología. Investigación cualitativa en psicología*. 3 (2). pp. 77-101. ISSN 1478-0887

Creswell, J. (2014). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Los Angeles: Sage.

Dreher, A.U. (2000) *Fundamentos de la investigación conceptual en psicoanálisis*. Karnac.

Feldman, M. (2000) *Some views of manifestations of the death drive in clinical work*. International Journal of Psycho-Analysis, 81:53-65.

Fenichel, O. (1935). *A critique of the death instinct*. In Collected papers of Otto Fenichel, first series.

Fenichel, O. (1966) *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Paidós, Argentina: p. 79-80.

Ferenczi, S. & Rank O. (1924) *Perspectivas en psicoanálisis*. En S. Ferenczi. Psicoanálisis III. Madrid: Espasa-Caipe.

Freud, S. (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En: *Obras Completas*. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1910) La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914) Introducción al Narcisismo. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915) Pulsiones y destinos de pulsión. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1917) Duelo y Melancolía. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1918) De la historia de una neurosis infantil. En: *Obras Completas*. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920) Más allá del principio de placer. En: *Obras Completas*. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1923) El yo y el ello. En: *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924) El problema económico del masoquismo. En: *Obras Completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En: *Obras Completas*. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1930) El malestar de la cultura. En: *Obras Completas*. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1933) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1937) Análisis terminable e interminable. En: *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1984) *Pulsión de muerte, Narcisismo negativo, función desobjetalizante.*

Buenos Aires: Amorrortu

Green, A. Ikonen, P.; Laplanche, J.; Recharadt, E.; Segal, H.; Widlocher, D.; Yorke, C.

(1984) *La pulsión de muerte.* Buenos Aires: Amorrortu

Green, A. (2002) *El pensamiento clínico.* Buenos Aires: Amorrortu

Green, A. (2011) *Illusions and Disillusions of Psychoanalytic Work. International Psychoanalytical Association. Psychoanalytic Ideas and Applications Series.* London: Kamac.

Gonzales Rey, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información.* México D.F: Mc-Graw Hill Interamericana.

Grotstein, J. (1977). *The psychoanalytic concept of schizophrenia*, 1. The dilemma.

International Journal of Psychoanalysis, 58: 403-425

Hennink, M.; Hutter, I. & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods.* London:

Sage.

Kernberg, O (2009) *El concepto de la pulsión de muerte: Una perspectiva clínica.*

Revista internacional de psicoanálisis. 90:1009-1923

Klein, M. (1945) *Obras Completas: Amor, culpa y reparación.* Tomo I Buenos Aires, Paidós

Klein, M. (1946) Notas sobre algunos Mecanismos Esquizoides. *Obras Completas de Melanie Klein.* Barcelona: Paidós

Klein, M. (1952) : Algunas Conclusiones Teóricas sobre la Vida Emocional del

Bebé. *Obras Completas de Melanie Klein.* Barcelona: Paidós

Klein, M. (1957) *Envidia y Gratitud. Obras Completas de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós

Kristeva, J. (1993) *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Cátedra.

Kristeva, J. (1997) *The Portable Kristeva*, ed. Kelly Oliver. New York: Columbia University Press.

Lakoff, G. (1993) "*The contemporary theory of metaphor*". In A. Ortony (ed.), *Metaphor and Thought*, Second Edition, Cambridge: Univ. Press.

LaPlanche (1991) *La pulsión de muerte en la teoría sexual*. En: Laplanche J. *La pulsión de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Pérez, M. (2007) *Metáfora frente a la analogía*. Themata Revista internacional de filosofía Núm. 38, Sevilla: Universidad Pablo de Olavide

Rangell, L. (1981) *From insight to change*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 56: 87-98.

Rosenfeld, H. (1971). *A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism*. Internat. J. Psycho-Anal. 52:169-178

Roussillon, R. (1998) *Interpréter, construire..., jouer peut-être. Le fait de l'analyse*, No 4. Le démon de l'interprétation. Autremont, Paris.

Segal, H. (1991) *De la utilidad clínica del concepto de instinto de muerte*. En: Segal H. *La pulsión de muerte*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991

Segal, H. (1993) Segal, H. (1993). *On the clinical usefulness of the concept of death instinct*. International Journal of Psychoanalysis, 74: 55-61

Spillius, (1983)

Steiner, J. (1982) *Perverse Relationships Between Parts of the Self: A Clinical Illustration*. International Journal of Psychoanalysis., 63.

Wallerstein, R. & Richards, A. (1984) *The relation on psychoanalytic theory and psychoanalytic technique*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 23: 587-602

Waska, R (2001) *The clinical advantage of the death drive*. Psychoanalytic Social Work, 8:23-39

Winnicott, D. (1950) *Aggression in Relation to Emotional Development*. In: *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. New York: Basic Books , 1958, pp. 204-218. Citado por Parens.

Winnicott, D. (1964) *Memoirs, dreams, reflections*. Internat. J. Psycho-Anal., 45:450-55

Winnicott, D. (1968) *Psychoanalytic Explorations*. Clare Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis, editors, 1989. Part Three: On the Work of other Analysts: 53.

Melanie Klein; III. Roots of Aggression.

Zelaya, C. (2003) *La Depresión Post-parto desde la Pulsión de Muerte*. Tesis para optar por el título de Magíster en Estudios Teóricos de Psicoanálisis. Pucp: Lima.

Anexo A

Carta informativa al presidente de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis

Dr. Eduardo Gastelumendi

Presidente de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis

Pte.

Me es grato saludarlo. Le escribe Santiago Joseph, alumno de la maestría en Estudios Teóricos en Psicoanálisis, de la PUCP. El motivo de esta carta es para comunicarle que me encuentro realizando mi tesis de maestría cuyo título provisional es "*La pulsión de muerte en el contexto de la práctica clínica psicoanalítica*", y que está siendo asesorada por la Dra. Carla Mantilla. Una parte importante del trabajo está centrada el material de entrevistas a expertos psicoanalistas, para lo cual me contactaré con miembros de la institución que Usted preside. Una vez finalizado el proyecto, me comprometo a entregar una copia del mismo y si fuera requerido, a realizar una exposición de los principales hallazgos.

Le agradezco de antemano la atención y me despido cordialmente,

Santiago Joseph