

3. (Re)presentaciones de la muerte en la adolescencia: teoría de la práctica individual y privada en referencia a los diagnósticos en salud mental



MARTIN RECA*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.03>

La polisemia del vocablo “espectros” fue la idea que impulsó presentarles en este marco algunas reflexiones sobre la representación de la muerte en los adolescentes, que se inspiran en mi práctica privada de terapeuta psicoanalista.

“Espectros” es un término que se utiliza en las actuales clasificaciones de la salud mental que anima el debate propuesto por el título de la portada. Dicho debate considera naturalmente aspectos axiológicos, epistemológicos, nosológicos, históricos, culturales, pero también sociales y políticos, que son factores condicionantes de las clasificaciones diagnósticas en la salud mental.

Vista tal problemática, el tema tan específico que este texto se propone abordar, a saber “las (re)presentaciones de la muerte en la adolescencia”, presentaría en estas páginas, ante todo, el interés de ilustrar el posicionamiento que dicho debate adopta en el pensamiento de un clínico terapeuta. Debido a esto, antes de evocar los “espectros” mortíferos que habitan en los adolescentes, me permitiré ofrecer algunos comentarios introductorios de los instrumentos que permiten a un clínico llegar a evidenciarlos. De allí, el subtítulo propuesto que hace alusión al “trabajo de teorización” que realiza el clínico en su práctica privada.

* Médico Psiquiatra de las Universidades Nacionales de La Plata (Argentina) y de París-Sorbona.

Como sabemos, el razonamiento clínico ante el acto de diagnosticar debe considerar dos lógicas diferentes: 1) la que lo compele al ordenamiento de su saber en un marco referencial del saber teórico de la clínica, el cual guiará su comprensión del cuadro mórbido y orientará su decisión o acto terapéutico (cuando no es que también lo justificará deontológicamente). Esta lógica, al basarse en tal referencia a un corpus científico profesional —en calidad de “tercero”—, permitirá así tanto su reflexión interna como su ocasional diálogo con colegas. 2) la otra lógica es la utilizada idiosincráticamente en el abordaje del caso en particular y, máxime, en la cura que se personaliza en y por la singularidad de dicho caso.

Hay dos modalidades lógicas de la clínica, una abstracta y general; la otra, personal y particular. Ambas son científicas. Sabemos todo lo que el constructo del saber general le debe a la investigación del “caso singular” y, recíprocamente, cómo este último problematiza la integración del primero en su propia realidad, interrogando su fiabilidad y su validez.

Pero a menos de mantener la ilusión engañosa de que la primera lógica dirige efectivamente la segunda (ilusión muy presente al momento de redactar *guidelines*), sabemos que la segunda —la lógica idiosincrática— implica dimensiones de mayor subjetividad profesional por parte del clínico. Su experiencia acumulada desempeña un papel sustancial; en modo casuístico y comparativo, incluye también toda una serie de recursos implícitos personales —muchas veces en tácito conflicto— de los que podemos nombrar tan sólo como ejemplo, las resistencias, la tolerancia a la angustia, la negación, las idealizaciones. Sin necesidad de invocar caracterologías en el clínico que magnifiquen estas tendencias. Y ello, obviamente, con sus inevitables efectos decisionales de pertinencia en la apreciación.

Entre estos implícitos se inscriben también las afiliaciones teóricas y las preferencias del clínico.

A riesgo de demorarnos sobre estos aspectos, no podemos no invocar la importancia del manejo “docto” del margen de incertidumbre que caracteriza a la lógica médica, especialmente ante el caso particular.

En fin de cuentas, esta lógica subjetiva que guía el pensamiento clínico, que podría juzgarse en un primer momento como estando más comprometida con lo “pequeño” comparada con la riqueza infinita de la lógica abs-

tracta, conceptual y elementarista a la que el clínico se somete ante los meollos electivos de las clasificaciones diagnósticas, resulta ser finalmente aquélla que, en modo holístico, asume mucho más plenamente la responsabilidad del pensamiento complejo.

Por ello, aparece más interesante aun pensar todas esas disposiciones subjetivas del clínico-terapeuta menos en resonancia coherente consigo mismo, con su personalidad que, como expresión de lo que realmente ocurre en el encuentro con el paciente —el “drama concreto” — una vez asumida y comprometida la relación terapéutica.

Esa “implicación a dos”, lo transaccional y lo transferencial, y cuyo seguimiento instaura una dimensión diacrónica, da lugar a observaciones clínicas extremadamente variadas y cambiantes, las cuales fueron la fuente que propulsaron la multiplicación de categorías diagnósticas con las consecuentes intrincaciones estadísticas y tautológicas de la epidemiología.

Con estas nuevas condiciones del campo de observación —relacionales y diacrónicas— el clínico se enfrenta también con la noción de resistencia al cambio saludable por parte del paciente (resistencia involuntaria sino inconsciente). Esta es una noción fundamental que históricamente ha guiado muchos cambios en los criterios diagnósticos. Pensemos, por ejemplo, en las categorías de los estados límites y en las pseudo-neurosis, categorías que partieron de los consultorios privados y de los divanes freudianos.

Esto también ha hecho que muchos terapeutas implicados en la continuidad de un tratamiento a mediano y largo plazo se desinteresen de la referencia a las clasificaciones incluso cuando éstas toman en cuenta —como es el caso de las clasificaciones francesas— los cambios evolutivos (regresivos o progresivos) y los elementos connotativos del entorno social, educativo y afectivo.

¿Por qué? Porque el terapeuta —a diferencia del perito examinador— toma en cuenta para su trabajo tres parámetros interrelacionados:

1. Considera que todo trastorno o enfermedad es un proceso dinámico (reprochándole a la clasificación diagnóstica su carácter estático y, sobre todo, su inadecuación para designar durablemente el valor del signo: lo que se observa en T1 no es idéntico ni semejante a lo observado en T2). El signo manifiesto, observable, es cambiante en sí, tanto en cantidad (intensidad)

como en calidad (sometido a cambios transmodales, a transposiciones, a deformaciones, etc.) o porque el signo ha cambiado de función. El clínico terapeuta significa, resignifica, pero también califica y recalifica.

2. Considera una semiótica subyacente al cuadro manifiesto, una semiótica “invisible”, en estrecha relación de causalidad o de negación de significación con lo manifiesto, y con un rol de predominancia respecto al cambio voluntariamente deseado. La psicopatogenia y la psicopatología psiquiátricas de los clásicos pueden alcanzar niveles de metapsicología, como es el caso de la inaugurada por Freud con su noción doctrinaria de “realidad psíquica” y de “pulsionalidad infantil”, ambas inconscientes al sujeto. En el plano de lo manifiesto, esto puede dar lugar a diagnósticos engañosos, enmascarados o *naïfs*. Para dar un ejemplo: la idea suicida en el adolescente puede significarse como, por ejemplo, un elemento depresivo (si la presencia de otros signos así lo justifican —recordemos rápidamente que la idea de suicidio puede observarse en psicopatías, psicosis emergentes, etc.—), pero quedará la ardua tarea de evaluar el contenido de dicha idea en términos semánticos y también en términos de defensas psicológicas existentes.

3. Considera también —a diferencia del diagnosticador— a la intersubjetividad indefectible y complementaria en el encuentro con su paciente para calificar, recalificar, significar y resignificar, esta vez, en ese marco relacional de intencionalidades recíprocas (volviendo a la idea de suicidio: con qué intención se enuncia tal idea dirigida al otro) y esta semiótica se inscribe en un acompañamiento transformador por antonomasia.

De todo esto se deduce que, para la observación y anotación que lleva a cabo un terapeuta, lo manifiesto es relativo y que su “saber” puede llevarle a pensar en signos que no son aún observables o a continuar considerando aquél que ha dejado de ser aparente.

Baste decir que al terapeuta no le resultan adecuadas las clasificaciones diagnósticas que aspiran a ser objetivantes, exigiendo suscribir a criterios no sólo estáticos sino también “evidenciables”, como lo impone el paradigma de la Evidence Based Medicine (EBM), que mantiene la convicción etiopatogénica de lo orgánico o lo exclusivamente biológico en la medicina y, con más razón, en la medicina mental. Tal tendencia clasificatoria clausura la flexibilidad necesaria en el juego dialógico de los tres parámetros descritos.

No es menos significativo que, en ese trabajo axiológico que realiza todo clínico, el terapeuta considera, además, la perspectiva transformadora del signo: el carácter transformador del signo (en nuestro ejemplo, la idea suicida) que comienza desde la primera anotación de dicho signo en la relación doble intersubjetiva. Efectivamente, el terapeuta, en su investigación evaluativa del signo con el propósito de anotarlo, interrogando, pues, conjuntamente con el paciente ese signo (el enunciado del paciente de su idea de suicidio), ya lo está transformando.

Con todos estos parámetros se podría decir que el terapeuta puede prescindir de todo esfuerzo diagnóstico categorial o que le resulta ocioso consagrarle una atención rigurosa.

Sin embargo, sabemos que no es así y que, no sólo las clasificaciones sino la pluralidad de éstas y los cambios en su seno mismo, alimentan su “aparato para pensar”, como lo llama Wilfred Bion. La implicación del terapeuta en el “trabajo de cultura” lo alerta sobre cuestiones fundamentales del marco extrarrelacional de su quehacer, así como sobre las resistencias, ya no individuales sino grupales (resulta oportuno recordar que el término “espectros” fue introducido en las clasificaciones, esencialmente para evitar la alusión a la psicosis juzgada demasiado estigmatizante). Pero también —seamos optimistas— esos nuevos actos nominativos lo alertan de posibles aperturas, dando un marco oficial a matices y a la anotación de nuevas realidades clínicas que, no por sutiles, son menos ciertas o caracterizables. “Espectros” puede pues atestiguar —no sin riesgos, como toda apertura de negación de su núcleo original— una extensión abarcativa y también una modestia científica.

Es claro que, al considerar estas peculiaridades del razonamiento clínico-terapéutico ante las clasificaciones, la fiabilidad y la validez, “interjueces”, como se dice, se vuelven aun más reducidas y el consenso es más difícil de obtener. Sin embargo, hay que ver en eso una riqueza y una vitalidad, si no científica, al menos de cientificidad. Por ejemplo, las discusiones diagnósticas multi-referenciales que se realizan en grupo —que son tan importantes en la salud mental— constituyen siempre no sólo un mayor acercamiento a la complejidad de la “cosa” clínica y de los diferentes niveles de las realidades allí anudadas, sino que contribuyen también a un desenmarañamiento imaginario susceptible de cautivar a todo intérprete aislado.

De todas maneras, y como corolario, siempre es bueno recordar que en la clínica de la psiquis (del alma) —aprisionada entre dualismos aporéticos (naturalistas versus espiritualistas; nominalistas versus realistas, esencialistas versus atomistas; categoriales versus dimensionalistas, etc.)— el margen de lo que se nos escapa (la resistencia al entendimiento) es, por naturaleza, importante. Pero no porque escapa (al entendimiento) deja de existir como componente de la clínica. ¿Entonces, qué estatuto le otorgamos a esos componentes irrepresentables en la investigación taxonómica?

El clínico-terapeuta, sin poder clasificarlo, sabe de su gran valor. Esos elementos-que-escapan son espacios simbólicos indispensables y deseables. Son espacios mentales, si no de “salud”, hacia la salud. Por el contrario, las patologías mentales, en sus expresiones autoplásticas o aloplásticas, nos muestran bien la desaparición de esos espacios simbólicos (que son no sensoriales ni concretos) al saturarlos por medio de conversiones, somatizaciones, adicciones, alucinaciones, delirios, etc. El síntoma viene a allanar con representaciones sensoriales y perceptibles ese espacio mental de lo no representable, que debería quedar “libre”, informe y disponible para pensar asociativamente.

Y entre esas cosas que no “atrapamos” con nuestras representaciones y que, por ende, tampoco figuran en nuestras clasificaciones —aunque introduzcamos en ellas la palabra “espectro”— está justamente la representación de la muerte. ¿Debemos, pues, seguir confiándosela a la filosofía, a la religión o al saber popular?

Cierto es que la muerte, como criterio axiológico, aparece en las ideas de suicidio, en las categorías de duelo o en cuadros reaccionales, pero, a mi entender, aparecen en tanto que actos desencadenantes o intencionales de los que se infiere la idea de muerte. En los trastornos de pánico, la idea de una muerte inminente es el contenido metafórico de la experiencia dolorosa de descontrol.

La muerte en sí, si se puede decir, y sobre todo la de uno “no tiene nada que ver con nada” (*Nur der Tod ist umsonst*, en la lengua de Freud). Freud lo afirma en un texto publicado de manera póstuma (*La escisión del Yo en el proceso defensivo*, 1937) y precisa en otros que la representación consciente de la propia muerte no existe y que el inconsciente la ignora.

Les propongo pensar lo impensable como una dimensión transnosográfica (no sé si dimensional) y casi con una perspectiva de economía psíquica. Me inspira a ello la lección de un profesor de psiquiatría que, debiendo tratar de escalas de evaluación de “calidad de vida” en pacientes psiquiátricos —lo que constituía en aquel entonces una herramienta de progreso social— su voz se volvió más grave e irónica al decir: “Por cierto, hay que evaluar la calidad de vida, pero no se confundan, ante todo paciente mental y estableciendo su diagnóstico, pregúntense siempre: qué cantidad de muerte lo ocupa”.

— II —

El trabajo del que el Comité científico y organizador tomó conocimiento e impulsó su publicación en esta compilación, no podrá cabalmente ser presentado en este marco porque se trata de un abordaje muy específico de un material clínico extraído de mi práctica profesional en el seguimiento de jóvenes adolescentes que presentan gran sufrimiento (adicciones, retiro y aislamiento social, inhibiciones masivas, trastornos graves del comportamiento alimentario, angustias *borderline*, etc.) y está destinado a ser discutido en el taller de especialistas en la adolescencia. Este fue el caso en el congreso reciente de la Federación Europea de Psicoanálisis (FEP).

Lo que importa aquí —creo yo— es que la adolescencia y sus trastornos nos recuerdan la existencia de los límites móviles entre lo “normal” y lo “patológico”, en particular en el campo que incluye la dimensión “desarrollista” (desarrollista tanto desde el punto de vista de los ciclos de vida, como también desde el punto de vista psicológico epigenético). La adolescencia es, para ello, emblemática.

Resumiré aquí mi trabajo sobre la (re)presentación de la muerte.

Parte del postulado de un sujeto inscrito antropológicamente en una relación dual. Donald Winnicott lo formula así: “No existe un bebé solo; existe siempre un bebé y su madre”. A dicho postulado le agregamos el hecho de que esa “unidad básica”, dual, se extiende a lo largo de toda la vida. Freud, Jung, Rank intuyeron esa idea al tratar la figura del “doble”. Wilfred Bion evoca la del “gemelo imaginario”. Esa “imago” interna (que no es una

representación en el sentido estricto freudiano de representación de la “cosa” o “de la palabra”) acompaña el desarrollo del ser humano; desarrollo que, como dijimos, no se limita a una etapa en particular del ciclo vital. Dicho desarrollo es continuo, pero conoce etapas críticas fundamentales, una de las cuales es la adolescencia: esa etapa que la pubertad, con sus cambios físicos, le impone al psiquismo.

El segundo postulado es que el sentimiento de inmortalidad o de estar a salvo de la muerte es una expresión predominante en la adolescencia junto con, paradójicamente, una mayor “toma de consciencia” de la muerte, la cual viene a amenazar todo objetivo afirmado desde ese lugar de potencia.

Por otro lado, el “tema” de la muerte de seres próximos sustenta una angustia casi constante en la adolescencia. Esto da lugar a una clínica del “pasaje al acto”, en la cual se distinguen conductas defensivas clásicas por desafíos temerarios y denegaciones. Las lógicas pulsionales —sexuales o agresivas— en esas actuaciones de descarga intencional nos hacen pensar en la muerte con razón, ya sea como expresión directa de dichas pulsiones inconscientes (Freud llamó nada menos que “pulsión de muerte” a esa pulsión destructora) o, lo que es más complejo y técnico de pensar, como expresión de una “desintrincación” pulsional (entre pulsión de vida y pulsión de muerte). Otra expresión de esos pasajes al acto es la causada por fantasmas de “omnipotencia” que pueden llevar a conductas de aniquilación o a temerlas fóbica y obsesivamente.

Aun otra expresión de la muerte en los adolescentes es la suscitada por el hecho de dejar de ser el niño amado, lo que conlleva un verdadero trabajo de duelo de esa parte-niño en uno. También, como sabemos, los adolescentes tienen que separarse de sus “objetos de amor” iniciales y seguros: los padres de la primera infancia. La clínica del duelo domina también en estos casos.

El tercer postulado —al que me aboco con mayor detenimiento en mi trabajo— es en el que la muerte en la adolescencia puede no ser “acto” (es decir, escenas de acción donde la muerte se vuelve matar o ser matado) ni objeto de deseo, sino una experiencia de “desaparición”. De lo que muere en uno sin haber sido identificado, aun menos, matado. ¿Qué muere? ¿Quién muere? “No sé, algo”, responde el adolescente.

De allí que (re)presentación de la muerte lo escriba con un “(re)” entre paréntesis. Deberíamos más exactamente decir “presentación” de la muerte. Porque es esa muerte, en su presencia no representable, la que ocupa al adolescente.

Ante esa problemática, pensamos lógicamente en el primer postulado y en la “desaparición” de la imago con la que el sujeto se construye desde el nacimiento, el “doble” aludido. La clínica del duelo debería bastarnos, entonces, para comprender. Sin embargo, hay una distinción que sería bueno establecer. En el duelo, la “imago” muere (o fue destruida) y desaparece totalmente o se cree muerta y desaparecida. En cambio, según el punto de vista que avanzo, la muerte del imago —que no fue, insisto, blanco pulsional de destrucción inconsciente de los fantasmas del adolescente— sigue “presente” al lado de él. ¡La muerte está (como) viva! Son “espectros”.

Esa “imago” espectral, por proyección, se personifica en los otros y, en particular, en lo que llamamos objeto narcisístico: la madre. Pues bien, ese objeto-subjetivo en la adolescencia deja de operar en su desarrollo. Se vuelve “inutilizable” para proseguir con su crecimiento.

Inutilizada, no por matada, sino porque la pubertad impuso un nuevo orden al sujeto, un nuevo régimen semiótico: la realidad finita del cuerpo y la realidad perceptiva en sus aspectos menos traducibles. Un verdadero cambio de marco semiótico que deja sin traducción el mensaje de ayuda al crecimiento. Si al nacer la “madre” le dice al bebé su deseo y le designa su identidad, al “pubertar”, al “adolescer”, al “nacer a los hombres y al mundo” (como dice François Mauriac), el sujeto adolescente no puede recibir (y la madre tampoco puede darle) ni deseo ni (su nueva) identidad en ese nuevo régimen de realidad. El objeto-subjetivo (lo que llamábamos la imago-otro, el “doble”) se ha vuelto definitivamente mudo. Está muerto.

En la clínica, esto puede conocer diferentes expresiones (más o menos depresivas, más o menos persecutorias, paranoides). Puede dar lugar a relaciones de amistad o de pareja, de pasión, fusionales o anaclíticas. Puede también “fijar” anaclíticamente al adolescente a sus objetos de adicción (ordenador o tóxico). Se “pegan” a lo que personifica al doble.

Pero, por identificación, esta situación psicológica también da cuadros clínicos de adolescentes “zombis”, de casi muertos total o parcialmente. Se

trata de cuadros de trastornos de subjetivación —que no son trastornos de identidad—.

Es decir, que en la adolescencia el diagnóstico debe contemplar los “trastornos” por interrupción del proceso de subjetivación, sin confundirlos con los trastornos de la identidad, que son de otra naturaleza. En Inglaterra, estos puntos de vista están bien argumentados por Egle y Moses Laufer y en Francia, por Raymond Cahn y Philippe Gutton.

Sin embargo, el nuevo orden de realidad le exige al adolescente lo que no le puede dar: “Sé algo o alguien”. Nada de lo vivido anteriormente le sirve para responder y nada del futuro es pensable porque el “nuevo orden” puberal impone un eterno presente.

Rodeado de muerte y ocupado por la muerte —que nadie puede nombrar y que es silenciosa, muda— el adolescente, dotado, sin embargo, de nuevas fuerzas, se siente orfelinio de todo proyecto para darles vida.

El adolescente busca vanamente en su interior “restos” de identificaciones virtuales (bisexuales o de mitos familiares, por ejemplo). Toda persona exterior que quiera ingenuamente atribuirle identidad es impotente. La espera de tal identidad, sin embargo, es por parte del adolescente tan psíquicamente urgente que, a veces, la solución “loca” ocurre en la experiencia delirante aguda (en las que “las voces” alucinadas le dicen quién es).

Hay, pues, que creer que ese “silencio de muerte”, si el adolescente no muere en ese sometimiento, si logra atravesarlo, es un factor inevitable y necesario de subjetivación.

¿Cómo ayudarlo? Al reconocer ese trabajo psíquico que necesita llevar a cabo y al acompañarlo a pensar, no la muerte, sino su irrepresentabilidad. Pensar lo irrepresentable da origen al desarrollo del pensamiento abstracto.

Que la muerte sea irrepresentable no quiere decir que sea un vacío. Propongo que se piense como una presencia no representable, potencialmente transformable en la sombra de sí y de todo objeto identificado.

El “gemelo imaginario”, sostén del desarrollo desde el nacimiento y que, muda en la adolescencia, ahora la muerte es la parte desconocida de lo conocido. El ratio desconocido/conocido del Ser y del Saber.

Este ejemplo clínico-terapéutico, creo yo, puede contribuir a nuestra reflexión a la hora de establecer diagnósticos en la salud mental.

Referencias

- CFTMEA. (2004). *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000)*. Editorial Polemos.
- . (2017). *Clasificación francesa de los trastornos del niño y del adolescente (CFTMEA 2012)*. Editorial Polemos.
- Forum on Adolescence. (2025, 2–6 de abril). Forum on adolescence [Congreso]. 38.º Congreso de la Federación Europea de Psicoanálisis, Dresden, Alemania.
- Israël, L. (1980). *La décision médicale: Essai sur l'art de la médecine*. Calmann-Lévy.
- Monzani, S. (2001). Les classifications psychiatriques entre théorie et pratique. *Bulletin de psychologie*, 54(451).
- Politzer, G. (1980). *Critique des fondements de la psychologie*. Presses Universitaires de France.