



UNR FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
TRABAJO INTEGRADOR FINAL

*“De la depresión a la  
melancolía: la búsqueda del  
deseo perdido”*

MODALIDAD DE PRESENTACIÓN: INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

AUTORA: MARÍA LAURA CHIAPPELLA LEGAJO: C-3074/1 DOCENTE

RESPONSABLE: SERGIO RIBAUDO

# *“De la depresión a la melancolía: la búsqueda del deseo perdido”*

## **Índice**

Resumen.....	pág. 3
Presentación del problema.....	pág. 4
Objetivos: generales y específicos.....	pág. 5
Melancolía y depresión.....	pág. 6
¿Qué se entiende por la palabra `depresión´ desde el campo psicoanalítico?.....	pág. 9
Consideraciones sobre la angustia en Freud.....	pág. 11
La angustia, señal de lo real.....	pág. 14
Respuestas del sujeto ante la angustia.....	pág. 16
Depresión, entre el deseo y el goce.....	pág.
17 Aportes contemporáneos a la etiología de la depresión.....	pág. 18
La función del analista en el tratamiento de la depresión.....	pág. 20
Conclusiones.....	pág. 23
Listado de referencias.....	pág. 24

## Resumen

La depresión es considerada actualmente por la Organización Mundial de la Salud como uno de los principales malestares que aquejan a la sociedad a nivel mundial. Viéndose, muchas veces, solicitados los profesionales de la salud mental para atender tal problemática. En este trabajo de investigación bibliográfica se indaga sobre la función del analista en el tratamiento de la depresión desde una postura epistemológica psicoanalítica, comenzando por examinar los orígenes del término de depresión, melancolía, angustia; y los conocimientos que puedan relevarse sobre el tema desde los aportes de S.Freud, J. Lacan y algunos de los aportes psicoanalíticos contemporáneos.

En *Duelo y melancolía (1986)* Freud propone que es el narcisismo la condición necesaria de todo proceso melancólico, una intensa fijación narcisista al objeto, esta condición no permite tramitar la pérdida del objeto.

Siguiendo a J. Lacan también se encuentra en la base de la depresión la pérdida de un objeto, aquel objeto perdido, causa de deseo, pero en este caso es la imposibilidad del sujeto de desprenderse de ese objeto, lo que causa la depresión, el sujeto cede en su deseo y queda absorto en el goce.

En un tratamiento psicoanalítico, la depresión se aborda a través de los dichos de un sujeto, en el momento en que un sujeto puede empezar a hablar de aquello que le ocurre, empieza a generar algo que concierne al deseo, empieza a generar un movimiento en esa dirección sostenido por el objeto analista.

**Palabras claves:** Depresión- melancolía - angustia - deseo - función del analista

3

## Presentación del problema

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud señala a la depresión como uno de los malestares de nuestra cultura, que representa la principal causa determinada de discapacidad, a nivel mundial, y contribuye de forma muy importante a la carga general de morbilidad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Pero ¿qué es la depresión? El término „depresión“ se utiliza generalmente para nombrar el malestar humano, ya que engloba diversos padecimientos. Es tanto lo que se menciona, que al final esta expresión termina por no decir mucho en verdad.

Podríamos decir que, bajo el rótulo tan abusivo de la voz depresión se cierra el diálogo entre los interlocutores -paciente y profesional- y se sella definitivamente el malestar bajo una etiqueta médica que, aun cuando en principio tranquiliza a ambas partes y permite que el paciente pueda exigir una pacificación al médico sobre su mal, impide poder escuchar lo que bajo ese velo que enmarca la tristeza se esconde. (López Herrero, Salvador, Pérez, 2003. p. 54).

Desde un posicionamiento psicoanalítico, la depresión no responde a una estructura clínica, es decir, no tiene un estatuto estructural autónomo e independiente, pero no por esto se niega su existencia. Puede presentarse en las tres estructuras

conocidas: tanto en la neurosis, como en la perversión y en la psicosis (Bertholet, 2012). Lo que interesa indagar en este trabajo de investigación bibliográfica es cómo puede abordarse un tratamiento psicoanalítico de la depresión, ¿cuál es la función del analista?; para esto resulta importante poder esclarecer primero algunos interrogantes: ¿Cómo se puede pensar la depresión desde el psicoanálisis? ¿Existen condiciones universales subyacentes a la depresión? Y si esto es así ¿cuáles son? ¿Qué mecanismos psíquicos prevalecen a esta afección?

Se realizará un recorrido por los escritos de Sigmund Freud, como principal referente del psicoanálisis, en busca de dar respuesta a estos interrogantes, integrando, a su vez, los aportes psicoanalíticos contemporáneos sobre la temática de la depresión.

La relevancia de esta investigación reside en que permite articular los conocimientos que se tienen actualmente, en el campo epistemológico del psicoanálisis, acerca de la depresión, sus causas y tratamiento, teniendo en cuenta que cada vez más se solicita atención profesional para tratar esta afección (Organización Mundial de la Salud, 2020).

## **Objetivo general**

- Indagar sobre la función del analista en el abordaje de la depresión.

## **Objetivos específicos**

- Reflexionar acerca de la etiología de la depresión.
- Analizar, a partir de la obra de S. Freud y de aportes de autores psicoanalíticos contemporáneos, las coordenadas que habiliten el estudio de la depresión. - Explorar los mecanismos psíquicos que prevalecen en la depresión, así como también sus características.

## Melancolía y depresión

La palabra depresión nombra un abanico de sufrimientos, desde una leve tristeza hasta una profunda melancolía. Para poder esclarecer qué se entiende por depresión es necesario recurrir a la historia de algunos términos como depresión, melancolía, angustia. Se expone en este apartado un recorrido por el libro *Historia de la melancolía y la depresión: desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna*, de Jackson S. (1998):

Los términos melancolía y depresión, se han venido refiriendo durante más de dos milenios a toda una serie de diferentes estados de aflicción. El término pudo denotar una enfermedad, una entidad clínica; un estado emocional, no patológico; un temperamento o un tipo de carácter. (p.25)

Muchos aspectos de estas experiencias afectivas están dentro del marco de lo normal. Sentirse melancólico o deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental o un estado patológico. Sólo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a verse como patológicos, e incluso entonces estos estados afectivos tendrán que ir acompañados de otros síntomas para que sean calificados como tales.

El término melancolía viene de la Grecia clásica, significaba un desorden mental que implicaba un prolongado estado de miedo y depresión. Estaba vinculado a la idea de la bilis negra, uno de los cuatro humores de la teoría humoral de Hipócrates, se pensaba que era el factor fundamental de la melancolía. La teoría de los humores durante aproximadamente dos mil años fue el principal esquema explicativo para el estudio de las enfermedades.

El término depresión ha entrado relativamente tarde en la terminología de los estados de aflicción. “Derivado en su origen del latín „premere” (apretar, oprimir), y „deprimere” (empujar hacia abajo)” (Ibid.). Depresión aparece crecientemente en las clasificaciones psiquiátricas hacia finales de siglo XIX, pero, sin embargo, el término de diagnóstico básico sigue tendiendo a ser melancolía. Luego, con el nacimiento de la categoría de la enfermedad maniaco-depresiva, el término melancolía deja de ser tan utilizado.

A principios del siglo XIX el síndrome de la melancolía sufrió una importante reducción en su contenido al separar, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), un grupo minoritario de estados mono-delirantes con exaltación, quedando reducida su descripción a perturbaciones depresivas graves. La melancolía siguió asociándose con las ideas delirantes, pero gradualmente éstas fueron haciéndose menos necesarias para la descripción clínica aceptada. La melancolía simple o melancolía sin delirio apareció como subtipo reconocido que podía o no degenerar en melancolía con delirio. El estado de aflicción con su preocupación angustiada y su concomitante enlentecimiento de las funciones mentales y físicas, pasó a ser cada vez más el núcleo descriptivo. Como tanto la melancolía simple como las formas delirantes estaban consideradas como tipos de locura o enajenación, la presencia de una idea delirante dejó de ser necesaria para que un desorden fuera un caso de locura.

Después de Esquirol, melancolía dejó de ser sinónimo de locura. El rasgo más saliente de estas descripciones es que cada vez prestaban más atención al curso del desorden, el que una forma menos grave de melancolía (la melancolía simple) pudiera empeorar y convertirse en una forma más grave (melancolía con delirio) pasó a ser una creencia generalizada. La idea de que la melancolía pudiera empeorar y convertirse en manía, que ya tenía varios siglos de edad, continuó mencionándose con frecuencia, lo que fue llevando hacia las conexiones entre melancolía y manía. Estas ideas condujeron en su momento a las variaciones sobre el tema, en el cambio de siglo, introducidas por Emil Kraepelin (1856-1926) al hablar de las enfermedades maniaco-depresivas, para referirse a aquellas que incluían manía, melancolía y locura circular, interrumpiendo la presentación de la manía y la melancolía como desórdenes aparte. Para estas corrientes

6

era crucial un sentido del desarrollo longitudinal. La insanía maniaco-depresiva tenía para él una base neuropática, que en la inmensa mayoría de los casos era hereditaria. Adolf Meyer (1866-1950) destaca en cambio la importancia de la historia de toda la vida de la persona para comprender su experiencia única con la enfermedad. Partiendo de esta orientación niega los entes de enfermedad diferenciados de Kraepelin y concibe los desórdenes psiquiátricos como reacciones de mala adaptación y dependientes de la constitución y la experiencia vivida. También introduce un punto de enfoque genético dinámico que, por lo menos en el mundo de habla inglesa, se entrelazó con las nacientes contribuciones del psicoanálisis.

En 1902 observa que en su uso actual melancolía se aplica a todos los estados anormales dominados por la depresión, y observa que las variedades comúnmente clasificadas son la melancolía simple, la melancolía con estupor, la melancolía con delirio, la homicida, la suicida, la posparto, la aguda, la melancolía atónita crónica, etc. Es evidente que de esta manera se meten dentro de una misma etiqueta muchas enfermedades diferentes, simplemente por estar dominadas por la depresión. (Ibid. p.31)

En 1905, hablando sobre la clasificación de las melancolías, Meyer indicó que estaba deseoso de eliminar el término melancolía, que implica un conocimiento de algo que no poseemos, y que había sido empleado en formas específicas diferentes según los autores. Si, en lugar de melancolía, aplicáramos el término depresión a toda la clase, éste designaría de forma no presuntuosa lo que se entiende en el uso común del término melancolía; y nadie dudaría de que con fines médicos el término tendría que ser ampliado para denotar el tipo de depresión.

En cuanto al tratamiento, Meyer reaccionó en contra de la bien establecida categoría de las predisposiciones hereditarias y el pesimismo respecto de la terapia frecuentemente engendrado por la importancia dada a los factores constitucionales. Por el contrario, destaca la investigación del cuadro reactivo para encontrar puntos de modificabilidad, focos para la intervención y el cambio.

Desde este punto de vista general, delineó su propia versión de sentido común de la psicoterapia, llena de matices humanos y que implicaba una investigación y utilización práctica de la historia de la vida y la situación del momento del paciente.

Eugen Bleuler (1857-1939) incluye unas pocas líneas sobre las depresiones reactivas. El término reactivo indica que aparecía una reacción morbosa ante una experiencia afectiva, en contraste con aquellas psicosis en que el proceso morboso estaba en el cerebro. Observaba que las depresiones reactivas que se agravan hasta convertirse en una enfermedad mental son bastante infrecuentes.

En la tradición kraepeliana que dominó la primera mitad del siglo XX, la descripción ampliada de la depresión también tenía lugar para muchos de los signos y síntomas de las anteriores descripciones ampliadas de la melancolía, elementos clínicos que realmente nunca habían abandonado el cuadro clínico de la melancolía y que no todos estaban necesariamente presentes en un caso determinado: insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso, estreñimiento, pérdida del interés sexual, intranquilidad, irritabilidad, ansiedad, preocupaciones de autoderogación, inclinaciones suicidas, delirios. Tales tendencias descriptivas han sido discutidas, sacadas y vueltas a meter, sumadas y restadas, y refinadas de diversas formas; y, sin embargo, esta constelación general sigue siendo familiar.

El psicofármaco, que ha traído tantos beneficios a nivel de recursos terapéuticos, es el mismo factor que ayuda a olvidar la dimensión de sujeto responsable que conlleva todo estado de sufrimiento neurótico o psicótico, bajo la forma de depresión o melancolía (Bertholet, 2006).

Continuando en esta misma línea de análisis, es preciso abordar ahora el DSM, manual diagnóstico, de la Asociación de Psiquiatría Americana, que aparece en 1994 con 350 trastornos diferentes. Se trata de trastornos, de diferente naturaleza, agrupados por

semejanzas en sus manifestaciones, sin considerar la clasificación que venía de la psiquiatría clásica y del psicoanálisis (neurosis, perversión y psicosis). "Pasa a ser una clínica de la clasificación, compatible con una clínica del medicamento, ubicándose adrede muy lejos de la dimensión de la palabra y del reconocimiento del sujeto". (Bertholet, 2006, p. 5) Este compendio plantea que el objetivo de las categorías, es servir como ayuda para el juicio clínico y procurar la especificidad en el diagnóstico, por ello las

categorías amplias de principios del siglo XX como depresión, esquizofrenia, neurosis ya no resultan adecuadas. La depresión no está ubicada dentro de los desórdenes afectivos, sino dentro del grupo de trastornos del estado de ánimo, donde se incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor (DSM IV, 1994).

En el trastorno depresivo, se observa que la característica esencial de éste, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. El nivel de gravedad indica el estado actual de la alteración: leve, moderado, grave, sin síntomas psicóticos, o grave con síntomas psicóticos. Si se presenta un episodio maníaco, mixto o hipomaniaco en el curso, se cambia el diagnóstico por trastorno bipolar (Ibid.).

Asimismo el trastorno distímico se presenta en estos manuales como otra posibilidad de la depresión, caracterizado por al menos dos años en los que ha habido más días con estados de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos:

Sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad. (DSM IV, 1994, p.354)

El trastorno depresivo está separado del trastorno bipolar, aunque hay una situación de puente entre ambos diagnósticos “en términos de sintomatología, historia familiar y genética” (DSM-V, 2013, p.123). En este sentido el trastorno bipolar se ubica dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y el trastorno depresivo dentro de los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Según el manual, el rasgo común entre estos diagnósticos está relacionado con la tristeza, irritabilidad, cambios somáticos, cognitivos y pérdida de la capacidad funcional del sujeto y se diferencian por la duración de los cuadros clínicos, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Si bien la depresión no es un concepto para el psicoanálisis, hay que tomar en cuenta que es un significante con el que se presentan muchos pacientes hoy en día, identificando tanto su ser como su malestar. (Bertholet, 2006, p. 6)

El término depresión no es propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico. El psiquiatra Adolf Meyer propuso en 1905 eliminar el término melancolía a favor del término depresión, que cubriría el amplio campo de la fenomenología; “proveniente del campo de la psiquiatría ha entrado en el discurso común para designar todo tipo de cosas” (Campanella, Nocera, 2018, p. 152).

Dentro de los síntomas que se pueden agrupar bajo este término se encuentra la tristeza, inhibición, desgano, abatimiento, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desesperanza, decepción, desamor. (Ibid.)

Desde el psicoanálisis no se considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, tampoco un episodio afectivo:

No ubicamos a la depresión como un „trastorno del estado de ánimo“, ni como un „episodio afectivo“, sino que volvemos a incluir al sujeto del inconsciente, al significante, tanto como a la sexualidad y al goce como las dos dimensiones a tomar en cuenta en toda depresión. (Bertholet, 2012, p. 89)

Hablar de depresión como un „trastorno del estado de ánimo“ implica ignorar la nosología psicoanalítica que diferencia entre neurosis, perversión y psicosis, con las consecuencias en el diagnóstico y en el tratamiento que tal decisión implica; quedándose sólo con la lectura de los signos sin considerar la función que cumplen en la estructura. (Ibid.). Se puede agregar que tampoco es considerada como una enfermedad ya que ello implica, en cierto modo, la ausencia de responsabilidad del sujeto:

Aquí se hace necesario subrayar la palabra enfermedad por lo que este concepto implica, esto es, por la ausencia de responsabilidad en el sujeto en aquello que le atormenta, así como por ausencia de cualquier vestigio de subjetividad en aquel mal que presenta. (López Herrero, Salvador y Pérez, 2003, p. 56)

Forma atenuada de la antigua melancolía, la depresión domina la subjetividad contemporánea, como la histeria reinaba en Viena a fines del siglo XIX. La depresión devino la epidemia psíquica de la sociedad a la vez que los tratamientos se multiplican para ofrecer a cada consumidor una solución. Hoy la histeria es, cada vez más, tratada como una depresión (Roudinesco, 2000).

A continuación se realiza un recorrido por los principales aportes de S. Freud al tema de la depresión, él desarrolló las particularidades de la melancolía (“término bajo el cual Freud incluía, por lo común, lo que ahora suele describirse como estados de depresión”. Freud, 1986a, p. 235), en *Duelo y Melancolía* (1986a)

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 en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (p. 237)

evidencia la falta del objeto amado y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras, siendo precisamente todo el trabajo del duelo el esfuerzo necesario para conseguir librarse de tan pesada carga y plegarse de esta manera al mandato de la realidad. Si el objeto ya no existe, el yo debería tratar de liberarse de todos los puntos de enlace con el objeto perdido. De esta manera, para Freud, el trabajo del duelo acaba con la aparición de la libertad del yo y la desaparición de toda inhibición. (Freud, 1986a)

En el contexto del duelo la causa de la pérdida es notoria, en cambio en el caso de la melancolía a veces no es tan fácil averiguar qué es lo que realmente se ha perdido o, incluso, lo que con el objeto perdido se ha llegado a perder, se trata de una pérdida de naturaleza más „ideal“. "De este modo nos veríamos impulsados a relacionar la melancolía con una pérdida de objeto sustraída a la conciencia, diferenciándose así del duelo, en el cual nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente" (Ob. cit., p. 238).

De acuerdo con Freud (1986a), el melancólico, muestra algo que falta en el duelo: "una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo" (Ob. cit., p. 237). Puede inferirse de los autorreproches y auto acusaciones una pérdida en el yo, más allá de la pérdida de objeto. Es de aquí que Freud comienza a indagar en la instancia crítica, que luego, unos años más adelante, llegará a formalizar como el superyó. Ante la pérdida de objeto, sucede en la melancolía, que no logra desplazarse la libido hacia un objeto nuevo, si no que ésta se retira sobre el yo, sirviendo así para establecer una identificación con el objeto resignado, "de esa manera, la pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación." (Ob. cit., p. 238)

Pero para que el proceso se desarrolle de tal manera tienen que haber existido ciertas condiciones previas:

Una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto (...) Esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades. La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en el sustituto de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no deba resignarse a pesar del conflicto con la persona amada. (Ibid.)

Siguiendo a Freud (1986a), otra característica de la melancolía es la preexistencia de una ambivalencia en el vínculo con ese objeto de amor perdido. Mientras 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.

Así, la investidura de amor del melancólico en relación con su objeto ha experimentado un destino doble; en una parte ha regresado a la identificación, pero, en otra parte, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto. (Ob. cit., p. 240)

Este conflicto de ambivalencia puede ser constitucional, es decir, inherente a todo vínculo de amor de este yo, o, por otro lado, puede ser que nazca de las vivencias que conllevan la amenaza de la pérdida del objeto.

## Consideraciones sobre la angustia en Freud

Se expone en el presente apartado un breve resumen sobre los descubrimientos y aportes que ha realizado Sigmund Freud a la problemática de la angustia, para examinar de qué modo se puede vincular ésta con el afecto deprimido.

S. Freud plantea, en diferentes momentos de su obra, lo que se interpretó por algunos de sus sucesores como tres teorías de la angustia. El desarrollo de nuevos conceptos psicoanalíticos a lo largo de años de trabajo lo llevaron a repensar y reformular la noción de angustia en diversas ocasiones. En sus primeros momentos, en un S. Freud aún neurólogo, se puede encontrar referencias a la angustia, en donde era considerada como la transmudación de la excitación sexual acumulada, no satisfecha; no le atribuía a su etiología un proceso psíquico, era algo simplemente biológico.

La tensión sexual física se convierte en angustia cuando es producida en abundancia, sin que la elaboración psíquica le permita convertirse en afecto, ya sea por insuficiente desarrollo de la sexualidad psíquica, por el intento de coartarla, por su descomposición o por una alienación habitual de la sexualidad física y psíquica. (Freud, 1986b, p. 234).

En *La sexualidad en la etiología de las neurosis* retoma la idea de que “la angustia es, en general, libido desviada de sus fines” (Freud, 1986c, p. 107) y explica la angustia en las neurosis por ciertas prácticas sexuales que no logran una satisfacción suficiente.

Luego en *Tres ensayos de una teoría sexual*, comienza a implicar procesos psicológicos en la causa de la angustia, la represión pasa a ser la causa necesaria para la transformación de la libido libre en angustia. (Freud, 1990). En *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, donde explica la fobia por el mecanismo de desplazamiento, deja de considerar la angustia como una simple energía libidinal para conceptualizarla como un afecto. “La angustia perdura, aun cuando el deseo pudiera ser satisfecho. No puede ser ya totalmente transformada en libido. Hay algo que la mantiene en la represión.” (Freud, 1986d, p.183).

En *La Angustia, 25° Conferencia de introducción al psicoanálisis*, define tres tipos de afectos: angustia, miedo y terror. Con esta diferenciación separa a la angustia de los otros afectos al establecer que la angustia es sin objeto. Conceptualiza a la angustia como señal de alarma, es decir, ante una situación considerada por el sujeto como peligrosa, se desencadena una señal de angustia para preparar la acción; la angustia neurótica respondería también a una situación de peligro, pero esta vez este es imperceptible, por lo que llega a la conclusión de que debe ser interno. Y destaca que el desarrollo de angustia se anuda estrechamente al sistema inconsciente. “Resulta, pues, que el estado de preparación ansiosa es útil y ventajoso mientras que el desarrollo de angustia se nos muestra siempre como perjudicial y contrario al fin” (Freud, 1986e, p.357). Es decir, la angustia real puede ser desglosada en dos aspectos: uno, preparación para el peligro y dos, un aspecto irracional, que es el desarrollo de angustia que paraliza.

En *Más allá del principio del placer* (1986f) encontramos una nueva función de la angustia que tiene que ver con su relación con el espanto, donde la angustia es una protección contra él y por ende, contra la neurosis traumática. Se entiende por esto que la angustia sirve para proteger al sujeto del espanto, aquello que se presenta de repente y no da lugar a la elaboración psíquica, lo que puede ocasionar una experiencia traumática.

S. Freud afirma al respecto que “la disposición a la angustia representa, con la sobrecarga de los sistemas receptores, la última línea de defensa de la protección contra las excitaciones” (1986f, p. 13).

En *El yo y el ello* (1986g) S. Freud considera las sujeciones a las que se ve sometido el Yo y las respectivas angustias. Tenemos un Yo enfrentado a tres peligros: la libido, el mundo exterior y el Superyó.

11

Amenazado por tres distintos peligros, desarrolla el yo el reflejo de fuga, retirando su carga propia de la percepción amenazadora o del proceso desarrollado en el Ello considerado peligroso y emitiéndola en calidad de angustia. Ignoramos qué es lo que el Yo teme del mundo exterior y de la libido del Ello. Sólo sabemos que es el sojuzgamiento o la destrucción, pero no podemos precisarlo analíticamente. (Freud, 1986g, p. 19).

Años después en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1986h) conceptualiza a la angustia como señal de alarma ante un peligro externo o interno, pero que el yo siente y percibe siempre como externo. Da un giro completo a sus concepciones puesto que ya no es la represión quien produce la angustia sino la angustia quien causa la represión.

Hay casos que presentan contaminados los caracteres de la angustia realista y de la neurótica. El peligro es notorio y real, pero la angustia ante él es desmedida (...) En este plus se delata el elemento neurótico. El análisis muestra que al peligro realista notorio se anuda un peligro pulsional no discernido. Ese peligro pulsional agregado, quizá sea una exigencia pulsional masoquista, es decir la pulsión de destrucción vuelta hacia la propia persona. Por eso el yo responde en forma desmedida, aterrado ante la posibilidad de que tal moción halle una satisfacción. (p. 155)

Para ese entonces ya había elaborado los conceptos de principio de placer y displacer así como las nociones de pulsión de vida y de muerte, el segundo esquema del aparato psíquico: Ello, Yo y Superyó, y los nuevos hallazgos a propósito de la sexualidad infantil, nociones que le permiten establecer las bases para avanzar con su teoría de la angustia. Señala al Yo como el almacigo de la angustia, esta es una definición fundamental porque ya no se trata de que la libido reprimida se descarga como angustia sino de que la angustia parte del Yo:

Se tiene el derecho a retener la idea de que el yo es el genuino almacigo de la angustia y a rechazar la concepción anterior, según la cual la energía de investidura de la moción reprimida se mudaba automáticamente en angustia (Freud, 1986h, p. 89).

En esta época Freud define al Yo como la parte organizada del Ello, quien percibe los estímulos internos y externos, un Yo que advierte del peligro justamente generando angustia. Designa a la angustia de castración como el motor de la represión.

En las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis: La angustia y la vida pulsional* (1986i) formula la hipótesis del factor traumático y hace la más acabada exposición de sus teorías sobre la angustia. Señala al nacimiento como el suceso que deja tras de sí como huella afectiva las influencias propias de la angustia sobre la actividad cardíaca y la respiración. Todas las condiciones de angustia repiten en el fondo la situación de la primitiva angustia del nacimiento. Luego diferencia entre la angustia real, ante un daño temido del exterior, y la angustia neurótica, enigmática e inadecuada, que observaba en tres circunstancias: como angustia flotante o expectante (neurosis de angustia), como vinculada fijamente a determinadas representaciones (fobias), o

acompañando a los síntomas como acceso o estado más duradero (histeria y otras neurosis). Presenta al síntoma como creado para evitar el acceso del estado de angustia.

Diferencia tres clases de angustia, ya no solo dos: la real articulada al Yo; la neurótica, vinculada al ello; y la de la conciencia moral, en referencia al superyó. Y coloca a la angustia neurótica como una angustia real ante un peligro externo, es decir, ese peligro interno, el sucumbir al deseo libidinal, conllevaría un peligro externo, la castración en los varones y la pérdida del amor en las mujeres (Freud, 1986i) “La exigencia pulsional no es un peligro en sí misma; lo es sólo porque conlleva un auténtico peligro exterior, el de la castración. Por tanto, en la fobia, en el fondo sólo se ha sustituido un peligro exterior por otro” (Freud, 1986i, p. 110).

12

Ya en el caso clínico de *Juanito* y el de *El hombre de los Lobos* afirmaba que la causa de la represión debe buscarse en la angustia de castración “en ambos casos, el motor de la represión es la angustia frente a la castración; los contenidos angustiantes – ser mordido por el caballo y ser devorado por el lobo – son sustitutos desfigurados del contenido” (Freud, 1986d, p.103). La angustia tiene ahora la función de señal preventiva encaminada a evitar la situación de peligro. No es más la respuesta automática frente a un peligro, como lo pensó en 1918. En las tres circunstancias en que la angustia emerge en las neurosis, la libido es el eje común; en las tres su monto resulta inutilizable.

El Yo, que ha vivido pasivamente el trauma, repite ahora de manera activa una producción de éste con la esperanza de poder guiar de una manera autónoma su curso en el tiempo. Dada la señal, la reacción restante puede adaptarse a la nueva situación de peligro, o bien predomina lo antiguo y toda la reacción se agota en el desarrollo de angustia, haciéndose entonces paralizante e inadecuado al presentarse el estado afectivo. Solo las represiones secundarias muestran este mecanismo, en el que la angustia es despertada como señal de una situación de peligro anterior; las represiones primarias y más tempranas nacen directamente de instantes traumáticos, en el choque del Yo con una exigencia libidinosa de primera magnitud y producen angustia. Así se presenta un doble origen de la angustia: uno del instante traumático, y otro, como señal de que amenaza la repetición de tal instante (Freud, 1986i).

La cuestión del objeto que causa la angustia, cuestión que atraviesa la obra freudiana, se plantea en 1932 como la aparición de un instante traumático que no puede ser tratado según las normas del principio del placer, esto sería lo temido, el objeto de la angustia, tal como sucede en el nacimiento. Solo la magnitud del momento de excitación hace de una impresión un instante traumático. (Freud, 1986i). Si en 1924 lo que inspira el temor en la angustia neurótica es la libido, en 1932 el objeto de la angustia no es la libido en sí misma, sino la irrupción de un instante traumático que no puede ser tramitado con las coordenadas del principio del placer. El objeto de la angustia neurótica surge ahora desde fuera (Gómez, 2010).

## La angustia, señal de lo real

La tristeza es una falla moral, como se expresaba Dante, incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que no cae en última instancia más que del pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura. (Lacan, 2012, p. 107)

Siguiendo las enseñanzas de J. Lacan se puede pensar la posición ética del sujeto, en relación a la depresión ¿esta respondería a una falla o cobardía moral, y a su relación con el goce? La depresión no se presenta como síntoma, sino que es el efecto de una traición del sujeto a sí mismo. Se trata de una falta del bien decir, un desfallecimiento del lenguaje, una falta moral y su consecuente culpabilidad (Bertholet, 2006). El bien-decir se trata de aquel decir que le permite al sujeto reconocerse en su inconsciente, en la estructura, reconocer que allí donde se renuncia al goce, se es alcanzado de todos modos por un goce más allá del bienestar, como es el goce de la inhibición, de la tristeza, de la depresión.

No hay otra ética en el psicoanálisis que la del deseo. En este sentido de lo que se trata es de considerar a la tristeza no como un pecado al modo de cargar el peso a espaldas del sujeto, sino como una cobardía o una falla moral, consecuencia de haber cedido sobre el deseo de saber, una traición del sujeto a sí mismo, por no reconocerse en el inconsciente, cuando de neurosis se trata. El afinamiento del sujeto en su lamento depresivo y la indiferencia ante los síntomas en los que podría implicarse como sujeto, manifiestan un cierre al saber. “La cobardía consiste en ceder sobre el deseo de saber; de saber, no cualquier cosa, sino precisamente lo que la ciencia forcluye, o sea el inconsciente que determina al sujeto” (Campanella, Nocera, 2018, p. 153).

J. Lacan dedica un año entero de sus enseñanzas a abordar la temática de la

angustia, en su décimo seminario. Allí expresó que la angustia está justamente en la lógica de la relación que el analista tiene con el paciente, por eso no es un tema menor, todo lo contrario, “sentir la angustia que el sujeto puede soportar los pone en todo momento a prueba” (Lacan, 2006, p. 13). Se propone abordar el tema yendo de la experiencia de la angustia, al campo doctrinal. Ese orden doctrinal tiene que ver con definir a la angustia como un afecto, un afecto es aquello que escapa a la represión, los que sí están reprimidos son los significantes que la amarran. No hay angustia sin la red discursiva que intenta cercarla.

La angustia, es esencial en la experiencia analítica porque es la vía por la que el sujeto puede aprehender algo sobre su ser y sobre su deseo. Sin la angustia nada sabríamos ni sobre el deseo ni sobre el goce. Hay angustias referidas al deseo y angustias referidas al goce. Deseo y goce no son lo mismo, el deseo es siempre deseo del Otro, mientras que el goce es del propio cuerpo. (Fuentes, 2016, p. 3)

Es a partir del afecto de angustia que comienza un análisis porque es allí donde puede pesquisar el encuentro con un vacío, con un real, y es en ese vacío donde deberá nacer el deseo. Siguiendo a J. Lacan, detrás de la angustia está la pulsión que quiere satisfacerse como una voluntad de goce que no puede ser frenada por el principio del placer ni la homeostasis.

En la angustia el sujeto se confronta con lo real, registro en el que soporta la clínica de la angustia. Lacan ubica la función de la angustia entre lo real opaco del goce y la dimensión del significante simbólico. La angustia traduce la señal de la confrontación del sujeto con lo real del goce (Portillo, 2004, p. 4)

El sujeto al verse confrontado con lo real se sume en este estado de angustia y si no puede actuar al respecto, si no puede montar otra respuesta más que la depresión es

14

porque no logra acceder a los significantes provenientes del Otro, al sentido que pudiera obtener de ellos para pasar al dicho.

El despoblamiento simbólico, efecto de un real insoportable -frente al que el sujeto no pudo responder ni con la seguridad fantasmática ni con un síntoma-, lleva a la tristeza y a su vertiente de goce superyoico. La desestabilización de los significantes en el Otro facilita que la voz superyoica haga de las suyas, ordenándole gozar sin conexión con su bienestar. Satisfacción mortífera de la pulsión que se hace presente en ocasión de la vacilación fantasmática, cuando tal vacilación del fantasma afecta el brillo narcisista y el goce fálico del sujeto. (Bertholet, 2012, p. 90)

Con relación a los afectos, se sostiene que siempre son engañosos. La represión implica una ruptura en el lazo de una representación con un afecto, para luego producirse un falso enlace. Tanto para J. Lacan como para S. Freud el único afecto que no engaña es la angustia porque justamente es el único afecto que no se liga con una representación.

La angustia es la sensación de todo ser hablante ante un llamado de lo real, frente al cual aún no se decide a actuar. La angustia lo interpela en su esencia de ser capaz de elegir, le presenta opciones tales como huir, afrontar o simplemente quedarse quieto. La señal de angustia lo convoca a actuar. (Lombardi, 2011, p. 6)

Es en el actuar donde el sujeto logra implicarse como tal, el acto es lo contrario a

la duda, la cual paraliza, y es esta parálisis lo que puede verse en los llamados depresivos, es este „no acto” lo que los caracteriza.

Desde los denominados ataques de pánico hasta los fenómenos imaginarios de despersonalización pueden ser pensados, según J. Farré, a partir de las ideas lacanianas como formas de encuadrar la angustia. Se puede pensar en este orden a las depresiones, donde el sujeto queda reducido a un puro resto. Se presenta en los sujetos como un desconocimiento de lo que quieren, desmotivación abrumadora, ausencia de proyectos identificatorios que los represente, que los nombre (Farré, 2016).

Si la angustia es lo que no engaña, la traducción en el sujeto de una presencia inminente del Otro, la falta de la falta, será tarea del psicoanálisis atravesarla para que se filtre una hiancia en la que el sujeto, no solo pueda advenir sino fundamentalmente pueda desear. Hacer pasar esa angustia subjetiva por el marco del significante, es para J. Farré (2016), la orientación lacaniana basal que se recorta en el fondo del *Seminario X*, es una invitación al sujeto a develar y revelar las formas en que éste se convoca a si mismo bajo la máscara del pequeño otro. Máscara de desconocimiento inicial pero que sí es visible para el gran Otro. Opacidad de goce que puede recibir alguna luz vía el significante, siempre y cuando haya alguien dispuesto a escuchar.

## Respuestas del sujeto ante la angustia

Si la relación del deseo con el objeto no fuera problemática no habría tema para tratar en el análisis. Los hombres, como los animales, se dirigirían a su objeto, y no le darían rodeos a este, es decir, el hombre goza de desear, de ahí la necesidad de mantener el deseo insatisfecho. (Lacan, 2014. p. 337)

Siguiendo a S. Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1986) se puede inferir que el punto de partida de la depresión es la inhibición representada en un límite funcional del Yo, un empobrecimiento de éste, del mismo modo que cuando tramita un duelo. S. Freud plantea que tal limitación funcional del Yo se da para evitar la emergencia de angustia, ya que llevar adelante una acción que está ligada a una representación inconsciente inconciliable para el yo llevaría sin dudas a sentir angustia.

Guy Trobas (2003) toma especialmente esta perspectiva freudiana. Partiendo de la observación del declive del agente de la castración en nuestra sociedad actual donde la ley paterna no se instaura con la fuerza que lo hacía en la época victoriana de S. Freud por ejemplo, G. Trobas plantea que esto altera la angustia de castración que lleva a la represión, que es el mecanismo más eficaz en el tratamiento de la angustia. La represión elabora, transforma y baja el nivel de la angustia. En este sentido, en esta sociedad sin límites marcados, las patologías no tendrían síntomas, es decir, tomando al síntoma

como el resultado de la represión y el retorno de lo reprimido. Al no mediar el procedimiento de la represión, estos síntomas modernos, tienen en su mayoría una relación íntima con la angustia, vienen a ser una descarga de la misma. G. Trobas define a la depresión como más allá de la angustia, cuando el sujeto no logra resolverla y solo quiere protegerse de ella. Solo protegerse de ella, remite a la cobardía moral de la que habla Lacan. (Trobas, 2003)

La depresión efectivamente vendría a ser una respuesta subjetiva ante el encuentro con aquel real insoportable frente al cual el sujeto busca sustraerse, por lo que termina por ceder en su deseo, dejando de lado lo simbólico. Es por esto que parece justificado el poder entender a la depresión como una inhibición, el sujeto se encuentra inhibido tanto en sus funciones yoicas como en su implicancia subjetiva con el deseo. La depresión al igual que la inhibición está desconectada del inconsciente, en esto se diferencian del síntoma, se puede decir, siguiendo a S. Freud (2006) que el síntoma es una formación inconsciente que tuvo lugar a partir de la represión. Vemos que en la depresión, así como en la inhibición, no participa el mecanismo de la represión. Lo que lleva a pensar que el síntoma se presta a la interpretación, porque está atravesado por lo simbólico, se lo puede leer. Contrariamente, la depresión no se presta a una lectura simbólica, ya que en ella no ha habido un trabajo del inconsciente, sino que sucede algo del orden de la eyección, un escape, del cual se retornará por medio de la palabra y la simbolización de la angustia.

## **Depresión, entre el deseo y el goce**

Desde el psicoanálisis se considera al sujeto siempre preso entre lo simbólico (el significante, el pensamiento) y lo real, lo que efectivamente no puede ser nombrado, aquello que Lacan llama el objeto a, el goce, etc. Así, el sujeto se encuentra dividido entre dos polos: entre lo simbólico, es decir el lenguaje que le es legado, y lo que no consigue ser nombrado. El sujeto se deprime cuando predomina lo que no se puede pensar ni ser representado, produciendo en él una inhibición de lo que antes podía hacer. (Skriabine, 2006)

La depresión aparece cuando fracasa la estrategia del sujeto en relación al Otro. De aquí se desprende que se puede esperar una distinta manifestación de la depresión en diferentes sujetos, de allí que se hable en psicoanálisis de „depresiones“ en lugar de depresión en singular. (Ibid.)

La interpretación de Lacan sobre la depresión está, tanto en el eje de la posición ética del sujeto, como en el eje de su relación con el goce, esto es, con esa satisfacción que atenta contra la vida. (López Herrero, Salvador y Pérez, 2003).

Lacan sostiene que mal se califica a la tristeza de depresión cuando la tristeza es una “cobardía moral”, traición a sí mismo, por no reconocerse

en el inconsciente. Tristeza, consecuencia de no-querer saber, del horror a la verdad. (Bertholet, 2012, p. 89)

Es en la falta de palabras, mejor dicho, de significantes, donde la depresión encuentra su existencia. El sujeto encuentra siempre razones para explicar sus variaciones de humor, efecto de un encuentro que es siempre el encuentro con la falta, de donde surge un agudo sentimiento de impotencia. Ante la impotencia, el sujeto no encuentra muchas veces otra salida que la de hacer algo. La imposibilidad de la palabra se acompaña del imperativo de hacer. La vivencia depresiva es lo que se manifiesta precisamente en la falla del síntoma. El rechazo del deseo y el no querer saber nada sobre su inconsciente es la clave de la posición subjetiva del deprimido. (Skriabine, 2006)

La depresión es uno de los recursos empleados por el sujeto para no afrontar el riesgo del deseo.

El deseo inconsciente, motor de la vida psíquica, imprime su huella en cada uno de nuestros actos y elecciones. Si bien es cierto que todo sujeto se encuentra en cierta medida dividido respecto a su deseo, el ser incapaz de reconocerlo de manera directa o el no poder apropiarse de él tiene un efecto. Ciertamente, la relación del ser hablante con su deseo es siempre conflictiva. (Skriabine, 2006, p. 5)

Es decir, la depresión es un modo de renuncia frente al deseo y un no querer hacerse cargo del conflicto que implica. Por ello, Lacan supone que se trata de una cierta cobardía moral que se expresa en la falta de entereza del sujeto para enfrentar la vida, se trata de una falta simbólica, de una renuncia del sujeto que cede en su deseo frente al goce, que deja lo simbólico para dejarse llevar al goce, y esto lo afecta bajo el modo depresivo. Cuando el sujeto cede en su deseo por el goce, se deprime; es la depresión estructural de la neurosis, versión de la cobardía moral. (Ibid.)

Lacan en *Televisión* (2012) expresa que el sujeto es feliz, es feliz en todas las modalidades de su encuentro con el objeto, ya sea bajo el signo de la angustia o de la tristeza, porque este objeto no es otro sino el objeto perdido que busca reencontrar en la repetición. El afecto depresivo es una de las modalidades de cierto encuentro con el objeto, y por consiguiente, con el modo de goce. Es como una alternativa frente a la angustia, que se presenta la depresión. Como en la angustia, no es la falta del objeto, sino su presencia inminente que alcanza y afecta al sujeto.

17

## **Aportes contemporáneos a la etiología de la depresión**

Este apartado corresponde a una recapitulación de la conferencia brindada por Juan David Nasio, reconocido psicoanalista rosarino, en 2017, en la ciudad de Buenos Aires, titulada *¿Cómo actuar con un paciente depresivo?*

Allí diferenciaba a una persona triste de una deprimida y describía a la depresión como un trastorno del humor manifestado por una tristeza ocasionada por un choque, identificable o no. Esta afección conlleva un desarreglo neuroquímico, pudiendo ser causa o efecto del mismo, el cual desaparece por la toma de antidepresivos y por análisis. Continúa su desarrollo exponiendo dos puntos de vista, diferentes pero complementarios.

El punto de vista descriptivo ve a la depresión como un síndrome, un conjunto de síntomas observables, sin tener en cuenta las causas y el punto de vista analítico, donde se toma en cuenta las causas inconscientes.

J.D. Nasio (2017) sostiene que la depresión no es una afección en sí misma, sino un efecto de otra afección, y ésta es ni más ni menos que la neurosis, de modo que la depresión aparece cuando la neurosis se descompensa. Hace referencia con esto a los episodios depresivos agudos, que tienen una duración de aproximadamente seis meses y luego sucumben a una resolución espontánea, si no pasan a una depresión psicótica, para esto es muy importante que el paciente sea tratado por un psiquiatra que lo medique adecuadamente con antidepresivos y al mismo tiempo por un analista. Por otro lado están las depresiones crónicas, que pueden ser psicóticas, tratándose de una melancolía o una psicosis bipolar.

El punto de vista descriptivo considera como característico de la depresión síntomas como tristeza. Se trata de una tristeza diferente a la que hemos experimentado todos. Es una tristeza depresiva, insidiosa, que penetra al ser. Tristeza nerviosa, atormentada, colérica; la persona siente ira contra sí mismo, rencor contra otro. Esta tristeza dura mucho en el tiempo, impide la acción, y a veces puede aparecer bajo la máscara de dolores corporales.

Otro de los síntomas es la autocrítica, la cual refiere a un repliegue autocrítico obsesivo. El sujeto se culpabiliza, pero obtiene de esto un goce. Se trata de un „masoquismo moral“, desde la teoría freudiana.

Entre otros síntomas también se encuentran el cansancio, enlentecimiento global, trastorno cognitivo, ideas suicidas ya sean fugaces o elaboradas, trastorno del apetito y del sueño.

J.D. Nasio (2017) engloba todos estos síntomas en el encerrarse en sí mismo del depresivo y autocriticarse. El depresivo es altamente narcisista, lo cual le permite preservar el Yo, su unidad, evitándole llegar a una psicosis a causa de un Yo quebrado.

Desde el punto de vista analítico J.D. Nasio (2017) describe al depresivo como aquel que llega a terapia por motivo de un desencanto, un despecho. Y afirma que la neurosis es la causa de la depresión, como la causa interna. Por otro lado están las causas externas, ambas indisociables, que suelen ser localizables. La causa interna, latente, es difícil de localizar, es un estado neurótico presente en los sujetos que tienen una fragilidad específica ante las pérdidas, las separaciones. Estos viven la pérdida como algo inadmisibles, algo de lo más injusto, pérdida ocasionada por un objeto de amor al cual se estaba fuertemente apegado, pérdida vital. Puede tratarse de la pérdida de una persona, de un ideal, del trabajo, de una casa, de la juventud, de la salud, del amor, etc., lo que caracteriza a esta pérdida es que era impensable para el sujeto. Entonces en las causas internas se debe buscar un apego anterior, enfermizo; vivir la pérdida como injusta y sufrir un doloroso desgarro.

Vincula en este punto la depresión a una vulnerabilidad a la privación y a la frustración, siguiendo a J. Lacan puede hablarse de la privación en relación a una falta en

18

lo real de un objeto simbólico. J.D. Nasio (2017) lo interpreta en este sentido como una falta para el sujeto de un objeto que es parte integrante, indispensable, de un todo simbólico, el depresivo siente la pérdida de su objeto de amor como una privación, como la falta de algo que „debe“ estar, como si se le amputara una parte del cuerpo. En cuanto a la frustración, falta imaginaria de un objeto real, viene a ser la falta de un objeto esperado, deseado, con la certeza de que se obtendría, „el otro no puede no dármele, me lo debe“, al desaparecer el objeto de amor desaparece la promesa.

Mientras más enfermizo sea el apego que se tenía al objeto perdido, más desgarradora será la privación y la frustración. Es en relación a esto que diferencia la dependencia patológica, de la dependencia sana, con la cual está totalmente a favor, ésta es cuando uno ama su ideal del yo, al mismo tiempo que se tiene cierta dependencia del objeto de amor. En la dependencia patológica hay por parte del sujeto, (posible futuro depresivo), un narcisismo exacerbado, un amor de sí sobreidealizado, una hiperidealización; se ama en aquel que quiere ser, pero para que eso se mantenga tiene

que estar fusionado a un ser amado que sostenga y apoye esta ilusión. J.D. Nasio (2017) describe al neurótico como un adicto a la ilusión, y su objeto de amor es su *dealer*. Esta es una ilusión infantil, de omnipotencia, el neurótico necesita „esperar“ que se cumpla esa promesa, y que nunca se cumpla para poder seguir esperando. Al perder a su objeto de amor pierde la ilusión de sí mismo.

En la depresión J.D. Nasio pone énfasis más allá de la tristeza por la pérdida, sostiene que hay un traumatismo originario, causa de la neurosis, por una pérdida primaria, y esta pérdida secundaria es vivida como una privación que actualiza a la primera y desestabiliza la neurosis. El depresivo desconoce la causa de su tristeza, la cual es la pérdida de su yo hiperidealizado. Frente a un depresivo J.D.Nasio (2017) propone no quedarse en la tristeza de hoy, si no ir en busca de la angustia de ayer.

Entonces en el tratamiento de una depresión el analista debería cumplir tres misiones: la primera concerniente a la agresividad, mostrarle al paciente el origen de su agresividad; en segundo lugar, mostrarle su narcisismo negativo y corregir su yo endurecido, curtido por el amor hipertrofiado de sí mismo; y por último, mostrarle al paciente el carácter obsesivo y compulsivo de su pensamiento, la hiperactividad del pensamiento es una defensa del sujeto contra su agresividad (Nasio, J.D. 2017).

## **La función del analista en el tratamiento de la depresión**

La depresión encuentra el valor antidepresivo del psicoanálisis en el momento en que un sujeto puede empezar a hablar, empieza a generar algo que concierne al deseo, sostenido por el objeto analista. (Campanella, Nocera, 2018, p. 154)

La tendencia de muchas prácticas psi en la actualidad es tratar de huir de la angustia, del pensamiento, de la posibilidad de ser. Por el contrario, partiendo del reconocimiento de una falta constitutiva de todo sujeto, se puede pensar que es ahí

donde comienza a asomarse una práctica clínica psicoanalítica, una práctica donde haya una posibilidad de hacer con el deseo inconsciente. Lo que surge del vacío es lo que va a dar marco a la angustia, y la clínica psicoanalítica se inscribe en ese lugar (Campanella, Nocera, 2018).

En el psicoanálisis no hay síntoma que no sea nuevo, único e irrepetible en el nivel de la articulación singular que el sujeto hace entre significante y goce. El psicoanálisis, en contra de la demanda actual de recibir soluciones generalizables y rápidas, busca la solución en el uno por uno, se centra en lo que de la condición de goce sintomático hace a lo singular de cada sujeto.

Es esencial tener en claro qué función cumplen los fenómenos depresivos en el sujeto, antes de precipitarse -con un siempre inconveniente „furor curandi“- a aliviar de la depresión al paciente, ya que la depresión puede cumplir una función de suplencia en una psicosis, o ser la única respuesta posible en una neurosis frente a la angustia o al trauma, hasta tanto esté el sujeto con posibilidades de construir otra respuesta más digna como consecuencia de su experiencia de análisis. (Bertholet, 2006, p. 6)

En la actual sociedad, cada vez más „depresiva“, el conflicto neurótico es tratado como una depresión, en donde no parece depender de ninguna causalidad psíquica que provenga del inconsciente, y sin embargo, el inconsciente resurge a través del cuerpo, oponiendo una fuerte resistencia a las disciplinas y a las prácticas destinadas a eliminarlo (Roudinesco, 2000).

Siguiendo a las autoras de *La depresión, una coartada*, se puede decir que el psicoanálisis toma al afecto por el dicho y lo invita a pasar al decir, pero ésa no es la tendencia natural del afecto, que más bien es pasar a la mostración. Los elementos depresivos hacen obstáculo al inconsciente, y a una exigencia ética, la de bien decir. La depresión se sitúa por entero en la falla de bien decir. Por lo tanto es en la falta de palabras donde la depresión encuentra su existencia. Se trata de una suspensión de la causa del deseo, que causa el movimiento del sujeto. Lo que mueve a un sujeto hay que ubicarlo al nivel del deseo. Esta suspensión del deseo produce un cierto abandono del sujeto, de sus actividades, de sus intereses, pero también abandono con respecto al decir. (Campanella, Nocera, 2018)

Hay casos resistentes al psicoanálisis, que plantean incluso un difícil diagnóstico por el rechazo del inconsciente y la inercia del estado depresivo, sin que el sujeto sitúe otra cosa que la identificación que ha perdido. Son sujetos que se limitan a desgranar los afectos que muestran la naturaleza de su lamento depresivo: abatimiento, vacío de sentido, peso del cuerpo, dolor congelado. (Ob. Cit., p. 154)

Estos pacientes dan testimonio de lo que es para ellos imposible de soportar, pero ese imposible de soportar no se sitúa en las coordenadas significantes, esperan la curación como una restitución integral de su estado anterior.

20

La extinción del deseo confronta al sujeto con el peso de un goce que hace de sus días un idéntico suceder... se muestra la miseria que acompaña el vacío que es el sujeto. Esto no abre ningún espacio para la cuestión del deseo. (Ibid.)

La depresión exime al sujeto de hacerse cargo de la cuestión de su deseo propio. En estos sujetos 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. Hacen de su constante tristeza sufriente su objeto, el objeto que colma su división. Es cuando el sujeto

logra desprenderse de su goce, no sin angustia, que entra en el terreno enigmático del Otro. Detrás de la depresión se esconde la voluntad de ser sin saber de la falta, sin pasar por la castración que da cuenta de la falta en el Otro (Ibid.). En estos sujetos:

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. No soportan haber perdido lo que han perdido, sin pagar el precio. No dan nada, se quedan afincados en su no al Otro, en un goce que los arruina. (Campanella, Nocera, 2018, p. 156)

Entonces, la función del analista, no será la de „desangustiar“ como lo proponen otras prácticas ofreciendo el alivio instantáneo, ya que justamente, el sujeto en análisis surge de la angustia. Por lo tanto, la función del analista, será la de inventar en cada caso las condiciones para un análisis posible, apostando a la implicación del sujeto en sus dichos, alojando al sujeto con eso que trae, intentando incluir para el sujeto un sentido en su síntoma, allí donde parece no haberlo, posibilitando así la emergencia del sujeto a partir de un acto transformador (Laurent, 2016).

No se trata de buscar con el sujeto la recomposición de un estado anterior, sino por el contrario, la emergencia de un estado inédito, como lo expresan Campanella y Nocera (2018), producir algo que lleve al sujeto a enfrentar la fuente de su sufrimiento de una manera más digna. Y sostienen que “no basta el horror del goce que acompaña al sujeto ni la angustia para entrar en análisis. Hace falta la respuesta de un sujeto” (p.138). Es necesario que el sujeto pueda hacer otra cosa con su sufrimiento. Estas maneras de no querer saber tienen diversos costos para un sujeto. Encuentran en el discurso del capitalismo un empuje al no saber, el psicoanálisis justamente va en contra de esto, busca abrir camino al saber del inconsciente.

Ya sea al principio o durante el desarrollo de la cura, el tratamiento psicoanalítico busca situar al sujeto frente a su deseo y su goce, permitiéndole ver que allí donde él se queja de un destino injusto, lo que hay son las consecuencias de sus propias elecciones.

Una vez localizada cierta modalidad de goce e indicadas las vías por las que sus consecuencias se imponen para el sujeto, le queda la posibilidad de hacerse responsable de él. Se abre así como opción el relanzamiento del deseo y la renuncia a algo del goce cuyo precio mortificante ha podido vislumbrar gracias a la intervención del analista. (Berenguer, 2006, p. 4)

Al dejar caer su deseo se encuentra con su goce, ante el cual permanece por ello en una posición de profundo estancamiento, y particularmente alejado de los recursos simbólicos que permitían subjetivarlo. Es decir, sus palabras se reducen a una queja sin fin, en la que no hay elaboración alguna. (Ibid.)

Este horizonte de palabra vacía de la queja, paradójicamente, es un terreno sobre el cual la intervención del analista, si encuentra como apoyo un significante del sujeto que puede aludir certeramente, aunque no menos de lado, al goce fantasmático que está en juego, puede tener efectos importantes. (Ibid.)

Freud hacia el final de su obra diferencia entre un sujeto analizado y uno no analizado, no es la vuelta a un estado anterior sino la producción de un estado inédito en el sujeto lo que los diferencia. Producir algo que lo lleve a enfrentar la fuente de su sufrimiento de una manera más digna. Afirma, a su vez, que la eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta principal, sino que se obtiene como una ganancia colateral. El valor ético de un psicoanálisis no se reduce a un efecto terapéutico, el cual sin embargo está incluido. El analista tampoco busca modificar de cierto modo al analizado sino que promueve que éste tome iniciativa propia, que se repositone frente a

su deseo (Godoy, 2006).

El valor del psicoanálisis frente a la depresión y el extravío de nuestro tiempo es que nos conduce a otra relación con el saber a través del inconsciente, a una alegría –que sin desconocer lo real que nos concierne– nos permite construir una respuesta particular que nos separa de la miseria. (Godoy, 2006, p. 4)

## **Conclusiones**

De los escritos de Freud puede extraerse la idea de que la depresión, si bien puede presentarse en cualquiera de las tres estructuras, depende para esto de ciertas condiciones necesarias. Debe preexistir en el sujeto una modalidad de elección de objeto narcisista, es decir, que la elección se haya realizado en base a una identificación narcisista implicando de ese modo que, ante la pérdida del objeto, la libido pueda

replegarse nuevamente en el yo; una fuerte fijación en el objeto de amor y, por otro lado y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto; una ambivalencia en el vínculo con ese objeto de amor perdido; y por último, una tensión particular entre el Yo y el Ideal del yo.

Es a partir de la pérdida de objeto que se puede manifestar una respuesta depresiva de parte del sujeto. En S. Freud, se puede encontrar esta pérdida de un objeto de naturaleza más „ideal“ que real, es decir, el depresivo puede a veces identificar el objeto perdido, pero no sabe verdaderamente qué es lo que en ese objeto perdió. Siguiendo a J. Lacan también se encuentra en la base de la depresión la pérdida de un objeto, aquel objeto perdido, causa de deseo, pero en este caso es la imposibilidad del sujeto de desprenderse de ese objeto a, lo que causa la depresión, el sujeto cede en su deseo y queda absorto en el goce.

En cuanto a la función del analista, en un tratamiento psicoanalítico, la depresión debe abordarse a través de los dichos de un sujeto, se trata de ubicar ese fenómeno en la estructura y en la particularidad de ese sujeto. No se reduce a un mero problema del humor o de lo afectivo, porque remite a otra cosa, y para ser despejada, es necesario que el sujeto hable. En el momento en que un sujeto puede empezar a hablar de aquello que le ocurre, empieza a generar algo que concierne al deseo, empieza a generar un movimiento en esa dirección, sostenido por el objeto analista.

El psicoanálisis es un dispositivo que aborda al sujeto a través de la palabra bajo transferencia, introduce cierta interrogación en torno al deseo, concierne al sujeto en su particularidad, ya no en una perspectiva universalista. Hay en juego algo que debe ser dicho de su relación al goce y el deseo.

Debido a esto Lacan plantea que la ética del psicoanálisis es una ética del bien decir, que lleva al sujeto a situarse en la estructura, a reencontrarse en el inconsciente.

## **Listado de referencias bibliográficas**

Berenguer, E. (2006). Depresión y rectificación subjetiva: efectos terapéuticos, ¿rápidos o breves? Revista Virtualia, N° 14. Dossier depresión. Recuperado de:

Bertholet, R. (2006). Las depresiones (Año 1, núm. 1, Junio). Ed. Universidad de Rosario.

Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis (IV congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XIX jornadas de Investigación, VIII encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR). Ed. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Campanella, M. G., Nocera, C. M. (2018). La depresión, una coartada. (X congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, XXV jornadas de investigación, XIV encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR). Ed. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Freud, S. (1986a). Duelo y melancolía. En *Obras completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986b). Manuscrito E: ¿Cómo se genera la angustia?. En *Obras completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986c). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras completas. Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986d). Análisis de la fobia de un niño de 5 años. En *Obras completas. Tomo X*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986e). La Angustia. 25° Conferencia de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas. Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986f). Más allá del principio de placer. En *Obras completas. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986g). El yo y el ello. En *Obras completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986h). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1986i). Angustia y vida pulsional. 32° Nueva conferencia de introducción al psicoanálisis. En *Obras completas. Tomo XXII*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1990). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras completas*.

Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu

Godoy, C. (2006). Tristeza y depresión. Revista Virtualia

Lacan, J., (2006). *El Seminario. Libro 10: La angustia*. Buenos Aires:

Paidós Lacan, J. (2012). Televisión. En *Otros Escritos*. Buenos Aires:

Paidós

Lacan, J. (2014). *El Seminario. Libro 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós

Laurent, E. (2016) *El cuerpo hablante, el inconsciente y las marcas de nuestras experiencias de goce*. Entrevista con Eric Laurent, por Marcos André Vieira. Recuperado de <http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/>

López Herrero, Luis-Salvador, & Pérez, A. (2003). La cara oculta de la tristeza. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 53-65.

Nasio, J.D. (2017). ¿Cómo actuar con un paciente depresivo? En conferencia Palais Rouge, Paidós. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>

Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires, ed. Paidós.

Skriabine, P. (2006). La depresión, ¿felicidad del sujeto? *Revista Virtualia*, N° 14 enero/febrero. Dossier depresión. Recuperado de: <http://www.eol.org.ar/virtualia/>