

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

“Las depresiones: lecturas posibles desde la psiquiatría y el psicoanálisis”.

Autora

Frillocchi, María Eugenia

Legajo

F- 5001/6

Docente Responsable

Psicólogo: Bertholet, Roberto

2017

Agradecimientos

A mi tutor Roberto Bertholet, por transmitirme su pasión por el psicoanálisis y por su dedicación y colaboración en este trabajo.

A la Facultad de Psicología por ser la institución pública que me permitió formar en esta profesión.

A los coordinadores del espacio TIF, en especial a Ivonne Laus por el excelente trabajo desempeñado en el año 2016, y por las herramientas que nos transmitieron para realizar el presente trabajo.

A Virginia, mi hermana, mi gran sostén y contención en todos estos años brindándome su confianza y admiración. A mi papá Ricardo, por sus palabras, escucha y contención. A mi mamá Mirta, por su amor e incondicionalidad. A ellos, gracias por el esfuerzo que hicieron para que este logro sea posible.

A mis amigas de la Facultad, por estimularme a ser cada día mejor persona y estudiante. Fueron un gran sostén e impulso a lo largo de toda la carrera.

A mis amigas de la infancia, por su preocupación e interés en mi camino de aprendizaje por la Universidad.

Índice

Resumen	1
Palabras claves	2
Título: “Las depresiones: lecturas posibles desde la psiquiatría y el psicoanálisis”	3
Problema: ¿Cómo abordar la problemática de la depresión, proveniente de la psiquiatría, desde conceptos de la doctrina psicoanalítica?	4
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
La Psiquiatría Clásica	6
Las Depresiones para el DSM	6
Aportes de Melanie Klein para pensar la Depresión: posiciones esquizo-paranoide y depresiva.....	8
La posición esquizo- paranoide.....	8
Posición depresiva y su vinculación con la culpa	9
Conceptos claves para abordar la Depresión desde la perspectiva freudiana	10
Las pulsiones	10
El imperativo categórico del superyó.....	11
Aspectos de la Depresión.....	12
Conceptos claves para abordar la Depresión desde la perspectiva lacaniana	13
La tristeza una pasión del alma	13
La cobardía moral en las neurosis.....	13
El Rechazo del Inconsciente en las psicosis	15
Tratamiento psicoanalítico de la depresión	16
Conclusión.....	18
Referencias bibliográficas.....	20

Resumen

El presente trabajo de investigación bibliográfica consiste en la elaboración de una recensión de las referencias conceptuales que abordan la problemática de las depresiones desde una perspectiva psicoanalítica. Se partirá de las descripciones de estos estados desde el campo de la psiquiatría en el contexto clásico y bajo el actual DSM 5. Se continuará con las referencias de Freud y Lacan, para concluir con los aportes de psicoanalistas contemporáneos en relación a esta temática.

Palabras claves

Depresión

Pulsión

Melancolía

Superyó

Tristeza

Título: “Las depresiones: lecturas posibles desde la psiquiatría y el psicoanálisis”.

Problema: ¿Cómo abordar la problemática de la depresión, proveniente de la psiquiatría, desde conceptos de la doctrina psicoanalítica?

Uno de los malestares que aqueja a la subjetividad moderna es el sentimiento de "estar deprimido". La falta de interés por distintos órdenes de la vida y el sufrimiento imposible de soportar, es atribuido por los sujetos que lo padecen al estado de depresión, transformándose en un motivo de consulta habitual a médicos, psiquiatras y psicólogos.

Según la Organización Mundial de la Salud en su última conferencia del año 2017, la depresión es considerada como una de las enfermedades más destacadas de la actualidad. Se caracteriza por la presencia de una tristeza persistente y por la pérdida de interés que lleva a la incapacidad para realizar las distintas actividades cotidianas. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial (OMS, 2017).

El presente trabajo de investigación bibliográfica consiste, en un primer momento, en conceptualizar las depresiones desde la psiquiatría tanto en su contexto clásico como en el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), de la Asociación de Psiquiatría Americana. Desde el punto de vista de la medicina, el modo de tratamiento está orientado por el medicamento. La psiquiatría del DSM construye cuadros psicopatológicos que hacen emerger una clínica que, mediante la observación y la descripción de los síntomas, encuentra sus límites en la pregunta por la causa de las enfermedades mentales. Este enfoque médico lleva a buscar la etiología en causas orgánicas.

En un segundo momento de este escrito, bajo el enfoque del psicoanálisis, se llevará a cabo una recensión de los conceptos de Freud y de Lacan que permiten un abordaje de los estados depresivos. A diferencia de la medicina, el acento está puesto en la causalidad psíquica y en la importancia de que el sujeto se implique en su dolor.

A partir de la lectura de "Duelo y melancolía", Freud nos permite entender cuál es la renuncia que se manifiesta en la depresión, articulando otros estados dolorosos como la inhibición y la angustia. A su vez, se desarrollará la incidencia del superyó en los estados de sufrimiento, siendo una de las instancias críticas que más mortifica al sujeto.

Con la obra de Lacan, se clasificará a la depresión como una de las pasiones del alma, teniendo por contenido la tristeza. Esta última pone en evidencia una dificultad en la elaboración simbólica que impide al sujeto reconocerse en la estructura y el inconsciente. Bajo esa perspectiva Lacan define a la depresión como una cobardía moral. Para finalizar, se hará referencia al lugar que esta problemática ocupa en los tratamientos psicoanalíticos y su abordaje desde la postura clínica.

Desde estas orientaciones se sostiene que la relevancia del presente trabajo consiste en conceptualizar a la Depresión como una particular posición subjetiva frente al sufrimiento. En tal sentido, este escrito se propondrá repensar las principales conceptualizaciones desde el campo psicoanalítico y clínico, allí donde encontramos a un sujeto deseante que ama y sufre.

Objetivo General

Abordar la problemática de la depresión, proveniente de la psiquiatría, desde conceptos de la doctrina psicoanalítica.

Objetivos Específicos

- Realizar un recorrido bibliográfico desde la Psiquiatría y el Psicoanálisis haciendo énfasis en lo privilegiado por diferentes autores sobre la Depresión.
- Efectuar una recensión de las referencias conceptuales que permiten un abordaje psicoanalítico de la Depresión
- Fundamentar las razones por las cuales la problemática de la Depresión posibilita un tratamiento desde el psicoanálisis.

La Psiquiatría Clásica

El término depresión deriva de su origen latín del prefijo de, y el verbo premere (apretar, oprimir), refiriendo al vocablo deprimere, que significa “empujar hacia abajo”.

Tomando como representante de la psiquiatría clásica del siglo XX al “Tratado de Psiquiatría” (1965), la figura de Henri Ey ha sido destacada por su concepción órgano-dinámica de las enfermedades mentales. El Tratado fue escrito en conjunto con el psicoanalista Ch. Brisset, y el psiquiatra P. Bernard. En la tercera parte del mismo, “Estudio clínico de las Enfermedades Mentales”, establecen una definición de las mismas como formas de existencia o de conciencia patológicas que se distinguen por su fisionomía clínica, su estructura y su evolución.

En cuanto a los “estados depresivos y crisis de melancolía”, en el capítulo tres, sostienen que el elemento semiológico elemental es un descenso del humor (timia), que culmina en tristeza. Otros dos fenómenos característicos son la inhibición y el dolor moral. Respecto al primero, los autores enfatizan que es un enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación, que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y lo empuja a rehuir de sus relaciones con los otros. El enfermo presenta, a su vez, una lasitud moral, fatiga psíquica y dificultades en el pensamiento que van acompañados de malestares somáticos.

El dolor moral, “se expresa en su forma más elemental por una autodepreciación que puede encaminarse bastante pronto hacia una acusación, una autopunición, un sentimiento de culpabilidad” (Henri Ey et al, 1974: 238). De todas formas, la autoacusación y el dolor moral, pertenecen a una sintomatología secundaria de la depresión.

En el Manual se presenta a la crisis de la melancolía como el cuadro más típico de la depresión. Consiste en “un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el enlentecimiento y la inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras” (Henri Ey et al ,1974: 240).

El melancólico se siente incapaz de querer, abandonándose a la inercia. La inhibición psíquica consiste en dificultades en la ideación y asociaciones lentas, la atención del enfermo se concentra sobre temas dolorosos. El lenguaje también se ve afectado, produciendo mutismos o semimutismos. Esto va acompañado del dolor moral, el cual está constituido por sentimientos intensos de aburrimiento, disgusto, desespero y lamentos. Por último, describe el rechazo del alimento - siendo constantes los trastornos digestivos-, acompañado de posibles deseos de muerte (Henri Ey et al, 1974).

Las Depresiones para el DSM

En la revista sobre “Las depresiones”, el Psicólogo Roberto Bertholet establece que “a mitad del siglo XX se produce un rápido avance en la investigación científica: en 1952 se descubre la primera droga con efecto antidepresivo, imipramina, y esto da un vigoroso impulso a la creación de psicofármacos” (2006: 3). A partir de allí, se ha ido abriendo paso a una psiquiatría cada vez más biologicista, en sintonía con las investigaciones realizadas por los laboratorios multinacionales de medicamentos, que forman parte de una de las industrias de mayor poder económico a nivel mundial.

Actualmente, rige el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición, DSM-5, publicado en el año 2013. En él, se testifica que “cuando un paciente hospitalizado recibe más de un diagnóstico, el diagnóstico principal, es la afección que se establece como causa fundamental del ingreso del paciente” (Asociación americana de la Psiquiatría, 2014: 10). De esta manera, el DSM se caracteriza por

estructurar una lista de trastornos, en base a síntomas observables, que van a permitir la elaboración de un cuadro clínico.

El DSM-5 concibe al trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En cuanto a la depresión, hoy en día es considerada dentro de los trastornos mentales como un “trastorno depresivo”, que se clasifica en:

- Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo: su principal característica son los accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- Trastorno de depresión mayor: sus síntomas primordiales son :1) estado de ánimo deprimido, 2) pérdida de interés o de placer, 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, 4) insomnio o hipersomnia, 5) agitación o retraso psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días, 7) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, 9) pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas, intento de muerte o un plan específico para llevarlo a cabo.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: su cualidad principal es la alteración del estado de ánimo y disminución notable del interés o placer por las actividades.
- Trastorno disfórico premenstrual: predominan durante los ciclos menstruales, presentando algunos de estos síntomas: labilidad afectiva intensa; irritabilidad intensa, enfado o aumento de los conflictos interpersonales; estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, ansiedad y tensión.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- Trastorno depresivo especificado y no especificado: en estos casos, los síntomas provocan malestar en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de la depresión. Se utilizan en situaciones en las que el profesional elige no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico determinado (Asociación americana de psiquiatría, 2014).

Aportes de Melanie Klein para pensar a la Depresión: posiciones esquizo-paranoide y depresiva.

La posición esquizo- paranoide

Las primeras experiencias del lactante con el alimento y la presencia de la madre inician una relación de objeto con ella (...). Esta relación es primeramente una relación con un objeto parcial, porque 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 los instintos de vida y de muerte. Puede concebirse que en períodos libres de hambre y tensión existe un equilibrio óptimo entre las pulsiones libidinales y agresivas. Este equilibrio se altera, cada vez que, debido a privaciones de origen interno o externo, las pulsiones agresivas son reforzadas (Klein, 1936: 178)

Melanie Klein, psicoanalista austríaca, elaboró un original aporte a los estudios sobre el funcionamiento psíquico. Hanna Segal, en "Introducción a la obra de Melanie Klein" (1965), resume sus contribuciones sobre el desarrollo infantil.

Según la teoría kleiniana, al nacer hay suficiente yo como para sentir ansiedad y estimular a los mecanismos defensivos, como también para establecer relaciones de objeto en la realidad y fantasía. Al principio el yo se presenta desorganizado, pero tiende a su organización. El mismo está expuesto a la ansiedad provocada por los instintos de vida y muerte, como así también a los estímulos que provienen de la realidad externa. El trauma de nacimiento, el calor, el amor y el alimento son ejemplos del impacto de ansiedad producidos por la madre (Segal, 1965).

El efecto de ansiedad en el niño, se lo provoca el instinto de muerte, el cual induce que el yo se divida y proyecte hacia fuera la parte que contiene dicho instinto, ubicándolo en el primer objeto externo que es el pecho materno. Éste se experimenta en un primer momento como objeto malo, dando lugar al sentimiento de persecución. Una parte de la pulsión de muerte se queda en el yo convirtiéndose en agresión y dirigiéndose contra los objetos perseguidores, que son los fragmentos de ese pecho original que fue dividido (Segal, 1965).

Hanna Segal advierte que, la libido, por un lado, es proyectada por el yo hacia afuera y conserva un resto para establecer una relación libidinal con el pecho, objeto bueno e ideal, en el que se fusionan fantasías con experiencias gratificadoras. Por otro lado, las fantasías de persecución se ligan con experiencias reales de frustración y de dolor.

Entonces, "la ansiedad predominante de la posición esquizo- paranoide es que el objeto u objetos persecutorios se introducirán en el yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al yo" (Segal, 1965: 31). La ansiedad se caracteriza por ser paranoide y, el yo y los objetos, sufren una escisión esquizoide, por lo cual Klein definió a esta fase como posición esquizo- paranoide.

Frente a la ansiedad, el yo desarrolla mecanismos de defensa; como la introyección, la proyección, la negación y la idealización; con el fin de mantener a los objetos persecutorios tan alejados de los objetos ideales como sea posible y de formar parte de las progresivas etapas del desarrollo (Segal, 1965).

Es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas, para dar lugar a la posición siguiente, la depresiva. Esto implica que la pulsión de vida avance sobre la de muerte. A medida que el yo se hace más fuerte y posee mayor afluencia de la

libido, va disminuyendo la escisión dentro del mismo, es decir, puede tolerar cada vez mejor su propia agresión. De esta manera, el yo va a adquirir la capacidad de distinguirse de los objetos, disminuyendo los mecanismos defensivos, y dando lugar a una mejor integración (Segal, 1965).

No obstante, existen dificultades en esta fase que pueden dar lugar a una posterior patología. Esto se da por una regresión a la fase del desarrollo donde se hicieron presentes perturbaciones patológicas, constituyendo puntos de fijación. El niño esquizoide se caracteriza por tener el aparato perceptual dañado, distingue a los objetos como hostiles y desintegrados, y sus vínculos con la realidad se encuentran deteriorados. El punto de fijación de las enfermedades psicóticas yace en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva. Mientras que, si se alcanza y elabora la posición depresiva, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior son de carácter neurótico (Segal, 1965).

Posición depresiva y su vinculación con la culpa

Melanie Klein definió a la posición depresiva como una fase del desarrollo en que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto (..), el bebé se relaciona no solo con el pecho, manos, rostros, ojos de la madre como objetos diferenciados, sino con la madre como persona total, que puede ser a veces buena y a veces mala, que puede estar presente o ausente, y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo (..). Reconocer a la madre como persona total significa también reconocerla como individuo con una vida propia. El bebé descubre cuan desamparado está, cómo depende totalmente de ella, y cuántos celos le provocan los demás (Segal, 1965: 72).

A medida que el niño percibe a su madre como un objeto total, empieza a recordar momentos donde de ella obtuvo experiencias tanto de placer como de frustración. Es aquí donde se instalan los conflictos de ambivalencia que provocan la ansiedad, cuya finalidad en el bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan logrado o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente (Segal, 1965).

Una de las principales características de la posición depresiva, es la ambivalencia. El niño quiere poseer el objeto materno, dando lugar a la necesidad de devorarlo. El mecanismo de la introyección oral hace surgir la ansiedad ante la posibilidad de que los impulsos de muerte destruyan tanto al objeto externo como al objeto bueno introyectado. El objeto bueno interno forma parte del núcleo del yo y también de su mundo interior. La ansiedad surge en el niño cuando él puede ser el partícipe de la destrucción de su mundo interior. Los sentimientos de culpa y nostalgia, acompañados por el sufrimiento y la desesperación, aparecen como otros rasgos predominantes de esta fase. (Segal, 1965).

El bebé recuerda que ha amado, y en realidad ama aún a su madre, pero siente que la ha devorado o destruido y ya no puede recurrir a ella en el mundo exterior. Además, la ha destruido como objeto interno, al que siente ahora hecho pedazos. Para él su mundo interno, identificado con este objeto, también está hecho pedazos, y vivencia agudos sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia, sin esperanzas de recuperarlo (..). Sus padecimientos se acrecientan porque se siente perseguido. Esta persecución se debe en parte a que en la cúspide de los sentimientos depresivos reaparece cierta regresión(..), y se vuelve a sentir como perseguidor al objeto bueno hecho pedazos que provoca tan intensos sentimientos de pérdida y culpa (Segal, 1965: 74).

Hanna Segal advierte que, esta etapa incita al bebé al deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. “Anhela compensar los daños que les ocasionó en sus fantasías omnipresentes, restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos, y devolverles la vida y la integridad” (1965: 76).

La relevancia de esta etapa en el desarrollo, es que en ella el niño, descubre su propia realidad psíquica al integrarse más su yo. Es decir, que su propia existencia es distinta a la de sus propios objetos, los cuales los percibe como separados de él. Esto permite también, distinguir entre fantasía y realidad externa. En la posición depresiva, el yo se fortifica, por los trabajos de asimilación de objetos buenos introyectados en el yo y el superyó. Esto da lugar a que el niño adquiera la capacidad de amar y responsabilizarse por sus impulsos (Segal, 1965).

Los objetos buenos y malos que fueron introyectados en la posición anterior, la esquizo paranoide, forman partes de las raíces del superyó. El objeto persecutorio es el autor de los castigos, mientras que el objeto ideal, se convierte en la parte del superyó que corresponde al ideal del yo, que también es persecutorio por sus demandas de perfección. En la posición depresiva, el carácter del superyó cambia. En los inicios el superyó se presenta severo y persecutorio, pero a medida que se acentúa la relación de objeto total, el superyó se acerca más a una imagen de padres buenos y amados, disminuyendo su agresión (Segal, 1965).

Klein define a la depresión como un “estado de ánimo en que se exteriorizan parcial o totalmente los dolorosos sentimientos de la posición depresiva. Puede ser una reacción normal a experiencias de pérdida, o una reacción patológica de carácter neurótico o psicótico” (Segal, 1936: 122).

La culpa y las situaciones de pérdida que despiertan experiencias depresivas se renuevan y repiten frecuentemente a lo largo de la vida. Klein advierte que la posición depresiva no se confecciona de una manera concluyente, ya que los distintos objetos externos en la edad adulta contribuyen a simbolizar rasgos del primer objeto bueno que fue introyectado. Por tanto, las frustraciones y pérdidas posteriores de la vida del sujeto, reavivan las ansiedades propias de la etapa depresiva (Segal, 1965).

Además, para combatir la culpa y la angustia que se experimentan en esta fase, se desarrollan defensas maníacas y reparatorias. Segal afirma que: “la relación maníaca con los objetos se caracteriza por una tríada de sentimientos: control, triunfo y desprecio” (1965: 86). El desprecio implica negar el amor por el objeto, mientras que el control y el triunfo son formas de mantener una distancia acorde con los diferentes sentimientos que provoca el mismo.

La reparación puede considerarse una defensa para el yo cuando contribuye a su adaptación a la realidad. El bebé tiene el deseo de recrear a la madre para recuperarla. El deseo por restaurar a la madre, se basa en la capacidad del yo para conservar el amor a través de los conflictos y dificultades (Segal, 1965).

Conceptos claves para abordar la Depresión desde la perspectiva freudiana

Las pulsiones

Se entiende por pulsión a un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del organismo y alcanzan el alma. A su vez, implica una medida de exigencia de trabajo que le es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud, 1915).

En 1920, Freud, estable una distinción entre dos clases de pulsiones propias del ser humano. Por un lado, describe las pulsiones sexuales o Eros, que comprende la

pulsión sexual no inhibida, las mociones pulsionales sublimadas y de meta inhibida, y las pulsiones de autoconservación. Su meta es la de complicar la vida mediante la reunión y la síntesis con el fin de conservarla. Por otro lado, describe a las pulsiones de muerte, las cuales se caracterizan por ser las encargadas de reconducir al ser vivo al estado inerte. Advierte que estas últimas van a tener diferente tratamiento. Se las toma como inofensivas o como una mezcla de componentes eróticos, también, se las desvía hacia afuera como agresión o pueden continuar su trabajo sin ser interrumpidas.

Ambas pulsiones se comportan de una manera conservadora en sentido estricto, pues aspiran a restablecer un estado perturbado por la génesis de la vida.

Freud sostiene que las pulsiones se mezclan, en forma de “mezcla desigual”, estableciéndose conexiones entre una y otra y contribuyendo a una progresión y avance en las fases libidinales. No obstante, “se nos impone también la posibilidad de una desmezcla -más o menos completa- de ellas” (1923: 42). Esto da lugar a pensar que toda desmezcla de las pulsiones implica una regresión a fases anteriores del desarrollo, donde la pulsión de vida no puede frenar a la de muerte.

Como ejemplo de la desmezcla pulsional encontramos al superyó freudiano, el cual se forma por una identificación con el arquetipo paterno. Freud indica que “cualquier identificación de esa índole tiene el carácter de una desexualización, o, aún, de una sublimación” (1923: 55). El superyó se presenta con el carácter cruel del imperioso “deber- ser” (1923).

El imperativo categórico del superyó

Los procesos del duelo y la melancolía son referencias ineludibles para conceptualizar desde el psicoanálisis a la Depresión.

Freud identifica al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad o un ideal” (1915: 241). Establece similitudes entre el proceso del duelo y la melancolía. Éstas se caracterizan por una desazón profundamente dolida, cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar y la inhibición de la productividad. En relación al duelo, afirma que:

(...) el examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto (..) lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad(..) Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura (Freud, 1915/17: 242).

Una vez concluido el trabajo del duelo, el yo se presenta libre y desinhibido para volver a investir nuevos objetos (Freud, 1915).

Contrariamente, en la melancolía prima una rebaja del sentimiento de sí, que se exterioriza mediante autoreproches. El yo se describe como indigno, estéril y moralmente despreciable. El proceso melancólico consiste en que posteriormente a la elección de objeto, por obra de una afrenta real o un desengaño, se origina un quiebre en el vínculo con el objeto, cancelándose así la investidura del mismo. La libido, en vez de buscar un nuevo objeto, se retira sobre el yo, produciendo una identificación de este con el objeto resignado. Freud asevera: “la sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, puede ser juzgado por una instancia particular, como un objeto; como el objeto abandonado” (1915: 246). El conflicto entre el yo y la persona amada, conlleva ahora, a una bipartición entre el yo crítico (conciencia moral) y el yo alterado por identificación.

Freud ubica al narcisismo como condición del proceso melancólico. Se entiende por este a la energía puesta en sí mismo, en el propio cuerpo. En este caso, se produce a partir de una identificación con el objeto perdido. Esto conlleva a una regresión desde un tipo de elección de objeto al narcisismo originario. Esta identificación es de tipo ambivalente, amor-odio, el amor que no se resigna se refugia en la identificación, mientras que el odio se ensaña con ese objeto sustitutivo insultándolo y denigrándolo (1915).

En el “El yo y el ello” (1923), Freud continúa con la elaboración sobre la conciencia moral y paralelamente desarrolla al superyó como una instancia crítica. En la melancolía el superyó actúa arrancando hacia sí la conciencia, declarando al yo culpable y sometiéndolo a su castigo. Justamente es al objeto a quien se dirige la cólera del superyó, el cual ha sido acogido en el yo por identificación. Es decir, el superyó hiperintenso e hipermoral, se abate con furia sobre el yo, “lo que ahora gobierna en el superyó es como un cultivo de la pulsión de muerte, que a menudo logra efectivamente empujar al yo a la muerte” (54).

Por lo tanto, el superyó freudiano es considerado un componente primordial en los estados depresivos. Caracterizado por su vertiente cruel ligada a la pulsión de muerte, se ensaña mortificando al sujeto, haciéndose presente bajo la forma de autoreproches y de dolorosas frustraciones. A su vez, los sucesivos y repetidos fracasos de la vida de una persona que despiertan experiencias traumáticas y de dolor pueden leerse como posibles efectos de la repetición pulsional. Esto da como resultado un sufrimiento imposible de soportar, que es privativo de la depresión (1923).

Aspectos de la Depresión

Freud en 1925 asevera que una de las particularidades de la depresión es la inhibición general que se presenta en estos estados, siendo el más grave la melancolía.

En el texto “Inhibición, síntoma y angustia” (1925), Freud, menciona que la inhibición tiene un vínculo particular con la categoría de función, definiéndola como una limitación normal de la misma. A su vez, distingue a las funciones como sexuales, nutricias, de locomoción y de trabajo.

El yo, renuncia a estas funciones con el fin de evitar un conflicto con la instancia psíquica del ello, o así también, otras inhibiciones se producen con la meta de no entrar en confrontación con el superyó. Se trata de no hacer cosas que proporcionen el provecho y éxito que el severo superyó le ha denegado (Freud, 1925).

Por otro lado, se define al síntoma como “el indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo” (Freud, 1925 :87). Mediante el mecanismo de la represión, el yo consigue coartar el devenir consciente de las representaciones que son portadoras de una moción desagradable para el yo.

Freud afirma la existencia de un nexo entre las inhibiciones y la angustia. Muchas inhibiciones consisten en una renuncia a cierta función porque a raíz de su ejercicio puede desarrollar angustia.

La angustia, es definida como algo sentido, es decir, un estado afectivo. “Como sensación, tiene un carácter displacentero evidentísimo, pero ello no agota su cualidad” (Freud, 1925: 125).

En 1925, Freud teoriza acerca de que la angustia es señal para la evitación de una situación de peligro. La hostilidad de la instancia del superyó es la situación de peligro de la cual el yo se quiere sustraer. Lo que teme del superyó es un eco del castigo de castración, así como el superyó es el padre que devino apersonal, la angustia frente a la castración se ha mudado en angustia de la conciencia moral. Pero como la angustia

está encubierta, el yo se sustrae de ella obedeciendo a mandamientos, acatamientos y acciones. Por lo tanto, cuando éstas le son impedidas generan un malestar equivalente a la angustia.

En “Duelo y Melancolía” (1915), podemos ver que existen dos delirios típicos, el delirio de insignificancia y el de autoreproches. Siguiendo la tesis freudiana, la identificación al objeto perdido provoca una dimensión devastadora y de sufrimiento propia de estos estados. El objeto, que debe estar perdido estructuralmente, reaparece en el horizonte de la identificación, definiéndose en el carácter narcisista de la elección de objeto. Por lo tanto, el mecanismo de castración que da lugar a la falta y a la circulación del deseo, esta obturado y falla en la melancolía. Esto provoca una profunda desazón, rebaja del autoestima y angustia, que no da lugar a la interrogación ni a la búsqueda de un saber que permita abordar los estados depresivos, ya que el sujeto se refugia en su condición de indignidad e insignificancia.

Conceptos claves para abordar la Depresión desde la perspectiva lacaniana

La tristeza una pasión del alma

En la obra lacaniana se pueden rastrear conceptos fundamentales para pensar a los estados depresivos

El psicoanalista Eric Laurent (2000) sostiene que utilizar la noción de pasión le permite a Lacan destacar que no hay idea, representación o representante de la representación sin la presencia de un afecto. Es decir, que existe un lazo entre el pensamiento y el afecto que conforma un nudo y no una exclusión.

El aporte de Lacan fue considerar a la tristeza como una pasión del alma. Laurent afirma: “la tristeza es una pasión central en la modernidad; la depresión es un afecto moderno por excelencia. Hubo variantes, ciertamente, en la cultura. La melancolía es una figura que atravesó toda la época Clásica y el Renacimiento (..)” (2000: 75/76).

Lo característico de la tristeza es que en ella hay un saber, pero éste es triste, está cortado de la vida, desarticulado del propio goce y perdido en el vacío (Laurent, 2000).

La cobardía moral en las neurosis

Lacan, en 1973, ubica a la tristeza como una de las pasiones del alma. En cuanto a la depresión, en las neurosis, va a denominarla una “cobardía moral”. Asevera que:

(...) la tristeza, por ejemplo, la califican de depresión, y le dan el alma como soporte, o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet. Pero no es un estado de ánimo, es simplemente una falta moral, como se expresaba Danta, o también Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que solo se sitúa en última instancia a partir del pensamiento, es decir, a partir del deber de bien decir o de orientarse en el inconsciente, en la estructura (1973: 555).

La cobardía moral, en la obra lacaniana, se presenta como una traición del sujeto a sí mismo, por no reconocerse en el inconsciente. La tristeza, falta moral y el pecado son formas de nominar el no querer saber al cual Freud definía como represión (1973).

Jacques- Alain Miller (2001), retomando a Lacan, afirma que el término depresión entendido como cobardía moral implica una renuncia a orientarse en el plano de lo

simbólico. Esto involucra no sólo una modalidad de situarse en el mundo, sino también en el inconsciente. La carencia simbólica da lugar al desarrollo de angustia. Además, la angustia es el afecto del sujeto sin deseo. Pero al mismo tiempo hay que advertir que sólo un ser de deseo puede estar angustiado.

La enseñanza de Lacan en relación al plano simbólico es que lo que permite situar al sujeto es el significante, y que el sentido es especialmente desorientador. “De suerte tal que cabe decir que curar, que acompañar lo que se llama depresión mediante una psicoterapia entendida como práctica del sentido, es asegurarse de que la desorientación se incremente” (Laurent, 2001: 270).

La depresión según Laurent, no puede ser entendida como un conflicto en términos psíquicos, ya que en la medida en que escapa al deseo, puede llevar a la angustia. En el hombre deprimido sus reacciones de fuga están afectadas y hay entonces una pérdida del sentimiento de vida. Lo que hay que notar es que allí no hay en absoluto un conflicto, sino un déficit simbólico (2001).

Continuando en la misma línea, la psicoanalista Marie- Héléne Brousse (1997) sostiene que la importancia del psicoanálisis es la de establecer un corte. Éste tiene por efecto en la figura del enfermo reintroducir la dimensión de sujeto.

En relación a la depresión, establece una analogía entre la cobardía moral y el dolor de existir, situándolos dentro del campo ético y no en relación a la moral. La cobardía es semejante al dolor, y apunta a la depresión hacia el campo del afecto. El campo de la ética refiere según la autora al deber, el juicio y el acto (Brousse, 1997).

La cobardía es entendida como el rechazo a querer implicarse en el inconsciente, esto remite a un no querer saber. Por otro lado, la autora define a la valentía, la cual introduce un deseo. La valentía consistiría en que el sujeto pueda situarse allí donde falta un significante, poder situarse en el “sin sentido”. Ante la cobardía, la respuesta es franquear los límites del marco de la realidad que es el del sentido. El franqueamiento consigue sostener un deseo que protege al sujeto de la depresión (Brousse, 1997).

Lacan en 1973, ubica al alegre saber, “el bien decir”, como contrario a la pasión de la tristeza. La define como la gaya ciencia, la cual es una virtud. Ésta no trata de comprender y buscar el sentido, sino en rozarlo lo más cerca posible, distanciándose de la cobardía moral, habilitando de esta manera al deseo y a la vida. La ética del bien decir lleva al sujeto a situarse en la estructura y a reencontrarse en el inconsciente.

La psicoanalista Carmen Gallano (1997) afirma que Lacan sitúa la clínica de la depresión como la expresión del sujeto del inconsciente en una elección del ser y no la del sentido. Se trata de estados que presentan un ser que no quiere saber de la falta ni del inconsciente. “Estos sujetos, de tristeza dura, nos enseñan que la tristeza dura mientras el sujeto se queda en el eterno instante de la pérdida, sin consentir entrar en el tiempo del saber en el que el inconsciente ofrece el cauce del deseo” (1997: 153/154).

El psicoanalista Jean Pierre Deffieux (2012) realiza destacados aportes en relación al déficit simbólico presente en los estados de depresión. Afirma que la depresión de orden neurótico se juega enteramente en el plano simbólico. Esto remite a que no hay separación, corte respecto a la cadena significativa como ocurre en la melancolía. La operación de alienación/separación funciona. El sujeto dispone de los medios simbólicos para ejercer el trabajo del duelo, pero retrocede, renuncia a poner a trabajar su inconsciente (Deffieux, 2012).

A su vez, sostiene que el abordaje psicoanalítico de la depresión, sitúa en un primer plano la dimensión simbólica del lenguaje. El mecanismo que afecta a todos los hombres, es el del duelo, mientras que la melancolía es la referencia y el modelo estructural de los estados depresivos (2012).

La depresión es entendida como la renuncia al duelo. La melancolía se produce cuando un sujeto ya no tiene los medios estructurales y simbólicos para hacer un trabajo de duelo. No hay una respuestas simbólicas ni apropiación de la palabra (Deffieux, 2012).

En la melancolía predomina una separación y ruptura con la cadena significante. El sujeto que la sufre es afectado en lo real del cuerpo, predominando la inoperancia de la mediación a través del lenguaje. Hay una reducción de la palabra del sujeto a la salmodia de su dolor moral y de su falta de dignidad, y en un grado mayor se presentan mutismos. No se trata de que la melancolía tenga una causa orgánica, cerebral o genética, es que el sujeto está separado de lo simbólico, y está conectado a lo real, a la pulsión de muerte en estado puro (Deffieux, 2012).

Por lo tanto, el psicoanálisis entiende a la depresión como una particular posición subjetiva, que requiere que el sujeto se responsabilice respecto a lo que cruza su existencia. No se trata de un desarreglo bioquímico, ya que la depresión tiene un sentido y una causa inconsciente, que se inscribe en un momento particular de la vida de un sujeto. “Siempre hay un vínculo con un traumatismo más antiguo, una pérdida, una ruptura o un duelo en la infancia que no ha sido simbolizado” (Deffieux, 2012: 85).

El Rechazo del Inconsciente en las psicosis

Y lo que sigue, por poco que esta cobardía, por ser rechazo del inconsciente, vaya a la psicosis, es el retorno en lo real de lo que es rechazado, del lenguaje: es la excitación maníaca por la cual ese retorno se hace mortal (Lacan, 1973: 555).

En la melancolía, el sujeto no consigue establecer y mantener un lazo simbólico e imaginario frente a la pérdida del objeto debido a la falla simbólica estructural, y de esta manera se confronta sin recursos a la pérdida real (Jean Pierre Deffieux, 2012).

Continuando bajo la enseñanza del psicoanálisis, Carmen Gallano (1997) advierte que en la depresión hay casos de sujetos que plantean una especial interrogación al psicoanalista. Se trata de personas, que se entregan al lamento y al dolor de existir, estableciendo un cierre al saber, entendiendo esto como un rechazo a implicarse como sujeto frente a sus síntomas y determinaciones del inconsciente. El sujeto, en los casos de psicosis, queda identificado a lo perdido y lo mortífero de su dolor, dejándose caer en la inercia propia de estos estados.

El lamento depresivo se presenta bajo la forma de abatimiento, dolor y vacío de sentido, dando testimonio de lo que es para ellos imposible de soportar. Pero éste no se sitúa en las coordenadas significantes de la coyuntura en la que se han desmoronado (Gallano, 1997).

Ante el sufrimiento y frente a la falta constitutiva del ser humano, la posición de estos sujetos vaciados de deseo, es apelar a la figura del Otro. Pero a éste, no le atribuyen un saber. “No hay llamada al Otro como saber supuesto, no hay búsqueda de sentido, pues no hay enigma. No esperan nada nuevo para su vida y apelando volver a lo idéntico, a lo perdido, dan testimonio del goce del que no se despegan” (Gallano 1997: 148).

Tratamiento psicoanalítico de la depresión

En relación al tratamiento psicoanalítico, Miller (2008/2009) afirma que este consiste en un acto que autoriza el hacer del sujeto. El acto analítico implica liberar la asociación, la palabra, de lo que lo constriñe para que de esta manera discurra libremente. La palabra liberada recupera los recuerdos y el pasado, como así también bosqueja el porvenir.

El acto analítico reside especialmente en la suspensión de cualquier demanda de parte del analista, en la suspensión de cualquier demanda de ser: no se les pide ser inteligentes, verídicos, ser buenos, ni decentes, solo se les pide hablar de lo que les pasa por la cabeza, se les pide que entreguen lo más superficial de lo que viene a su conciencia. Y el deseo del analista no es ajustarlos a, no es hacerles el bien, no se trata de curarlos, sino justamente de obtener lo más singular de lo que constituye su ser, esto es, que sean capaces de delimitar lo que los diferencia como tales y poder asumirlo (Miller, 2008/2009).

El Psicólogo Roberto Bertholet (2006), ratifica la importancia de ubicar a las depresiones en relación a una determinada estructura psíquica, ya que la función que cumplirá será diferente en cada una de ellas.

El tratamiento psicoanalítico de los fenómenos depresivos, implica partir de la subjetividad de cada sujeto y su modo de tratar la falta. Las distintas estructuras: neurosis, psicosis y perversión conllevan un modo diverso de atravesamiento de la castración: represión, forclusión y denegación. La depresión puede encontrarse en cualquiera de estas tres estructuras, en especial en neurosis y en psicosis, siendo escasas en la perversión (Bertholet, 2006).

El fenómeno depresivo, en los casos de psicosis, puede cumplir una función de suplencia o ser un pródromo ante el desencadenamiento de un fenómeno psíquico. Mientras que, en las neurosis, puede ser la única respuesta de un sujeto frente a un trauma o angustia hasta que adquiere, en el trabajo de un análisis, la posibilidad de construir otros recursos y respuestas más dignas frente al dolor (Bertholet, 2006).

Bertholet, (2006) afirma que la función del analista en los tratamientos psicoanalíticos es la de una escucha atenta y precisa, de modo que el lugar de la causa del sufrimiento pase del exterior y del mundo al interior del sujeto. Se trata de introducir enigmas y preguntas donde antes había solo falsas respuestas.

El analista es quien dirige la cura con el fin de pasar de la tristeza y la inhibición como modos de gozar la pérdida, a un estado distinto, que tomará la forma de síntoma, de recuerdos o de angustia, pero no para seguir gozando y sufriendo, sino para comprender la posición del sujeto frente a lo real del dolor y frente al Otro. En psicoanálisis se lee a la depresión en función de las razones de la causalidad psíquica, ofreciendo la posibilidad de que el sujeto pueda implicarse y responsabilizarse, para generar un nuevo espacio subjetivo frente a su malestar, reduciendo el goce y la satisfacción que conlleva toda depresión (Bertholet, 2006).

En relación al goce implicado en las depresiones, Miller (1997/1998) asevera que la pulsión, en términos lacanianos es si se quiere una demanda. Hay una exigencia que no cesa, a tal punto que nos preguntamos qué es lo que finalmente sería capaz de satisfacerla a esta exigencia que dura. Se trata de una demanda en la cual ya no se ve a qué Otro se dirigiría. Es una especie de demanda pura de satisfacción. Consiste en una satisfacción pulsional que se presenta como displacer, esto es lo que Lacan hizo surgir con el término goce.

La necesidad del término goce ya está prescrita por el hecho de que no podemos conformarnos con la simple oposición del placer y displacer, sino que hay un placer inconsciente. Un placer que no se conoce a sí mismo y que se presenta al sujeto bajo la forma de displacer. (Miller 1997/1998).

Finalmente se entiende que aquello que aparece como displacer, como sufrimiento, es en realidad una satisfacción. Se podría decir al modo de Freud y Lacan que “allí donde sufres, es allí donde te satisfaces”. De esta manera, esta satisfacción pulsional puede ubicarse en los sujetos que sufren de depresión, que presentan rasgos de inhibición y que están tomados por un estado de tristeza total.

Conclusión

A partir del recorrido por los diferentes autores, y en relación a los objetivos propuestos se obtiene la presente conclusión bajo tres lineamientos.

En primer lugar, en relación al enfoque médico de la depresión se puede decir que mientras la ciencia moderna estimula el uso de medicamentos, aumenta el tratamiento farmacológico del sufrimiento humano. En este sentido, es posible pensar que la depresión aparece como algo que unifica, bajo un mismo término, fenómenos que para el psicoanálisis son de un orden muy distinto. El avance de los medicamentos, que en muchos casos son eficaces, va generando una clínica que aparece ordenada en torno a los efectos que produce el fármaco. En la lógica de los DSM, vemos cómo van desapareciendo ciertas entidades clínicas que son centrales para el psicoanálisis, como por ejemplo las divisiones por estructuras psíquicas. Se trata de una clínica que apunta a la generalización y homogeneización del sufrimiento.

En segundo lugar, desde el psicoanálisis se sostiene que no podemos entender a la problemática de depresión meramente como un trastorno del humor siendo la tristeza su principal referente. Contrariamente, hay que considerarla como una particular posición subjetiva frente al sufrimiento y abordarla en función de las razones de la causalidad psíquica. La clínica psicoanalítica se identifica por ser del caso por caso, es decir, singular.

La depresión se presenta como la carencia de un consentimiento a la falta en el sujeto, mientras que el proceso del duelo implica un bien decir en relación a la falta. El superyó freudiano es considerado un componente primordial en los estados depresivos. Caracterizado por su vertiente cruel ligada a la pulsión de muerte, se ensaña mortificando al sujeto, haciéndose presente bajo la forma de autoreproches y de dolorosas frustraciones. A su vez, los sucesivos y repetidos fracasos de la vida de una persona que despiertan experiencias traumáticas y de dolor pueden leerse como posibles efectos de la repetición pulsional.

Además, la depresión implica un agujero en lo simbólico, el sujeto se ve empujado a un goce que parece no poder frenarse por el deseo haciéndolo sufrir sin medida. La vida deja de tener sentido, esto es lo que Freud llamo un desinvertimiento del mundo exterior.

En tercer lugar, Lacan entiende a las depresiones como una cobardía moral, una traición del sujeto a sí mismo por no querer reconocerse en el inconsciente. Partiendo de la importancia de las pulsiones en estos fenómenos y en relación al saber, se entiende que la depresión no es considerada un síntoma en tanto formación del inconsciente. Sino que es una pasión, un estado de vida. El depresivo es un apasionado, pero con la particularidad de que no hay deseo de saber sobre su sufrimiento, porque no hay un modo simbólico de tratamiento de la falta, sino una satisfacción de orden pulsional. Un sujeto que sufre depresión, que está inhibido, tomado por un estado de tristeza total, que carece de deseos y anhelos de proyectos, lo que es indudable es que su inconsciente no está funcionando a modo de tramitación simbólica de la pulsión de muerte.

Se entiende que no hay otra manera de abordar estos estados que no sea a través de la palabra, dando lugar a una resonancia de sentido, abriendo el campo de la enunciación. Se trata entonces, de la relación del sujeto con su palabra y su historia.

En la disposición humana predomina un no querer saber sobre las determinaciones del inconsciente, y principalmente en los casos de depresión, ese no querer saber en su versión máxima constituye el pasaje suicida, el cual es considerado la segunda causa de muerte a nivel mundial. El suicidio constituye un no querer saber en su versión más radical y última.

En relación a esto, y teniendo en cuenta el factor de riesgo que provoca en la sociedad las pulsiones, se me plantea un interrogante con perspectiva a futuro que puede dar lugar a posibles investigaciones: ¿cómo pensar el tratamiento de esa satisfacción pulsional que es calificada por Lacan como una pasión del alma?.

Referencias bibliográficas

Agüero, J et al (1997). *La depresión y el reverso de la psiquiatría*. Buenos aires: Eolia Paidós

Asociación Psiquiatría Americana (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta Edición*. Médica Panamericana. Visita 6 de abril de 2017 en: <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2017/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>

Asociación Mundial del Psicoanálisis (2012) *El orden simbólico en el siglo XXI*. Buenos Aires: Grama

Bertholet, R (2006). *Las depresiones*. Rosario: Centro de estudiantes de Psicología

Ey, H; Bernard, P; Brisset C (1978). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray- Masson

Freud, S (2012). *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S (2012). *El yo y el Ello*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S (2012). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S (2012). *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (2013). *Introducción del Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (2013). *Pulsiones y Destinos de pulsión*. Buenos Aires: Amorrortu

Klein, M. (1974). *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós- Horne.

Lacan, J (2012). *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós

Laurent, E (2001). *Los objetos de la pasión*. Buenos Aires: Tres haches

Miller, J (1997/1998). *El partenaire- síntoma*. Buenos Aires. Paidós

Miller, J (1998). *Elucidación de Lacan. Charlas Brasileñas*. Buenos Aires: Paidós

Miller, J (2000/2001). *El lugar y el lazo*. Buenos Aires: Paidós

Miller, J (2008/2009). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2017). Visita 6 de abril de 2017 en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>.

Segal, H (2003). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós