



Virtualia

Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana

SUMARIO

#14

Enero / Febrero 2006

MESA DE PRESENTACIÓN DE VIRTUALIA EN EL PALAIS DE GLACE

Una paradoja de las sectas contemporáneas

Por Romildo do Rêgo Barros

N.P. U.S.

Por Alicia Arenas

Todos contra la pared

Por Monica Torres

MALESTAR EN LA CULTURA

Mesa redonda en la Biblioteca Nacional

Pensar la época

Por Jorge Alemán, José Nun y Juan Carlos Indart

ENCUENTRO AMERICANO

EOL: El control y la política del psicoanálisis

Relator Gustavo Stiglitz

EOL: Equipos de Urgencias Subjetivas

Relator Guillermo Belaga

EBP: Sorpresa y vergüenza. Resultados terapéuticos de una presentación de enfermos.

Relator Frederico Feu de Carvalho

EBP: Programa Sentinela: de víctima a una posible subjetividad. El tratamiento de la palabra

Relator Maria Cristina Maia de Oliveira Fernandes

NEL: El sujeto plusmoderno

Relator Juan Carlos Ubiluz

NEL: Las nuevas configuraciones familiares: estudio de la función simbólica en la estructura familiar del niño maltratado

Relator Equipo de investigadores de AGALMA, Ronald Potillo, Luigi Longo, Aliana Santana, Sergio Garroni

COMENTARIO DE LIBROS

Satne, Glenda. El argumento escéptico: de Wittgenstein a Kripke. Grama ediciones, 2005.

Prólogo de Alberto Moretti

XV ENCUENTRO BRASILEÑO DEL CAMPO FREUDIANO

Reseña del Seminario de Graciela Brodsky en el XV Encontro Brasileiro do Campo Freudiano

Por Sônia Vicente (EBP-AMP)

Apertura del XV Encuentro Brasileiro del Campo Freudiano

Por Nora Gonçalves

DOSSIER DEPRESIÓN

La depresión, ¿felicidad del sujeto?

Por Pierre Skriabine (ECF)

Hacia un afecto nuevo

Por Éric Laurent (ECF)

Adolescentes, depresión y modernidad

Por Piedad Spurrier (NEL)

“Depresión” y rectificación subjetiva: efectos terapéuticos, ¿rápidos o breves?

Por Enric Berenguer (ELP)

El espectro de la muerte sobre el sujeto

Por Amanda Goya (ELP)

Freud y la psiquiatría de los humores

Por Marcelo Veras (EBP)

Tristeza y depresión

Por Claudio Godoy (EOL)

Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía

Por Roberto Mazzuca (EOL)

ENCUENTRO PIPOL II

*Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse
Consulter la psychanalyse*

Extractos de la intervención de Jean-Claude Milner en el Encuentro PIPOL 2

Por Jean-Claude Milner

¿Cómo definir una cura rápida?

Por Vicente Palomera

Encontrar la causa

Por Miquel Bassols

El acto, aún

Por Pierre Malengreau

La consulta psicoanalítica: cortocircuito

Por La consulta psicoanalítica: cortocircuito

La demanda de desagregación sintomática

Por Dominique Laurent

XIV JORNADAS ANUALES DE LA EOL

Reseña de las XIV Jornadas Anuales de la EOL

Por María Inés Negri

DOSSIER DEPRESIÓN

Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía

Por Roberto Mazzuca (EOL)

R. Mazzuca se propone en este trabajo, ubicar en relación a los conceptos de Freud, la clínica que se deriva de ellos. Es así que aborda los temas del duelo, la melancolía y la manía, tanto en su estatuto psiquiátrico como en el psicoanalítico perseguido por Freud desde los comienzos de su enseñanza, categorías enteramente congruentes con el resto de la clínica freudiana que coloca en primer lugar la tajante oposición entre neurosis y psicosis.

Destaca además la especificidad de la subjetividad melancólica, y distingue claramente lo designado como temperamento o carácter melancoloides, que incluye tanto un componente afectivo como las representaciones ideativas concomitantes, es decir, lo que hoy suele llamarse componente cognitivo.

La subjetividad melancólica

La psicopatología freudiana está organizada a partir de los mecanismos de formación del síntoma. Las diferentes entidades clínicas, de acuerdo con ese criterio, constituyen variedades del mecanismo de la defensa -según la denominación de los primeros trabajos freudianos sobre el tema-, o del mecanismo de la represión -como fue llamado más tarde-. De este modo, para definir la especificidad de la paranoia (lo que en el Historial de Schreber llama el mecanismo paranoico) Freud se pregunta e intenta precisar las particularidades del mecanismo de la represión en esa patología y distinguirlas de su modalidad en las neurosis. En consecuencia, las diferentes formas de neurosis (histeria, neurosis obsesiva, fobia) y de psicosis (paranoia, esquizofrenia) resultan caracterizadas por un modo particular de la represión en la formación de sus síntomas.

En esta perspectiva, la melancolía constituye una franca excepción. Sus síntomas no son explicados por el inventor del psicoanálisis en función del proceso de la represión. Para dar cuenta de ellos, Freud coloca en primer plano las relaciones con el objeto de amor. En términos más actuales podríamos decir que el análisis freudiano se caracteriza por centrarse en el eje de la intersubjetividad, es decir, en las relaciones del sujeto con los otros. Estas relaciones pueden ser de amor, de odio, o ambivalentes pero, además puede intervenir una forma especial de relación con el objeto que Freud delimitó con el nombre de identificación.

Si bien es cierto que esta acentuación del registro de la intersubjetividad es una característica general de la clínica freudiana y, por lo tanto, interviene con modalidades específicas en las diferentes entidades neuróticas y psicóticas, es necesario reconocer, sin embargo, que tiene una preponderancia especial en el caso de la melancolía cuya presentación y análisis están centrados por parte de Freud en una analogía con el duelo, es decir, la constelación psicológica con que el sujeto responde al verse enfrentado con la pérdida de un ser querido o de una instancia abstracta como la representada por ideales de diferente orden.

De aquí que el más conocido de sus trabajos sobre el tema que nos ocupa ostente esa comparación en su título: *Trauer und Melancholie*, traducido en las últimas ediciones de su obra como *Duelo y melancolía*. Cuando decimos comparación nos referimos a similitudes pero también a diferencias. Así como el estado del dormir, en que el sujeto se repliega y se aísla del mundo exterior, es utilizado por Freud como el modelo normal de los estados narcisistas, de un modo semejante el proceso del duelo es considerado como el modelo normal del acceso melancólico. Esto no disminuye las diferencias funcionales y metapsicológicas entre uno y otros.

La comparación freudiana entre duelo y melancolía se funda en las semejanzas tanto de los fenómenos que se presentan en ambos procesos como en las ocasiones que los desencadenan: “La conjunción de melancolía y duelo parece justificada por el cuadro total de esos dos estados. También son coincidentes las influencias de la vida que los ocasionan, toda vez que podemos discernirlas”. [1]

En cuanto a los desencadenantes, Freud concluye que, si el duelo resulta de la pérdida de un ser querido, también la pérdida de un objeto de alto interés libidinal para el sujeto es el desencadenante de la melancolía, aunque en este caso no resulte inmediatamente reconocible: “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza). [...] a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento. Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aun dañino perturbarlo”.

En cuanto a la fenomenología Freud destaca también las llamativas semejanzas de ambos procesos, cuya diferencia consiste en la carencia en el duelo de un atributo propio de la melancolía: la perturbación del sentimiento de sí, es decir, lo que frecuentemente designamos con el término de autoestima.

“La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. [...] el duelo muestra los mismos rasgos, excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento de sí (*Selbstgefühl*). Pero en todo lo demás es lo mismo”.

La similitud se reconoce en el afecto doloroso, la pérdida del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto de amor en reemplazo del perdido, el extrañamiento respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto. Es sorprendente, afirma Freud, que esta conducta no nos parezca patológica en el duelo, lo que se explica solamente porque nos resulta comprensible y, por empatía, justificada.

Una vez establecida la analogía entre melancolía y duelo, Freud, que concibe el duelo como un trabajo, se pregunta “¿en qué consiste el trabajo que el duelo opera?”. Concluye, que se origina en un desfase que abre un tiempo intermedio donde se ubica la función del duelo. Por una parte el yo ha reconocido la pérdida en la realidad del objeto amado, pero, por otra, ese objeto permanece cargado libidinalmente ya que el desasimiento de la libido no sigue de manera automática a aquel reconocimiento. Hay una cierta resistencia por parte de la libido al abandono del objeto, este retiro libidinal no se opera de manera inmediata, ni en una sola operación global. Debe realizarse por partes, en una sucesión de pequeñas operaciones, lo cual requiere cierta duración:

“Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son clausurados, sobreinvertidos y en ellos se consume el desasimiento de la libido. ¿Por qué esa operación de compromiso, que es el ejecutar pieza por pieza la orden de la realidad, resulta tan dolorosa? He ahí algo que no puede indicarse con facilidad en una fundamentación económica. Y lo notable es que nos parece natural este displacer doliente. Pero de hecho, una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido”.

Ya esclarecida la naturaleza y la función del duelo, enfoquemos la lectura freudiana acerca del rasgo propio de la melancolía que consiste, como dijimos, en la perturbación del sentimiento de sí expresado en las quejas y autorreproches tan característicos del melancólico.

“El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico (*Ichgefühl*), un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso ocurre al yo mismo. El enfermo nos describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y comiserar a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino

que extiende su autocrítica al pasado y asevera que nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia - predominantemente moral- se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida”.

La perspectiva freudiana se dirige a enfocar el origen y la naturaleza de esos lamentos y autorreproches. Freud los explica por el fuerte componente de hostilidad que caracterizaba la relación previa del sujeto con la persona amada. De allí que pueda resumirse con la fórmula, extraída del texto mismo de Freud -conque titulé un trabajo anterior sobre este tema-, *Ihre Klagen sind Anklagen*; sus lamentos son acusaciones, o bien, para reproducir algo del juego de palabras en esa fórmula: sus autorreproches son héterorreproches[2]. Si se presta oídos, dice Freud, a los reproches que el paciente se dirige, llega un momento en que es imposible sustraerse a la impresión de que se adecuan muy poco a su propia persona y muchas veces se ajustan a otra, a quien el enfermo ama o ha amado. “Así se tiene en la mano la clave del cuadro clínico si se discernen los autorreproches como reproches contra un objeto de amor que desde allí han rebotado sobre el propio yo”.

¿Cuáles son los datos de la observación clínica que justifican tal conclusión? No puedo extenderme aquí en la secuencia completa que conduce a Freud a sostener esa tesis. Su elemento central consiste en percatarse de una contradicción en el comportamiento del melancólico. Resulta llamativo, argumenta, que el melancólico no se comporte como el individuo normal quien junto con sus autorreproches adopta una posición de modestia, tendiendo más bien a ocultarlos ante los demás. Por el contrario, el melancólico carece de todo pudor y hasta podría destacarse el rasgo exactamente opuesto, el deseo de comunicar a todo el mundo sus defectos, como si obtuviera de esto una satisfacción: “tiene que resultarnos llamativo que el melancólico no se comporte en un todo como alguien que hace contrición de arrepentimiento y de autorreproche. Le falta (o al menos no es notable en él) la vergüenza en presencia de los otros, que sería la principal característica de este último estado. En el melancólico podría casi destacarse el rasgo opuesto, el de una acuciante franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo”.

Ellos no se avergüenzan ni se ocultan, concluye Freud, porque todo eso rebajante que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen de otro: “La mujer que conmisera en voz alta a su marido por estar atado a una mujer de tan nulas prendas quiere quejarse, en verdad, de la falta de valía de él, en cualquier sentido en que se la entienda. [...] la conducta de los enfermos se hace ahora mucho más comprensible. Sus quejas (*Klagen*) son realmente querellas (*Anklagen*), en el viejo sentido del término. Ellos no se avergüenzan ni se ocultan: todo eso rebajante que dicen de sí mismos en el fondo lo dicen de otro”.

Una constatación de esta tesis surge de otro rasgo del comportamiento del melancólico, quien no solo está lejos de mostrar la modestia y sumisión que serían coherentes con las personas tan indignas que declaman ser, sino que más bien son martirizadores en grado extremo y se muestran como si fueran víctimas de una gran injusticia, razón por la cual también suelen despertar en el interlocutor más irritación y fastidio que empatía y compasión.

Finalmente, para concluir esta caracterización de la subjetividad melancólica, conviene subrayar otra peculiaridad, la llamada lucidez del melancólico:

“nos parece que tiene razón y aún que capta la verdad con más claridad que otros, no melancólicos. Cuando en una autocrítica extremada se pinta como insignificantucho, egoísta, insincero, [...] quizá en nuestro fuero interno nos parezca que se acerca bastante al conocimiento de sí mismo y solo nos intriga la razón por la cual uno tendría que enfermarse para alcanzar una verdad así”.

La metapsicología freudiana de la melancolía

La teoría que Freud construye para dar cuenta de esta particularidad de la subjetividad melancólica reposa fundamentalmente en dos conceptos, ambos originales de su pensamiento, el de identificación y el de narcisismo. Muy tempranamente, en su diálogo con Fliess, Freud utilizó el mecanismo de identificación para dar cuenta de los síntomas histéricos y melancólicos. Pero recién en este texto, de 1915, desarrolla con precisión la distinción entre identificación histérica e identificación melancólica, porque en ese momento ya puede articularla en referencia a la teoría del narcisismo.

Freud sostiene que el sujeto fracasa en el cumplimiento del trabajo de duelo ante la pérdida de la persona amada y que reacciona utilizando el recurso de identificarse con el objeto perdido para, de este modo, reconstruirlo en su propio yo. Esto permite disociar la ambivalencia amor-odio, ya que el yo, por una parte, conserva el amor por el objeto abandonado y, por otra, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo ahora reconstruido en el yo. Es por esto que las quejas inequívocamente gozosas del melancólico constituyen una satisfacción de tendencias sádicas.

“Por obra de una afrenta real o un desengaño de parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto, [...] la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado”.

Podemos verificar en el párrafo reproducido que el concepto de identificación está utilizado en el interior de la teoría del narcisismo (retiro de la carga de libido del objeto, su desplazamiento hacia el yo) con la modalidad que es específica de las psicosis. Esto implica que Freud ubica la melancolía en el campo de estas entidades clínicas y, dentro de este, en clara oposición con la paranoia. Mientras en esta el narcisismo exalta e infla el yo del sujeto, la identificación narcisista del melancólico, por el contrario, constituye una herida permanentemente abierta para la pérdida libidinal y vacía el yo hasta el empobrecimiento total, una libidorrágica, podríamos decir, que explica -dice Freud- el asombroso eclipse en el melancólico de la pulsión que en todos los seres vivientes los lleva a aferrarse a la vida. Y esto, haya o no ocasión de suicidio, riesgo de todos modos siempre presente en la melancolía. En cuanto a la estrategia con el conflicto de ambivalencia:

“Si el amor por el objeto [...] se refugia en la identificación narcisista, el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo, denigrándolo, haciéndolo sufrir y ganando en este sufrimiento una satisfacción sádica. Ese automartirio de la melancolía, inequívocamente gozoso, importa, en un todo como el fenómeno paralelo de la neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y de tendencias al odio que recaen sobre un objeto y por la vía indicada han experimentado una vuelta hacia la persona propia. En ambas afecciones suelen lograr los enfermos, por el rodeo de la autopunición, desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos. [...]. Solo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se vuelve tan interesante y peligrosa”.

Es interesante notar que, en el momento de distinguir la identificación histérica y melancólica, Freud llama a esta última no por su nombre sino identificación narcisista: “Tampoco son raras en las neurosis de transferencia identificaciones con el objeto, y aun constituyen un conocido mecanismo de la formación de síntoma, sobre todo en el caso de la histeria. Pero tenemos derecho a diferenciar la identificación narcisista de la histérica porque en la primera se resigna la investidura de objeto, mientras que en la segunda esta persiste [...]”.

El duelo patológico y la manía

El hecho de que Freud utilice el trabajo normal del duelo para la comprensión de los procesos melancólicos ha conducido frecuentemente a afirmar que en estos ocurre un duelo patológico, y es necesario reconocer que algunas expresiones de Freud en este texto autorizan esa denominación. Sin embargo, lo correcto es entender que en la melancolía el sujeto se ve incapacitado para realizar el trabajo de duelo y obtener sus frutos que consisten en desligarse del objeto perdido, y que mas bien evita el duelo con el recurso de reconstruir el objeto en el yo.

Esta imposibilidad de realizar el duelo no es una característica específica de la melancolía sino una peculiaridad que comparte con las otras formas de psicosis. La subjetividad psicótica en general carece de recursos adecuados para enfrentar el vacío que se abre en lo real por la pérdida del objeto. Lo propio del sujeto melancólico, respecto de las otras formas de psicosis, es el tipo de respuesta ante la imposibilidad del duelo: la alteración del yo por la identificación con el objeto y el empobrecimiento resultante: “El complejo melancólico se comporta como una herida abierta, atrae hacia sí desde todas partes energías de investiduras y vacía al yo hasta el empobrecimiento total, [...]”.

En cambio el concepto de duelo patológico es aplicable de una manera pertinente al duelo que Freud describe en este texto para las neurosis obsesivas. En estos casos, la severidad del superyo y la satisfacción sádica que se deriva de ella, permiten establecer algunas analogías con los procesos melancólicos, sin que, sin embargo, se cumplan los procesos narcisistas propios de la melancolía: “La pérdida de un objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor. Y por eso, cuando preexiste la disposición a la neurosis obsesiva, el conflicto de ambivalencia presta al duelo una conformación patológica y lo compele a exteriorizarse en la forma de unos autorreproches, a saber, que uno mismo es culpable de la pérdida del objeto de amor, vale decir, que la quiso. En esas depresiones de cuño obsesivo tras la muerte de personas amadas se nos pone por delante eso que el conflicto de ambivalencia opera por sí solo cuando no es acompañado por el recogimiento regresivo de la libido”.

Podemos citar otro párrafo que expresa con claridad esta analogía o paralelismo entre neurosis obsesiva y melancolía, con la clara indicación de que en la primera no se cumplen las condiciones narcisistas de la segunda: “De las tres premisas de la melancolía: pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo, las dos primeras las reencontramos en los reproches obsesivos tras acontecimientos de muerte”.

Para terminar de caracterizar la teoría freudiana de *Duelo y melancolía* es necesario mencionar su extensión a los fenómenos de la manía. Freud hace suyos los aportes de la psiquiatría que había reunido en una misma entidad clínica, la melancolía y la manía, y proporciona un apoyo adicional a esta conjunción a partir de la experiencia psicoanalítica que muestra que “no solo es lícito, sino hasta obligatorio, extender un esclarecimiento analítico de la melancolía también a la manía”. Una es el reverso de la otra. La oposición polar de los síntomas, tristeza o depresión en un caso, júbilo y exaltación en el otro, inhibición general por una parte, presteza para emprender toda clase de acciones por la otra, se explica por la oposición de los procesos metapsicológicos.

“La manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, y ambas afecciones pugnan con el mismo ‘complejo’, al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía, mientras que en la manía lo ha dominado o lo ha hecho a un lado. [...].

En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto (o al duelo por la pérdida, o quizá al objeto mismo), y entonces queda disponible el monto de contrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo había ligado. Cuando parte, voraz, a la búsqueda de nuevas investiduras de objeto, el maniaco nos demuestra también inequívocamente su emancipación del objeto que le hacía penar”.

El segundo Freud, después de *Más allá del principio del placer*, retomará los aportes del texto de 1915 sobre la manía y la melancolía para desarrollarlos con los conceptos de la segunda tópica acerca de las instancias del superyo y el ideal del yo. Estas reúnen el conjunto de restricciones al que el yo debe plegarse y debe admitirse que la tensión generada por la distancia entre el yo y las exigencias del ideal a las que debe acomodarse, no puede ser soportada de manera permanente, razón por la cual de tanto en tanto esa distancia queda anulada y el yo se siente fusionado con el ideal: “Siempre se produce una sensación de triunfo cuando en el yo algo coincide con el ideal del yo. Por el contrario, el sentimiento de culpa (y el de inferioridad) puede comprenderse como expresión de la tensión entre el yo y el ideal”. [3]

Estas oscilaciones periódicas del estado afectivo pasando de un momento de inhibición y restricción a otros de permisividad y bienestar, presentan amplitudes muy diversas de un sujeto a otro: imperceptibles en los casos llamados normales, visibles en los estados neuróticos y extremas como ocurre en la melancolía y la manía. En estos casos, las razones que determinan las oscilaciones que perturban tan profundamente la vida del sujeto suelen ser desconocidas. No parecen desempeñar un papel decisivo las ocasiones exteriores, ni se reconocen motivos internos. Freud denomina espontáneas estas formas de melancolía para distinguirlas de aquellas en que el psicoanálisis logra reconocer las motivaciones que le dan origen, es decir, en términos de esa época, de carácter psicógeno. Pero la investigación psicoanalítica no ha podido esclarecer el proceso por el cual un estado se transforma en el otro: “nos falta toda intelección del mecanismo por el cual una melancolía es relevada por una manía. Estos serían los enfermos

para quienes podría ser válida nuestra hipótesis de que su ideal del yo se disuelve temporariamente en el yo después que lo rigió antes con particular severidad”.

Sin dejar, entonces, de notar una serie de puntos sobre los que todavía la investigación no ha echado luz, Freud delimita con precisión cuál es la metapsicología de manía y melancolía en términos de la segunda tópica:

“Sobre la base de nuestro análisis del yo es indudable que, en el maníaco, yo e ideal del yo se hallan confundidos, de manera que el sujeto, dominado por un sentimiento de triunfo y de autoarrobamiento, no perturbado por crítica alguna, puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones y al abrigo de todo reproche o remordimiento. Es menos evidente, aunque muy verosímil, que la miseria del melancólico sea la expresión de una oposición muy aguda entre ambas instancias del yo, en que el ideal, sensible en exceso, manifiesta de manera implacable su condena del yo por medio del delirio de insignificancia y en la autodenigración”.

La naturaleza de estos procesos es aplicable a los diferentes casos sin importar su etiología: “no veo dificultad en hacer intervenir en ambas clases de melancolías, las psicógenas y las espontáneas, el factor de la rebelión periódica del yo contra el ideal del yo. En las espontáneas puede suponerse que el ideal del yo se inclina a desplegar una particular severidad, que después tiene por consecuencia automática su cancelación temporaria. En las psicógenas, el yo sería estimulado a rebelarse por el maltrato que experimenta de parte de su ideal, en el caso de la identificación con un objeto reprobado”.

Freud y la tradición psiquiátrica

La elaboración y las conclusiones expuestas sucintamente en el apartado precedente, aunque muy originales del pensamiento freudiano, son construidas por este en total continuidad y congruencia con las finas descripciones y definiciones precisas de la tradición psiquiátrica que precedió su obra. Como vimos, Freud comparte la idea de una asociación estrecha entre melancolía y manía vigentes en su época y establecida por Kraepelin en su *Tratado de psiquiatría* en su delimitación de la psicosis maniaco-depresiva, recogiendo el concepto de locura circular de J. P. Falret y de locura de doble forma de J. Baillarger.

“La locura circular se caracteriza por la evolución sucesiva y regular del estado maniaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado. Varía de intensidad y de duración en su conjunto y en cada uno de sus períodos, [...]”. [4]

Freud reconoce las diferentes formas clínicas descritas por esos psiquiatras, ya sea las formas con sucesión de estados, o las formas puras, aquellas que más tarde serían denominadas unipolares. Cuando las menciona, las introduce con la fórmula “según se sabe”, es decir que no hace referencia a ningún psiquiatría en particular sino que considera que se trata de un saber aceptado y compartido: “La peculiaridad más notable de la melancolía es su tendencia a volverse del revés en la melancolía, un estado que presenta los síntomas opuestos. Según se sabe, no toda melancolía tiene este destino. Muchos casos transcurren con recidivas periódicas, y en los intervalos no se advierte tonalidad alguna de manía, o se la advierte solo en muy escasa medida. Otros casos muestran esa alternancia regular de fases melancólicas y maníacas que ha llevado a diferenciar la locura circular”. [5]

Sin embargo, conviene distinguir, dentro del conjunto de ese saber aceptado en los comienzos del siglo XX, dos versiones algo diferentes de la psiquiatría alemana y francesa. En ambas la melancolía ocupa un lugar central, pero en Kraepelin, exponente de la primera, la melancolía constituye una enfermedad propiamente dicha, al igual que la paranoia y la demencia precoz, mientras que en la psiquiatría francesa es considerada como un síndrome que, si bien reúne un conjunto de síntomas de manera típica, depende de etiologías diversas, y por lo tanto puede presentarse en el curso de enfermedades diferentes: “En tanto que síndrome, la melancolía admite entonces formas etiológicas múltiples. La primera y la más importante es seguramente la melancolía de la psicosis maniaco-depresiva, que la tradición francesa toma prestada de E. Kraepelin, sin dejar de recordar, por otra parte, todo lo que el maestro de Munich debía a la locura circular de J. P. Falret y a la locura de doble forma de J. Baillarger; y aunque nadie hablaba entonces de forma monopolar, se admitía que esta psicosis podía comprender solamente episodios depresivos separados por intervalos libres. Pero el síndrome melancólico podía depender de otras etiologías, [...]”. [6]

Podemos verificar, entonces, que Freud, a pesar de trabajar en el ámbito germano, se acerca en esto, al igual que en otras cuestiones psicopatológicas, a los criterios de la psiquiatría francesa ya que admite tanto las formas endógenas, a las que vimos que denomina espontáneas, como las reactivas y psicógenas.

En cuanto a la distinción de las variedades clínicas: melancolía simple (sin delirio) o melancolía delirante, en el análisis freudiano prevalece la última, ya que Freud obtiene sus conclusiones fundamentalmente a través del análisis del discurso que caracteriza el delirio melancólico, con sus quejas y autorreproches. Aunque el delirio no constituye un componente fundamental de esta entidad clínica, ya que la psiquiatría había establecido con claridad -antes de Freud- la existencia de melancolías sin delirio, también había destacado que, cuando surge, el delirio se segrega en total continuidad y es consustancial con el humor melancólico.

La melancolía, al igual que la histeria, es una categoría milenaria. Sin embargo, su delimitación conceptual es relativamente reciente. Ni siquiera en la nosología de Pinel o de Esquirol la encontramos con su sentido actual, que recién quedó estabilizado sobre el final del siglo XIX por el gran clínico francés Jules Séglas, quien en sus magistrales lecciones en la Salpêtrière caracterizó la melancolía simple fundamentalmente como un estado cenestésico penoso al que dio el nombre de *dolor moral*. Moral en esta época no tiene una referencia ética sino que constituye un término usual para diferenciar y oponerlo a lo físico. Sería equivalente en la actualidad a *dolor psíquico*, como se lo puede apreciar en algunos de los antecedentes de esta categoría clínica, el psiquiatra belga, J. Guislain, que lo denominaba *frenalgia*, o Krafft-Ebing que lo llamaba *neuralgia psíquica*.

“La melancolía es una psiconeurosis que, además de síntomas físicos de gran importancia, desde el punto de vista psíquico se caracteriza por: 1º la producción de un estado cenestésico penoso; 2º modificaciones en el ejercicio de las operaciones intelectuales; 3º un trastorno mórbido de la sensibilidad moral que se expresa en un estado de depresión dolorosa. A esos síntomas fundamentales pueden agregarse trastornos delirantes que resultan directamente de ellos y les son secundarios. [...] Todos los autores están de acuerdo en considerar que, en la melancolía, los fenómenos fundamentales son el estado emocional de dolor moral, insuficientemente motivado o incluso totalmente inmotivado, y los trastornos del ejercicio intelectual, llamado también detención psíquica”. [7]

Séglas mostró que lo esencial de la melancolía se organiza alrededor del dolor moral y los fenómenos de enlentecimiento e inhibición de diversas funciones corporales que son concomitantes con este humor penoso. La sintomatología melancólica puede quedar reducida a este núcleo fundamental, y se trata entonces de la melancolía simple, pero también pueden desarrollarse secundariamente ideas delirantes. Es decir que el conjunto formado por el dolor moral y la marcada inhibición funcional constituye el fenómeno elemental de la melancolía, y el delirio, en cambio, surge como un fenómeno secundario en sus diferentes sentidos: 1 que puede faltar; 2 que es temporalmente segundo; pero sobre todo, 3 que se inicia y se deriva de los fenómenos elementales.

“Este dolor moral, esta depresión dolorosa, como dice Schuele, es el síntoma más evidente de la melancolía, incluso diría, gustosamente, característico. Se manifiesta en la actitud, la fisonomía, la mímica, siempre muy expresiva y que traduce toda la gama de las pasiones tristes, desde el abatimiento, la pena, hasta la angustia, el terror o el estupor”.

Los primeros trastornos delirantes derivan directamente de la cenestesia penosa: depresión, apatía, lentitud, dificultad para fijar la atención y agrupar las ideas, etc. Como el sujeto tiene conciencia de esta condición, esta percatación se vuelve una segunda fuente de dolor moral en la forma de desvalorización de sí mismo. De este modo, surgen progresivamente los diferentes contenidos que serán los temas del delirio melancólico como un intento de interpretación que explique y justifique ese estado.

“Las concepciones delirantes del melancólico pueden, en principio, revestir expresiones muy variables: ideas de ruina, de insuficiencia, de incapacidad, de autoacusación, de culpa hacia la sociedad, hacia Dios; ideas de condenación eterna, de persecución, temor a los castigos, a los suplicios, al infierno; y a veces, ideas más especiales de negación y de inmortalidad que estudiaremos aparte. Estas ideas, en apariencia tan diversas, tienen, en el fondo, puntos en común”.

Lo que Ségla muestra magistralmente es que la aparente multiplicidad de temas delirantes esconde una unidad que proviene de su fuente única. El sentimiento de dolor moral -dice Ségla- conduce al enfermo a la idea de que él es culpable, de que ha cometido un crimen, o por lo menos alguna falta o error. Su indignidad sólo puede acarrear males y desgracias. Se cree culpable, indigno de relacionarse con sus semejantes; no es más que un animal, un adoquín, una basura. No sirve para nada en esta tierra, sería mejor que muriera. Por otra parte, el sentimiento de su incapacidad para pensar, querer y actuar confiere a sus ideas una impronta de inferioridad. Su expectativa es el empobrecimiento y la ruina, se creará venido a menos con respecto al resto de la humanidad, ya no tiene sentimientos ni voluntad, ya no es como todo el mundo, está arruinado, ya no tiene órganos, ya no existe, etc. Si intenta suicidarse es con el fin de suprimir un ser incapaz, inútil o aún peligroso para los demás.

“El melancólico gira siempre alrededor del mismo círculo de lamentaciones monótonas, limitándose a algunas concepciones delirantes que lo obsesionan y que repite incesantemente, a veces con las mismas fórmulas. Existe un abismo entre este estribillo, esta letanía fija y monótona del melancólico y la novela del perseguido”.

Comparado con la riqueza y variedad de los delirios paranoicos, el delirio melancólico es monótono y repetitivo. Pero lo decisivo es que constituye un fenómeno secundario y derivado directamente del dolor moral que constituye el fenómeno elemental de la melancolía.

La psiquiatría después de Freud

Con posterioridad a la época de Freud, el interés psiquiátrico por la melancolía se desplazó al campo más amplio de las depresiones. Lanteri-Laura caracteriza muy bien este movimiento, que corresponde al pasaje de la época de la concepción de las enfermedades mentales (clínica diacrónica) a la de las grandes estructuras psicopatológicas:[8]“Deberemos también reflexionar sobre otro aspecto de estos desarrollos: hasta mediados de este siglo, la melancolía ocupa el centro del terreno de la patología de las depresiones, las que se definían todas, sea cual fuere la particularidad de cada una, por su relación con la melancolía; en los albores del tercer milenio, ya no es así en absoluto, y las situaciones recíprocas parecen notablemente cambiadas”.[9] O bien más adelante: “Poco a poco la situación se invierte y la melancolía [...] suscita menos interés, mientras que los otros aspectos de las depresiones -menores, reactivas, neuróticas, y otras- dejan de ser considerados como formas degradadas de la forma canónica para transformarse en objeto de estudios específicos [...], la crisis melancólica de la psicosis maniaco-depresiva deja ser la referencia principal en relación con la cual se ordena toda el resto”.[10]

En este movimiento debe atribuirse un papel destacado a K. Jaspers y el continuador de su obra K. Schneider (eslabón imprescindible para entender las categorías de la psiquiatría norteamericana de la que surgen los DSM), y a la corriente fenomenológica que, a partir del estudio de Husserl sobre la conciencia íntima del tiempo, presenta a la melancolía fundamentalmente como una alteración de la temporalidad, como se lo puede apreciar en E. Minkowski y L. Binswanger.

El psicoanálisis después de Freud

Podríamos extender nuestro comentario a los aportes de otros grandes psicoanalistas, como K. Abraham que, ya antes que Freud, había señalado el predominio en el melancólico de la ambivalencia característica de la organización oral de la libido y, en consecuencia, remitía la predisposición de esta patología a una fijación en la primera etapa, canibalística, de aquella fase.

M. Klein contribuye con la distinción entre angustia esquizo-paranoide y depresiva y, fundamentalmente, con su concepción sobre la posición depresiva y el papel central de la dependencia y el duelo en las relaciones objetales propias de esta posición. También con sus desarrollos acerca de la defensa maniaca, procedimiento con que el sujeto niega la angustia depresiva y asume una posición de control y triunfo en relación con el Otro, es decir, en sus términos, el objeto total.

En cuanto a J. Lacan, hay que mencionar las formulaciones del *Seminario 10: La angustia*, vinculadas con la construcción de la teoría del objeto (a). El sujeto melancólico se identifica con este objeto en su función de resto, de desecho. El maníaco, por el contrario, se desprende de ese lastre y queda entregado al desplazamiento sin freno en la cadena significativa. Es decir que el objeto (a) deja de cumplir su función de fijación metafórica y el sujeto queda librado a la metonimia sin punto de detención. Lacan no deja de notar el aspecto megalómano del melancólico, para quien no es suficiente identificarse con el objeto resto, "soy una mierda", sino que requiera ubicarse en el lugar de la mayor mierda del mundo.

También debe mencionarse, en cuanto a la última la enseñanza de Lacan, el pequeño tratado de las pasiones que se encuentra en el capítulo IV de *Televisión*. Entre ellas, Lacan se ocupa en primer lugar de la tristeza, que define como rechazo del saber inconsciente. Es notable que Lacan considere que la tristeza es la consecuencia de una incorrecta posición del sujeto, de su desubicación en relación con su propio inconsciente, una desconexión con el inconsciente. De allí que resulte frecuente que a poco de comenzar un análisis el analizante recupere el entusiasmo. En ciertos casos -no en todos- es importante no descuidar el diagnóstico diferencial.

"Se califica, por ejemplo, a la tristeza como depresión, al darle el alma por soporte, o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet. Sin embargo, no es un estado del alma, es simplemente una falta moral, como se expresaba Dante, incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que se sitúa como determinación fundamental en relación con el pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura".

Pero la afirmación más rotunda de esta concepción en cuanto a la posición del sujeto en relación con el saber inconsciente, surge en relación con la psicosis: "Por ser rechazo del inconsciente, lo que resulta por poco que esa cobardía llegue a la psicosis, es el retorno en lo real de aquello que fue rechazado, del lenguaje; se trata de la excitación maníaca por la cual aquel retorno se hace mortal". Es decir que la manía queda definida como una cadena significativa funcionando en lo real sin la moderación de un regulador simbólico que haga de punto de capitón.

El propósito de este trabajo se ubica fundamentalmente en relación con los conceptos de Freud y la clínica que se deriva de ellos. Por esta razón, la extensión de este apartado, dedicado a los conceptos desarrollados por quienes continuaron su obra, debe ser forzosamente reducida y limitarse a la mención de las referencias principales.

La clínica psicoanalítica de la melancolía

La concepción freudiana de la melancolía proporciona una orientación clínica decisiva en el panorama actual dominado, como se dijo precedentemente, por el vasto campo de las depresiones. Paradójicamente, la cuestión principal, que suele pasar desapercibida aún para los mismos psicoanalistas, consiste, en mi opinión, en el claro establecimiento de una discontinuidad o heterogeneidad en las formas clínicas de la melancolía desde el punto de vista psicoanalítico, y constituye una peculiaridad esencial de la posición freudiana en este tema.

Ante todo conviene volver a destacar la advertencia expresa que hace Freud en el comienzo mismo de su trabajo de 1915 sobre las variedades clínicas de la melancolía. "La melancolía -afirma- se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece comprobada; y de ellas, algunas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas". Tenemos entonces una afirmación contundente sobre la heterogeneidad de las diversas formas clínicas. Freud aclara, también explícitamente, que su elaboración está dirigida y restringida a los casos en que la naturaleza psicógena de la enfermedad es claramente reconocible.

Para apreciar mejor la posición freudiana en este tema, podemos subrayar la oposición entre dos posiciones que, en sus extremos, pueden caracterizarse; una, por concebir una gama gradual y progresiva del humor melancólico que va desde el sentimiento normal de la tristeza, pasando por diferentes estados depresivos, hasta las melancolías graves; y la otra, discontinuista, que concibe esos estados como entidades clínicas claramente diferenciadas. Freud se ubica decididamente en esta última posición.

Hay varias razones para que esta característica de la clínica freudiana haya pasado desapercibida o desdibujada. En primer lugar, el hecho muy conocido de la analogía que Freud establece entre el duelo y la melancolía. Esta peculiaridad del enfoque freudiano, que visualiza la melancolía desde la perspectiva del duelo, ha conducido a creer, erróneamente, que Freud establece una continuidad entre duelo y melancolía. Se dejan de lado, de esta manera, las consideraciones que introduce Freud para discernir sus diferencias, tanto en el registro semiológico en el cual la disminución del sentimiento de sí constituye, como vimos precedentemente, la especificidad de los procesos melancólicos, como en el registro metapsicológico en su referencia al tipo específico de identificación melancólica. Hay un error en la comprensión de la comparación freudiana entre duelo y melancolía que conduce a creer que la melancolía constituye un duelo patológico, cuando se trata más bien de la incapacidad para realizar el trabajo del duelo.

En segundo lugar, hay que mencionar que la pareja, más conocida, entre duelo y melancolía, hace pasar desapercibido que la elaboración freudiana presenta en realidad, no una dupla, sino una tríada. En efecto, en su artículo se distinguen y comparan tres formas clínicas nítidamente diferenciadas: el duelo normal, el duelo patológico y la melancolía. El término intermedio es introducido para referirse a la modalidad que adopta el duelo en ciertas patologías que no corresponden al campo de la psicosis, pero que presentan algunos rasgos parecidos a los de la melancolía. Por ejemplo, la severidad y el sadismo de los ataques del superyo en la neurosis obsesiva. A pesar de esas semejanzas que la clínica freudiana no puede dejar de destacar, lo que predomina es la diferencia, ya que en la neurosis obsesiva, aunque patológico, hay duelo, este transcurre y se lleva a cabo en el campo de la libido objetal. En la melancolía, por el contrario, no hay duelo, hay un proceso enteramente diferente que lo sustituye dentro del campo del narcisismo. El melancólico, como dije, se caracteriza por la incapacidad de elaborar un duelo.

En tercer lugar, debe mencionarse que los desarrollos freudianos acerca del duelo posteriores a 1915, y en especial después de *Más allá del principio del placer*, generalizan, podríamos decir, la solución melancólica, extendiéndola al duelo normal e incorpora el proceso de identificación con el objeto perdido y su reconstrucción en el yo, no solo como un mecanismo normal, sino incluso como típico del desarrollo. Por ejemplo, la constitución del superyo a partir de la identificación con el objeto incestuoso que se debe abandonar al final del Edipo.

Finalmente, en esta breve enumeración de diferentes motivos que contribuyeron a desdibujar la concepción discontinuista de Freud, también se puede mencionar que el término *Trauer*, que usa Freud en su trabajo de 1915, significa también tristeza, o aflicción. De allí que las primeras ediciones castellanas de su obra hayan traducido el título de su artículo como *La aflicción y la melancolía*.

De este modo destacamos que la elaboración freudiana está construida sobre la diferenciación entre tres estados clínicamente diferentes, delimitación que resulta crucial aún hoy para conducir correctamente una terapia psicoanalítica.

1. El sentimiento normal de la tristeza, que tiene por modelo el proceso del duelo.
2. Lo que en la actualidad los psicoanalistas designamos como depresiones neuróticas. Freud en su trabajo menciona explícitamente solo el duelo patológico de la neurosis obsesiva, pero este concepto abarca, aunque no se las mencione expresamente, un conjunto amplio de patologías no psicóticas.
3. La melancolía y otras depresiones psicóticas, reguladas según el régimen del narcisismo. Aunque la psicopatología psicoanalítica distingue nítidamente la melancolía de otras depresiones psicóticas, por ejemplo, una depresión en el curso de una esquizofrenia -lo que es muy frecuente-, para las discontinuidades de la clínica freudiana que me propuse destacar en este trabajo corresponde reunir las en esta tercera categoría, porque prevalece el criterio de la distinción neurosis-psicosis.

En síntesis, se trata de una serie de tres categorías enteramente congruentes con el resto de la clínica freudiana que coloca en primer lugar la tajante oposición entre neurosis y psicosis. Es esta distinción la que resulta decisiva en la práctica psicoanalítica y la que determina la modalidad de la conducta terapéutica que será muy diferente en un caso y otro.

Podrían extenderse estas distinciones para abarcar lo que ha sido designado como temperamento o carácter melancolide, que incluye tanto un componente afectivo como las representaciones ideativas concomitantes, es decir, lo que hoy suele llamarse componente cognitivo. Constituye una patología del carácter que se presenta tanto en una subjetividad neurótica como en una psicótica en que la psicosis no se ha desencadenado. En cualquiera de esas situaciones sigue siendo decisivo, desde el punto de vista de la terapéutica psicoanalítica, distinguir el orden de la neurosis y el de la psicosis.

- 1- Freud, S.: (1915), "Duelo y melancolía", en Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1984, t. XIV, p. 241. Las siguientes citas de este apartado corresponden a este texto.
- 2- Mazzuca, R.: "Ihre Klagen sind Anklagen", en La depresión y el reverso de la psiquiatría, Eolia-Paidós, Buenos Aires, 1997.
- 3- Esta cita, al igual que las restantes de este apartado, corresponden al cap. XI de Psicología de las masas y análisis del yo, de 1921. Para otros desarrollos de este tema en la segunda tópica pueden consultarse los artículos de Freud sobre las psicosis y neurosis de 1924.
- 4- Falret, J. P.: "Acerca de la locura circular", (Una forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de la melancolía) (1854), en Las enfermedades mentales y los asilos de alienados, La campana, La Plata, 2002, p. 102. 5- "Duelo y melancolía", op.cit., pp. 250-1.
- 6- Gros, M. y Lanteri-Laura, G.: "De la melancolía a las depresiones", en Melancolía y dolor moral, EUNLP, La Plata, 1998, pp. 51-2.
- 7- Séglas, J.: "Lecciones clínicas. Décima lección: De la melancolía sin delirio", en Melancolía y dolor moral, op. cit., p. 8. Las restantes citas de este apartado corresponden a este mismo artículo.
- 8- Cf. Godoy, C. "La psicopatología: de la psiquiatría al psicoanálisis". En Mazzuca, R. y cols. Psicoanálisis y psiquiatría: encuentros y desencuentros (Temas introductorios a la psicopatología), Bergasse 19, Buenos Aires, 2003.
- 9- Lanteri-Laura, G., op. cit., pp. 42-3.
- 10- Ídem, pp. 53-4.