

CINCO REFLEXIONES ACERCA DE LA MUERTE VOLUNTARIA

Emilio Vaschetto

emilio.vaschetto@gmail.com

Unidad Académica Salud Mental, Unidad Stagnaro- Comisión B

RESUMEN:

Una serie de preguntas guiarán la exposición intentando problematizar aquellas cuestiones que suelen abordarse desde el sentido común: ¿el suicidio es una urgencia?, ¿es una enfermedad?, y por ende, ¿puede prevenirse o bien curarse? ¿Qué sería curarse del suicidio? ¿Hay una ética particular para los pacientes que tienen ideas de muerte o tendencias suicidas?

Las respuestas a estas preguntas estarán organizadas en torno a tres posiciones respecto del suicidio: una posición clínica, que alega la inexistencia del Otro; una posición altruista, que se supone garante del bien de la vida del semejante y una posición cercana a lo que Aristóteles llamaba la prudencia.

Palabras claves: Ética – Rechazo de saber – Posición clínica – altruismo - bien

Una serie de preguntas guiarán nuestras reflexiones acerca del problema: ¿El suicidio es una urgencia? ¿Es una enfermedad? Por ende ¿puede prevenirse? o ¿puede curarse? ¿Qué sería curarse del suicidio? ¿Existe una ética particular para los pacientes que tienen ideas de muerte o tendencias suicidas?

Tres posiciones del psicoanálisis ante el suicidio

Posición clínica: el Otro no existe, luego el dar fin a la propia existencia es un movimiento reflexivo. El analista que no se ubica en un lugar Otro, por lo tanto no quiere su bien. La materialidad del discurso que anuncia la precipitación a la muerte por mano propia le es indiferente en cuanto a sus fines.

Posición altruista: el analista ubicado en el lugar Otro, cree que hay algún bien. La vida se transforma en un fin en sí mismo. Hay una búsqueda voluntarista de

integrar al sujeto a la lengua de la cultura, y con ello, hacia los bienes que provee la civilización (felicidad, bienestar, vida).

Posición prudente: no querer el bien del Otro, sino más bien desear saber cuál es el bien para cada quien.

1. ¿Es una urgencia?

Aquí tenemos que entender una diferencia fundamental entre la urgencia médica-psiquiátrica y la urgencia subjetiva. Hace algunos años habíamos diseñado un dispositivo de atención en crisis en donde asistíamos las urgencias intentando delimitar precisamente esta frontera: la diferencia entre la urgencia médica-psiquiátrica y la urgencia subjetiva (1). Dimos ahí una definición precisa que podríamos sostenerla aún hoy: “la urgencia subjetiva es una demanda cuya respuesta no debe ser diferida”. ¿Dónde pondríamos hoy el acento? En la demanda. ¿Quién demanda? Aquél de quien suponemos deviene un sujeto o esperamos que advenga. Una urgencia subjetiva es una demanda pues se trata de palabras, palabras que dan cuenta de una modalidad del tiempo que se inscribe en la prisa, la prisa por concluir. Está en urgencia todo aquél que dice que su padecimiento no puede esperar más. ¿Y si no lo dice? ¿Si se trata de alguien que es traído por otros (familiares, policías, agentes públicos, ciudadanos, vecinos)? Pues tiene que ver con el orden público, con la paz social, con restituir cierto orden en la sociedad a partir de normas preestablecidas. Cuando la demanda es vehiculizada por la necesidad del orden público, estamos en el campo de la salud mental, eso no es una urgencia subjetiva sino médica.

Ahora bien el pasaje al acto suicida, si seguimos la forma lógica de la urgencia subjetiva, es sin sujeto puesto que es sin demanda; además, la posibilidad de respuesta del equipo tratante o del profesional aludido está abolida. Con lo cual, desde este punto de vista, el suicidio no sería una urgencia subjetiva. En tal caso, correspondería más bien a una respuesta a la urgencia (angustia, trauma, predelirio) que oportunamente habrá que construir.

2. ¿Es una enfermedad? Y por ende, ¿puede curarse o puede prevenirse?

Para la OMS el suicidio se ha transformado en un problema de salud pública, una “epidemia” como dice la convocatoria y por lo tanto, ser pasible de

prevención. Esto ha influido en los diferentes estados en sus estrategias de salud aplicando los mismos procedimientos que para las enfermedades infectocontagiosas, detectando grupos de riesgo y aplicando modalidades preventivas (2). De allí que se han extendido los programas de prevención del suicidio reduciendo la dimensión del acto de la muerte voluntaria a un mero dato estadístico, a partir del prejuicio de que la vida sería un valor en sí mismo. Para hacer esta operación fue necesario considerar este acto como una conducta patológica, reducción que desresponsabiliza al agente de ese acto. Con ello la posibilidad de un tratamiento específico con drogas específicas (por ej. el litio).

Se suele poner énfasis en las tasas de suicidio de niños y adolescentes pues los mismos configuran un escándalo social, en una sociedad que se supone ha conseguido alcanzar niveles de bienestar mayores que antaño y donde la salud es parte de una *empresa universal de la productividad* (3). El hombre libre del estado moderno tiene que ser feliz pues nada se lo impide, mas si no lo es el único culpable es el sujeto. ¿Pero qué pasa cuando la vida no vale la pena vivirla? ¿Qué sucede, por ejemplo, cuando las enfermedades corporales conllevan un monto de sufrimiento que sobrepasa lo soportable por el hombre? Emile Durkheim (El suicidio, 1897) inventó su concepto de anomia, de declinación social y moral, de alienación o desintegración, en el contexto del suicidio. De esta manera fue transferido al cuerpo político un concepto médico, mediante el vehículo de las estadísticas. La guerra entre Londres y París fue inaugurada en las primeras dos décadas del s. XIX mediante la sociología numérica luego de que la moral francesa quedó alicaída por la revolución y Napoleón.

Comenzaron a haber cifras de suicidio que eran indicación de la moral y la calidad de vida. Esquirol, había entrado en controversia con Burrows quien afirmaba que en París se suicidaban más personas que en Londres por los acontecimientos políticos que habían aniquilado la religión y el pacto social. Si bien el término "suicidio" ya existía en la lengua (inglesa) desde el siglo XVII, Esquirol afirmaba de mala fe que era una idea relativamente nueva. "Deseaba dar un argumento para confirmar que el suicidio era un tema nuevo, un tema que no había sido examinado apropiadamente y que el examen habría de mostrar que el suicidio era un tema médico" (4). Dice Esquirol que el suicida

“llega a ser uno de los asuntos más importantes de la medicina clínica”, “un hombre no intenta poner fin a su vida salvo en estado de delirio y que los suicidas son dementes”.

Burrows hacía notar que en 1813 había habido 141 suicidios en París mientras que en Londres 34. En el Sena se habían ahogado 243 personas mientras que en el Támesis 101. Esquirol no quería aceptar nada de eso. Decía que los ingleses eran más propensos al suicidio. Sauvages, por su parte, había llamado al suicidio una “melancolía ánglica”. Bajo esta fórmula la locura y por ende el suicidio eran ingleses. De hecho el *spleen* era un *morbis anglicus*. Luego Esquirol encomendó a su discípulo Jean Pierre Falret que encarase el problema del suicidio publicando éste su obra “Suicidio e hipocondría”. Se ampliaba así el silogismo de Esquirol: A) La locura es una cuestión médica (paradigma de la alienación mental); B) El suicidio es una locura; C) El suicidio es una cuestión médica; D) Todas las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro; E) La locura está relacionada con una enfermedad orgánica del cerebro; F) El suicidio es una enfermedad orgánica.

Esto último tendería a refutar la teoría climática de que los ingleses eran más proclives a la demencia y al suicidio. El clima en Holanda, decía Falret, es tan malo como el de Inglaterra y los habitantes de los Países Bajos no padecen la enfermedad inglesa. La diferencia entre los ingleses y los franceses tenía que deberse a algo más importante que el clima.

Los ingleses igualmente seguirían criticando. Para Burrows, no había ninguna diferencia entre la autopsia de un cerebro de un suicida, de un muerto por causas naturales. Leuret hablaba de que no siempre el suicidio se debía a la locura. Los médicos que sostenían una mentalidad estadística no creían en la relación entre suicidio y locura de manera uniforme. Quienes estaban vigorosamente aferrados a la manera fisiológica de pensar la locura esperaban desde ese costado una solución. Claude Bernard (el padre de la fisiología), detestaba las indagaciones estadísticas. Como algunos se dedicaba a examinar la forma local de las lesiones.

Lo cierto es que la pregunta sobre la *naturaleza humana* (lustración) en la tercera década del siglo XIX se había transformado en una discusión acerca de lo normal y lo patológico, lo que Hacking llama “la domesticación del azar”. Antes, con el estudio de los órganos enfermos, lo normal era una desviación de

lo patológico, después de Auguste Comte lo patológico será una desviación de lo normal, o incluso, toda desviación va a ser desviación de la norma estadística comparativa o matemática.

Lo cierto es que durante las crisis políticas que sucedieron en Francia se pusieron de manifiesto las casusas “excitantes” de la locura y la propensión al suicidio. La exaltación de las pasiones y los movimientos revolucionarios provocarían un aumento en el número de suicidios. Falret también en su obra sobre la hipocondría y el suicidio advierte el aumento de los suicidios sobre todo en los regímenes despóticos.

El gesto íntimo, privado de un individuo comenzaba a ser una amenaza para la sociedad y un problema de salud pública tal como lo eran el tifus o el cólera en la época. El suicida era no sólo un enfermo con una conducta desviada sino también un enemigo del orden establecido.

Mientras tanto, habían otros alienistas como P. Moreau de Tours que negaban el hecho de que las conmociones políticas generasen aumento del número de locos o de suicidas (5).

3. ¿Qué sería curarse del suicidio?

...no tener ideas, no realizar tentativas o dejar de tener una enfermedad que puede llevar a la muerte? En ese caso hay estrategias mucho más silenciosas que llevan a una muerte lenta. Así un anoréxico, un toxicómano, serían suicidas paulatinos; pero esto nos llevaría a extender la categoría y pensar que aquellos que realizan deportes de riesgo, o que asumen peligros extremos en la vida también serían suicidas en potencia. Llegamos al punto en donde podríamos también plantearnos si cualquiera de nosotros que posterga estudios clínicos o que sabiendo que porta alguna afección más o menos grave, no seríamos en este sentido un suicida en potencia. No es necesario mirar nada más que hacia adentro de nuestras familias o de nuestros afectos más cercanos, incluso dentro de nosotros mismos, para entender que todos seríamos suicidas potenciales! Lo que Freud llamó la pulsión de muerte recubre para el hombre un aspecto enigmático. Pero entendamos aquí que él no recurre a la psicología para demostrar la presencia de este tipo de pulsión sino a la biología, es decir, lo más real del viviente. La tendencia hacia la muerte, está imbricada en de nuestra existencia: es el ser-para-la-muerte. Toda

la formulación freudiana tiende a desterrar cualquier noción peregrina de un “instinto de conservación”.

Con la conceptualización del Estadio del Espejo en el “retorno a Freud” realizado por Jacques Lacan, se pone de relieve el “desamparo original” y la “discordancia intraorgánica y relacional” (La agresividad en psicoanálisis), propia de la especie humana. La raza humana conjuga precisamente ese estado de prematuración, de inmadurez biológica, con la anticipación del niño a su propia imagen con su sorprendente maduración psicológica. Un empuje interno que “se precipita de la insuficiencia a la anticipación” (6). Lo que deseamos transmitir aquí es que la relación a la propia imagen, representada en el mito de Narciso, lejos de ser amorosa posee una tendencia mortífera. Dicha tendencia se halla experimentada en el hombre durante los primeros meses de vida en esa fase de “miseria original en lo que va desde el traumatismo del nacimiento hasta los primeros seis meses de premaduración biológica y que va a repercutir luego en el traumatismo del destete” (7).

Una praxis opera en la tensión entre espacio y tiempo. ¿Cómo es eso? La dimensión del espacio se juega en el cuerpo, el narcisismo, el temor o la necesidad de arremeter contra la propia imagen y la dimensión temporal en donde se inscribe la angustia; se debate entre la inhibición y la reacción de huida. La psiquiatría trata de volver al acto en general (y en particular el acto suicida) bajo una forma natural establecida, deducida y calculada. Es decir, sin equívoco. En el mismo movimiento en que se hace entrar a los sujetos en variables estadísticas y se los vuelve “comparables”, al mismo tiempo, se borra el carácter propiamente subjetivo. Dicho rápidamente, al transformar la cualidad en cantidad se intenta hacer comparable aquél que por definición es incomparable.

En relación a la muerte voluntaria el inconveniente es aún mayor pues el ideal racional está, de entrada, fracturado. Es tan irracional como inadmisible que alguien pueda trabajar no para lo útil sino para la destrucción. El concepto de goce, vertido no ociosamente por Lacan en su conferencia “Psicoanálisis y medicina”, da cuenta de que el sujeto se aferra en mayor o menor medida a aquello que le hace mal, una satisfacción en el dolor que ocasionalmente cuando se autonomiza llega hasta la muerte.

4. ¿Hay una ética particular?

Si bien el suicidio fue despenalizado en casi todo el mundo occidental, la sola tentativa y sin importar motivos es suficiente para que intervengan funcionarios públicos y se institucionalice el afectado incluso contrariando su voluntad. Tradicionalmente las organizaciones estatales de salud y las religiosas se han arrogado el poder de interferir en los actos suicidas. Nuestra posición es que este problema debe ser abordado desde un lugar original en la formación médica, más cerca de una mirada antropológica que de ciencia. Esto no implica desconocer la especificidad de algunos signos clínicos dentro de la psicopatología que incluyen específicamente la posibilidad cierta de aniquilamiento (como puede ser en la melancolía), pero excede los contenidos de nuestra materia. La posición original de intervención por la que bregamos no es la de la ciencia sino la de la inclusión de un sujeto. Lamentablemente vemos cada vez más la apelación a una reducción de éste a un cerebro plástico que nada dice de su historia. El identificar al sujeto a una sustancia neurocognitiva y proponer una enfermedad específica, resulta ser una maniobra de mala fe, puesto que es sabido que el pasaje al acto adolece de una indeterminación en su definición. En muchas ocasiones se ve cómo el llamado “resguardo ético” es más bien una actitud defensiva frente a la posibilidad de demandas penales: “No tenemos por qué tener que poder con todo, dice Martínez, existen las derivaciones” (8).

Si algo puede heredarse de la tradición hipocrática es la posición frente al *pathos* (sufrimiento y pasión a la vez). Platón admitía el poder ensalmador de las palabras (*logos*), pero éstas debían ser “justas y bellas” (*logos kalos*), esto quiere decir, a mi modo de ver, palabras que sólo valen para uno solo y no para el conjunto de individuos que ingresan en la campana de Gauss.

En el pasaje al acto suicida el sujeto rechaza saber y se exonera de la cadena de palabras que lo hacen, precisamente, sujeto. Se convierte así en un signo, un signo eterno, un enigma (“belleza horrenda”).

5. La prudencia y la transferencia como cura del rechazo de saber

Aquel que decide poner fin a su vida ya no quiere saber nada más, quizás sea lo único que podamos decir: el rechazo de saber. Ahora bien, el amor de transferencia es la cura para eso, aquel que se sostiene por amor al saber no

quiere morir. La posición prudente (virtud aristotélica por excelencia) no significa inhibición ni pasividad, es abstenerse de hacer o querer el bien del otro, pero a la vez desear saber cuál es ese Otro bien. Para ello es necesario transmitir a nuestros alumnos la importancia de un pasaje de la mirada (anatomopatológica) a la escucha. Una escucha advertida no comprensiva no complaciente con el sentido común sino que pueda entender cómo de los fundamentos de sinsentido surgen los hechos subjetivos más singulares

NOTAS

(1) Vaschetto Emilio. Preguntas y respuestas a la urgencia subjetiva, en: *Perspectivas de la urgencia*, Sotelo Inés (comp.), Buenos Aires, Grama, 2012.

(2) Dentro de estas modalidades ubicamos el tratamiento preventivo, de fuerte difusión en la salud mental durante la administración de Jorge Bush (hijo) y que tomó su inspiración de la denominada “guerra preventiva”.

(3) Cf. Lacan Jacques. Psicoanálisis y medicina, en: *Intervenciones y textos 1*, Buenos Aires, Manantial, 1991.

(4) Hacking Ian. La domesticación del azar. La erosión del determinismo y las ciencias del caos, Barcelona, Gedisa, 1988.

(5) En nuestro país José Vásquez, será quien escriba la primera tesis doctoral sobre el tema (Suicidio y locura, Buenos Aires 1891). Siguiendo la tradición francesa de Falret, hará referencia a los suicidios epidémicos: es transmisible por la ley de imitación por contagio moral. Es tan contagioso como el crimen o más. En la conquista de América perecieron más indígenas peruanos y mejicanos por sus propias manos que con el hierro enemigo. Así deduce que la propagación simpática de los suicidios por imitación “arranca sus leyes de los fenómenos psicofisiológicos de la imitación”.

Las pasiones son otras de las causas morales que incitan al suicidio. El amor en la mujer desempeña un papel importante en la muerte voluntaria. Se refiere aquí a “los amores que hacen perder muchas veces el seso”.

(6) Lacan Jacques. La agresividad en psicoanálisis, en: *Escritos 1*, Buenos Aires, Paidós, 2008, p. 102.

(7) *Ibíd.*

(8) Martínez Carlos. El discurso suicida, en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-113008.html>.