



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

LA DEPRESIÓN. CRÍTICA DE UNA NOCIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS

Carmen Sofía Jiménez Sánchez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas
Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura
Maestría en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura
Bogotá, Colombia
2014

LA DEPRESIÓN. CRÍTICA DE UNA NOCIÓN DESDE EL PSICOANÁLISIS

Carmen Sofía Jiménez Sánchez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura

Director (a):

Magíster en “Clínica del Cuerpo y antropología psicoanalítica”.
Sylvia De Castro Korgi

Línea de Investigación:

Modalidades del Lazo Social

Grupo de Investigación:

Psicoanálisis y Cultura

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura

Maestría en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura

Bogotá, Colombia

2014

Dedicatoria

*A Santiago y Andrés mis mejores excusas
para vivir.*

A mi madre por su valioso ejemplo

Agradecimientos

Agradezco a mi madre por todo el apoyo brindado en el transcurso de mis estudios, a mis hermanos por su invaluable comprensión y a mis sobrinos por el tiempo compartido.

Agradezco a Carlos Augusto por sus precisiones en la revisión del texto, por las amenas charlas alrededor de la depresión en este mundo de capitalismo global.

A mi asesora de grado quiero agradecerle su paciencia, sus consejos, su rigor en la lectura.

A mis jurados por los apuntes en el mejoramiento del documento y por su mirada aguda en la discusión propuesta en el texto.

A mis amigos Jairo, Edwin, Liliana, Felipe, Alexander, Rafael, Juliana, Martha por su escucha constante en los momentos más angustiosos de la elaboración de este trabajo, ya que sin su apoyo es posible que hubiese declinado su culminación.

Y finalmente, quiero agradecer a todas aquellas personas que indirectamente participaron en la construcción del mismo.

Resumen

El siguiente trabajo tiene el propósito de cuestionar la manera en que el discurso médico contemporáneo ha instalado lo que autores como Phillippe Pignarre enuncian como la “epidemia” de la depresión, basada principalmente en el aumento exagerado de estadísticas sobre las personas depresivas en el mundo y su aparente claridad diagnóstica a partir de las categorías del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales DSM y su versión más reciente el DSM V. Para ello, el trabajo propone un recorrido histórico por la categoría “depresión” desde la Antigüedad hasta las elaboraciones freudolacanianas, con el propósito de situar los tópicos más relevantes en la discusión actual sobre dicha noción y develar las consecuencias surgidas a nivel del sujeto por el discurso contemporáneo, desde una mirada psicoanalítica. Lejos de negar la existencia de los estados depresivos que habían sido descritos en la historia de los seres humanos, por un lado, como estados anímicos inherentes a su condición, donde quedaban evidenciados los momentos de suspensión del sentido de la vida y de impotencia frente a la misma, y por otro lado, como fieles acompañantes de las patologías de la época, el texto indaga sobre la aparición de la “depresión moderna”, su inflación y promoción por el discurso contemporáneo. Las preguntas que subyacen la escritura del trabajo son: ¿cómo, si los estados depresivos han sido descritos en toda la historia de la humanidad por médicos, políticos, artistas, filósofos, se han convertido ahora en una perturbación mental concebida además como una de las más preocupantes de nuestra era?, y ¿cuál es el lugar del psicoanálisis con respecto a este discurso médico contemporáneo y sus apuestas en el tratamiento de los sujetos depresivos?

Palabras clave: (Sujeto, Psicoanálisis, DSM, Psiquiatría, Discurso Contemporáneo, Afecto).

Abstract

The following work aims to question the way in which the contemporary medical discourse has installed what the authors such as Phillippe Pignarre declare as the "epidemic" of depression, based primarily on exaggerated increase of statistics about depressed people in the world and its apparent diagnostic clarity from the categories of the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM and its latest version DSM V. For this, the paper proposes a historical journey through the category "depression" from Antiquity to the freudolacanianas elaborations in order to locate the most relevant topics in the current discussion of this notion and to unveil the consequences this has brought in relation to the subject in contemporary discourse from a psychoanalytic view. Far from denying is the existence of depressive states that had been described in the history of human beings, on the one hand, as moods inherent in their status, where suspension moments of the sense of life and of powerlessness against it were evidenced, and on the other hand, faithful companions of the pathologies of the time; the text explores the emergence of "modern depression" and its inflation and promotion by the contemporary medical discourse. The underlying questions of this article are: If depressive states have been described in the history of mankind by doctors, politicians, artists, philosophers, how they have now become a mental disorder, also conceived as one of the most worrisome of our era?, and what is the place of psychoanalysis regarding this contemporary medical discourse and its bets in the treatment of depressive subjects?.

Keywords: Subject, Psychoanalysis, DSM, Psychiatry, Contemporary Discourse, Affection.

Contenido

Resumen	IX
Lista de Tablas	XII
Introducción	1
1. Capítulo 1 La depresión en la historia: Despliegue de la categoría en el discurso médico.....	9
1.1. La melancolía como primer antecedente histórico.....	12
1.2. Hipócrates: La concepción fisiológica del humor melancólico.....	14
1.3. La naturaleza creadora de la melancolía en Aristóteles.....	18
1.4. El “azote divino” de la melancolía en la concepción medieval.....	23
1.5. La ciencia moderna y su concepción racional de las enfermedades.....	24
1.6. La “enfermedad” melancólica en las escuelas de la psiquiatría clásica.....	31
1.7. El paradigma de los psicotrópicos en la psiquiatría contemporánea.....	37
1.8. La depresión en el DSM: la escisión entre la enfermedad y el sujeto.....	44
2. Capítulo 2. Aproximaciones al lugar de la depresión en la obra de Sigmund Freud	57
2.1. Los estados afectivos penosos	59
2.2. La noción de “mecanismo” en la melancolía: el afecto permutado.....	68
2.3. Duelo “flotante” e inhibición psíquica: las manifestaciones de la pérdida melancólica	71
2.4. El proceso identificatorio en la interiorización del objeto	73
2.5. La pérdida irreparable del objeto y el empobrecimiento yoico.....	77
2.6. La inhibición como manifestación clínica de la depresión.....	81
3. Capítulo 3. La suspensión del deseo. La depresión en Jacques Lacan.....	87
3.1. El estatuto de la depresión en la constitución del sujeto.....	89
3.2. ¡No todo está permitido! La respuesta depresiva al discurso contemporáneo..	94
3.3. La tristeza como cobardía moral.....	101
3.4. De la depresión a la Gaya Ciencia.....	116
4. Conclusiones.....	121
Bibliografía.....	125

Lista de tablas

Tabla 1-1: Clasificación de las enfermedades hipocráticas.....Pág.16

Tabla 2-1: Los cuatro discursos lacanianos.....Pág. 96

Introducción

La “depresión” se ha convertido en una de las perturbaciones mentales más preocupantes de nuestra época según los enunciados del discurso médico actual, afianzados en el incremento incontrolable de estadísticas que dan cuenta del número de depresivos en el mundo, que para el año 2012 alcanzaba un récord de 350 millones de personas afectadas por esta dolencia¹. De allí que sea frecuente escuchar afirmaciones como: “vivimos en una época depresiva”, “la depresión es el mal del siglo”, “el gran malestar de la época contemporánea lleva por nombre “depresión”, “la depresión es la psicopatología más recurrente en nuestros tiempos”, “la depresión comporta ya la estructura de una epidemia en la sociedad actual”.

Numerosos organismos gubernamentales y no gubernamentales también respaldan estos enunciados, ubicando a la depresión como la segunda causa mundial de discapacidad y morbilidad por las consecuencias que trae consigo, entre las cuales se puede mencionar el suicidio, la baja productividad del deprimido y la incapacidad para elaborar vínculos sociales, lo que de antemano en sociedades democráticas y liberales ya supone un gran problema puesto que contraría los ideales de felicidad y rendimiento o eficacia económica sobre las cuales se sustentan. La Organización Mundial de la Salud, en su informe mensual de Marzo de 2000, sitúa a la depresión como una enfermedad recurrente y peligrosa al lado de las cardiopatías y de las enfermedades cerebrovasculares, presagiando que “para el 2020, la depresión se ubicará en el segundo lugar de las clasificaciones de los AVAD, calculadas para todas las edades, sexos...”².

¹ Esta cifra fue extraída de la Nota descriptiva N°369 de Octubre de 2012 del centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. Recuperada el día 10 de Octubre de 2014, del sitio web de la Organización <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

² MARTINEZ, M., Dolz M., Alonso J., Luque I., Palacin C., Bernal M., Codony M., Haro J.M. y Vilagut G. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica. Pág 445 – 451.

En países como Francia y Holanda las cifras sobre el padecimiento depresivo de la población alcanzaron niveles insultantemente asombrosos durante estos últimos 10 años, ya que se consideran los países del mundo con mayor prevalencia de esta enfermedad según un informe publicado por la prestigiosa revista *American Journal BMC Medicine*³. El informe (financiado además por la OMS y elaborado con el apoyo de la Universidad Estatal de Nueva York) indicaba que el 21% de la población francesa padecía de algún tipo de episodio depresivo, frente al 17.9% de la población holandesa. La población más susceptible serían las mujeres, especialmente viudas o divorciadas, los jóvenes y los adultos mayores.

En Colombia, la situación no es menos sorprendente: según el Estudio sobre la prevalencia y los factores asociados con la depresión en la población colombiana⁴, dirigida por el profesor Carlos Gómez Restrepo de la Universidad Javeriana, en el marco de la Encuesta Multinacional de Salud y capacidad de respuesta del sistema de salud de la OMS, entre los años 2000 y 2001 de las 1116 personas encuestadas, el 10,0% (IC 95%;9,2 a 10,7) presentaron algún episodio depresivo en los 12 meses previos a la encuesta y 8,5 sufrieron alguno durante el último mes. En esta misma investigación hubo una proporción mayor de mujeres con depresión en ambos períodos. Más del 50% de los episodios fueron moderados tanto en hombres como en mujeres, y las mayores prevalencias se encontraron en personas mayores de 45 años.

El estudio también demostró que los episodios depresivos estaban asociados con otras enfermedades mentales, especialmente la ansiedad y el trastorno por el abuso o la dependencia de sustancias adictivas. Además revela que el empleo con discapacidad, la baja autoestima y las dificultades para entablar relaciones sociales son factores de riesgo para la aparición de dichos episodios.

Lo curioso de estos estudios es que se sustentan en las categorías sobre los trastornos mentales del *Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales* DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, especialmente en lo referido al “trastorno depresivo

3 BROMET, Evelin. “Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode”. En: *BMC Medicine*. Volumen 9. 26 de Julio de 2011. Pág 9-90.

4 GÓMEZ-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y actores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública*. 2004. Pág 378–86.

mayor” y a la “depresión unipolar” que, en la penúltima versión (DMS IV), absorbida casi en su totalidad por una visión biologicista de las enfermedades y de los sujetos mismos, plantea que la depresión es un desorden (por el término en inglés *disorder* que se emplea en el manual) del humor cuyos síntomas son tan amplios e indeterminados que cualquier persona podría ser susceptible de padecerlo, formulando para su tratamiento un listado interminable de antidepresivos y en contadas ocasiones un acompañamiento con psicoterapias.

Las descripciones fenomenológicas sobre esta dolencia abundan en el manual, oscilando desde un simple estado de ánimo elevado, expansivo e irritable, hasta una pérdida de interés por la vida, una tristeza prolongada y un empobrecimiento de sí mismo; todas estas manifestaciones estarían acompañadas de unos criterios claramente diagnosticables, lo que supone que el fenómeno de la depresión se instala, tanto en el lenguaje cotidiano como en el científico, como una dolencia de connotaciones universales y alarmante para cualquier personal e institución médica dispuesta (en ocasiones obligada) a acatar sin mayores restricciones las soluciones “impuestas” desde el discurso médico, para evitar tanto incertidumbres y perplejidades alrededor de la consideración de la depresión, como sanciones legales. Esta “explosión” de los diagnósticos en las últimas tres décadas alrededor del fenómeno depresivo llevó a una reacción inmediata de intelectuales a nivel mundial, principalmente a los franceses, entre los cuales se podrían mencionar al sociólogo Alain Ehrenberg, al psicoanalista Marie Jean Sauret, entre otros. Estos autores denuncian no sólo el contexto de expansión aparentemente inexplicable de la depresión en tiempos actuales, sino también la manera como la población ha sido sometida a tratamientos medicamentosos sin cuestionar las razones e intenciones que existen en la producción de las investigaciones, los índices y las categorías que las sustentan y, por tanto, los resultados obtenidos y los métodos empleados para clasificar esta dolencia.

Para Ehrenberg, “Después del año 1970, ella tiende a imponerse como la patología más recurrente, rivalizando con los accidentes coronovasculares. En los países desarrollados, el número de personas que sufren de depresión en Francia y en los países occidentales se ha multiplicado por siete en 10 años, aunque los pocos estudios comparativos reflejan

diferencias estadísticamente notables, pero inexplicables”⁵. Sin embargo, para la OMS los índices epidemiológicos y demográficos de la depresión, que sustentan las investigaciones, que se asumen como los soportes del aumento exagerado de esta dolencia a nivel mundial, y que les facilita prender las alarmas para generar y movilizar toda una serie de recursos o capitales económicos y humanos en pro de combatir el padecimiento depresivo, no son inexplicables, como lo sostiene Ehrenberg, están respaldadas en una claridad diagnóstica que supone un avance significativo del discurso médico, especialmente de la psiquiatría contemporánea, en la búsqueda de herramientas de clasificación de los trastornos mentales cada día más objetivas y por tanto, aplicables sin ningún reparo a nivel mundial. Esto confirma lo mencionado anteriormente sobre la proliferación de estudios que se pueden encontrar en la literatura médica de este siglo alrededor del fenómeno depresivo soportados en las categorías de los manuales americanos DSM. Pero ante todo, lo que se deja entrever en las críticas expuestas por los intelectuales es el develamiento de un discurso que hace posible la existencia de tales cosas, es decir, de la objetivación del sujeto deprimido en índices y construcciones de categorías que se dispondrán de manera sistemática en herramientas nosográficas denominadas “manuales”, “tratados”, “clasificaciones estadísticas” etc; del encubrimiento del padecimiento subjetivo por una formalización de la verdad sobre éste, y del empobrecimiento o reducción de la práctica clínica a un procedimiento simple de operacionalización o protocolización de los índices de dichos manuales, eliminando la idea de “experiencia” que ella contiene.

Ese discurso inaugurado por las teorías cartesianas que Lacan fecha en el siglo XVII y que marca su inicio con el borramiento de las creencias en el mundo, diferentes a la cosmovisión científica, dando lugar a una subjetividad matematizable, es lo que encarna el marco propio sobre el cual se puede comprender el lugar o el estatuto adquirido por la depresión en la psiquiatría contemporánea y las salidas que ésta ofrece para su tratamiento, al tiempo que marca la diferenciación que el psicoanálisis plantea para esta dolencia sobre la base de un sujeto que habla de su padecimiento y denuncia con sus síntomas el malestar de una época, cuya máxima se encuentra representada en la queja depresiva, especialmente en esa “sensación de nada” o “deseo vacío” presente en el

⁵ EHRENBURG. Alain. La fatiga de ser uno mismo. Depresión y Sociedad. Editorial Nueva visión. Buenos Aires. 2000. Pág 12.

deprimido. El discurso referido es lo que Lacan denominó “discurso de la ciencia”, cuyo representante más genuino es el sujeto derivado de su constitución y sobre el cual recaen u operan todas sus construcciones. Las sociedades occidentales y democráticas son sociedades producto de ese discurso y por ende todos los sujetos pertenecientes a ellas, son *sujetos de la ciencia*.

Este discurso de la ciencia es copartidario en los tiempos actuales de otro discurso formulado por el psicoanalista francés en el año 1970 como “discurso capitalista”, cuyas características más relevantes son la fragmentación de los lazos sociales, la instrumentalización del sujeto como objeto de consumo, y una producción extensiva e insaciable de objetos *gadgets*, término que designa aquellos medios o instrumentos creados por la ciencia con una existencia fugaz y consumibles rápidamente propio de la dinámica del mercado global. Se vive invadido por *gadgets* de todas las formas, tamaños y colores, construidos para cada necesidad y acordes con las ofertas de goce de los consumidores, lo que los hace tener un carácter de insustancialidad siendo fácilmente intercambiables. Sin embargo, para Lacan es justamente esta producción masiva de *gadgets* lo que hace del capitalismo un discurso “encantador”, con un brillo apetente para los sujetos, ya que en su búsqueda incesante de taponar el agujero constitucional que los hace seres hablantes, se someten al imperativo de goce que el discurso promueve.

Los *gadgets* se convierten así de manera ilusoria en los objetos causa de deseo, en los pequeños a que proliferan en el mercado y que están llamados a servir como artefactos para taponar la pregunta por la falta-en-ser de cada quien. En pocas palabras, los *gadgets* son los objetos a los que recurre un sujeto para no querer saber de su castración y, en ese sentido, cada elección que se realice de éstos será singular. Pero esta lógica aparentemente armoniosa de la producción y el consumo de *gadgets* en el discurso capitalista se quiebra cuando en medio de tanta fugacidad, hay un algo de los sujetos que siempre se manifiesta conllevando a un distanciamiento o un rechazo a la gama cuasi infinita de la oferta de goces del discurso. Y es allí cuando empiezan a aparecer lo que se han denominado patologías de nuestra época, entre las cuales podemos mencionar la depresión, el stress, la toxicomanía, promoviendo la sospecha de un nuevo modo de malestar en la contemporaneidad, a la que la ciencia está estrechamente ligada. En pocas palabras, ¿no sería válido pensar que la depresión, tal cual ha sido tipificada y clasificada por el discurso médico actual, concreta las aspiraciones del discurso de la ciencia en la búsqueda de la formalización, la universalización y la

homogeneización tan anhelada desde su aparición, al mismo tiempo que señala su fracaso por la incapacidad de reducir al sujeto a una simple estadística, trayendo como consecuencia el rechazo notorio que el deprimido hace al discurso y a sus ofertas de goce optando siempre por la inhibición característica de este estado y por una salida del lazo social? De allí que Roudinesco plantee: “Herido en cuerpo y alma por este extraño síndrome donde se mezclan tristeza y apatía, búsqueda de identidad y culto de sí mismo, el hombre depresivo ya no cree en la validez de ninguna terapia. No obstante, antes de rechazar todos los tratamientos, busca desesperadamente vencer el vacío de su deseo”⁶.

Dicho de otra manera, ¿no sería pertinente pensar que la depresión, como ese conjunto de síntomas descritos por el DSM V, no responde sólo a la lógica del discurso de la ciencia, impregnada por los avances genéticos, epidemiológicos y de la dinámica farmacológica, sino también a la manifestación propia del sujeto que, distanciándose de ese discurso, prefiere objetar sus ofertas de goce? Lo que llevaría a suponer que entre más se esfuerza el discurso de la ciencia en eliminar todo rastro subjetivo de sus clasificaciones científicas, más se afianza esa dimensión de verdad en los sujetos que cansados de ser medidos, cuantificados y cifrados buscan en la depresión una forma de apaciguar su sufrimiento alejados de las salidas que el discurso médico les ofrece, permitiendo develar los nuevos rostros del malestar contemporáneo.

En ese sentido, lejos de atomizar las reflexiones sobre el por qué la depresión emerge como una “epidemia” en nuestras sociedades actuales, que transitaría por clarificar si el aumento exagerado de este “trastorno” obedece más a las transformaciones que a nivel de diagnóstico suceden en el discurso médico (impregnado de los avances científicos modernos relacionados con la especialización cada vez más fina de psicotrópicos y neurotransmisores), que propiamente al aumento de la enfermedad depresiva, lo que se busca es hallar las razones que han favorecido este movimiento a expensas de sacrificar al sujeto en medio de este panorama complejo de frías estadísticas y nebulosos tratamientos.

Es por ello que el presente trabajo tiene el interés de cuestionar aquello que se ha constituido como “depresión” en el discurso científico contemporáneo, haciendo una

⁶ ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2000. Pág 15.

diferenciación con lo que el psicoanálisis, como una teoría que siempre se ha preocupado por otorgarle un lugar al sujeto que padece, puede brindar al campo científico; haciendo la salvedad de que no se trata entonces de desconocer los avances que a nivel médico se pueden constatar en los diversos campos que como la genética, la epidemiología, la biología molecular y la farmacología han posibilitado la categorización y el tratamiento de las enfermedades mentales, sino un develamiento de lo que estos avances significan para el sujeto cada día más silenciado y excluido por una medicina abocada a la formalización de su saber, pero que en cuyos intersticios (siempre hay lugares vacíos, lugares no recubiertos por ese saber) puede valorarse lo que el psicoanálisis postula con relación al sujeto del inconciente.

Para ello, el trabajo realiza el siguiente recorrido: un primer capítulo orientado por la pregunta ¿cómo si los estados depresivos han sido descritos en toda la historia de la humanidad por médicos, políticos, artistas, filósofos, se han convertido ahora en una perturbación mental, concebida además como una de las más preocupantes de nuestra era, al punto incluso de hacerse urgente su curación? De allí que sea necesario situar las coordenadas del discurso psiquiátrico a través las cuales la depresión adviene “enfermedad” con el adjetivo, además de, “esencialmente moderna”. Lo que hace fundamental un recorrido breve por las diversas concepciones y categorías que le antecedieron al “cuadro depresivo”, entre ellas: “melancolía”, “monomanías” y “psicosis maniaco depresiva”, que allanaron el camino para el advenimiento de la depresión como un trastorno del ánimo en el saber médico actual.

Un segundo capítulo cuyo propósito es indagar el término en las teorías freudianas, ya que es sabido que no existe como entidad clínica específica, sino como un estado afectivo en ocasiones normal y, en otras, acompañante de las estructuras clínicas desarrolladas por el psicoanálisis: las neurosis (obsesión, histeria y fobia), la psicosis y la perversión.

En ese sentido, se propone hallar las diversas significaciones del término de depresión, que en Freud comporta la idea de un estado anímico, hasta la escritura de *“Duelo y Melancolía”*, donde trabaja de manera precisa y clara el estatuto que debe brindársele a esta manifestación clínica, asumiendo su ligazón con la melancolía, distinto al adquirido en su estatuto discursivo moderno que se centra más en la clasificación de la depresión

como un trastorno susceptible a fármacos, validando la opción de una salida rápida y eficaz a los padecimientos subjetivos.

Para finalizar en un último capítulo con las teorías de Jacques Lacan donde la depresión adquiere dimensiones éticas hasta llegar a presentarse como una cobardía o falla moral, con el propósito de comprender los efectos que tendría esta concepción en la construcción de una nueva visión que sobre la depresión se puede elaborar como una alternativa al discurso de la ciencia, transversalizado hoy por el discurso capitalista, que ha situado a los psicofármacos como la solución a la “enfermedad” depresiva, eclosionado la dimensión de la verdad como causa, que ha abolido el concepto de clínica como “práctica moral”.

Capítulo 1 La depresión en la historia: Despliegue de la categoría en el discurso médico

Ha sido una constante entre todos aquellos autores que pretenden alcanzar unos niveles de comprensión sobre el fenómeno que se ha descrito e instaurado en el discurso médico como depresión, detenerse un poco en esos momentos de rupturas y discontinuidades que favorecieron la emergencia del mismo con respecto a una tradición anterior que no había prestado tanta atención a este estado anímico, como la que alcanzó en la década de los años 50 con el surgimiento de los psicofármacos, especialmente de los antidepresivos. Lo que abre un cuestionamiento sobre los factores causales a los que se puede apelar para explicar cómo fue que ocurrió dicha transformación.

Sostener que la tradición anterior (que recoge todos los desarrollos teóricos-clínicos de la psiquiatría clásica) no se preocupaba tanto por la depresión no implica necesariamente que el cuadro o estado depresivo no existiera como tal, ni que los síntomas sobre los cuales se diagnostica actualmente la depresión no fueran conocidos; sólo que las categorías sobre las cuales giraban las investigaciones, las clasificaciones nosográficas o la taxonomía clínica de la época no la contenía como una entidad. De allí que fuese necesario una transformación en la nosografía clásica para permitir que la depresión apareciera. Encontrar esas transformaciones es lo que se propone este capítulo.

Para ello se elabora un recorrido histórico desde las teorías hipocráticas hasta la psiquiatría contemporánea, con el fin de hallar esos puntos claves donde la depresión emerge como un “mal de nuestra época”, y sobre las bases en las que se sustenta el adjetivo que le aplicamos de “esencialmente moderna”. Situando el interés del recorrido en la consideración según la cual fue en el período clásico de la psiquiatría donde se originaron los esbozos de este fenómeno tan ampliamente difundido y, en el hecho de

que es a partir de las patologías estudiadas de la época donde se afinan y constituyen las categorías que forman el cuadro tipificado como depresión.

Uno de los primeros avances del trabajo es retomar las categorías que le antecieron a la depresión y que constituían marcos conceptuales con los cuales se clasificaban las enfermedades (la “melancolía”, “las monomanías”, “la psicosis maníaco-depresiva”), al tiempo que se repasan las tendencias en la psiquiatría clásica que allanaron el camino para el advenimiento de la depresión en nuestra época. La intención es explicar cómo muchas de las polémicas actuales alrededor de la depresión como “enfermedad”, “síndrome”, “síntoma” o “trastorno afectivo” existieron desde la Antigüedad, y otras fueron derivadas de los conceptos debatidos en el siglo XIX, período conocido como “clásico” en la psiquiatría.

Se adelantará la discusión dejando mencionados los debates que se tratarán en este capítulo. El primero de ellos tiene que ver con la separación o la relación que muchos autores ven entre melancolía y depresión, que es la referencia más antigua que se posee, y entre la melancolía y la manía como entidades alternantes en un mismo cuadro clínico. El segundo debate se origina en el siglo XIX y tiene que ver con las llamadas depresiones endógenas y reactivas. Y el tercero de ellos, adentrado el siglo XX entre las depresiones unipolares y bipolares.

Estos debates no fueron accidentales ni se originaron por los azares en la disciplina, emergieron como producto de los cambios que en el saber y en la técnica médica se dieron en cada período mencionado y que transformaron no sólo la manera en que la enfermedad podría concebirse, sino que condicionaron todos los descubrimientos que a nivel clínico se fueron incorporando posteriormente. En definitiva, la presentación de estos debates pasa también por la reflexión acerca de cómo la ciencia ha operado con su saber y de las implicaciones que esto ha traído consigo para los sujetos.

En pocas palabras, las preguntas centrales a desarrollar en este capítulo son: ¿qué fue lo que cambió en el proceder del discurso psiquiátrico que favoreció la emergencia de la categoría de la depresión? y ¿qué es lo que se instaura de novedoso en ese cambio?, ya que la emergencia de la depresión en la actualidad no se puede explicar solamente desde la imposición de unos intereses de fabricación de las enfermedades, avalada y promovida por la industria farmacéutica, sino que se debe poder develar también la posición singular que existe en el depresivo.

El primer debate mencionado gira alrededor de la categoría *melancolía* que, bien sea dicho, es el primer término que la tradición médica y filosófica de la Antigüedad genera para acercarse al cuadro mencionado y en cuyo seno se posibilitan las reflexiones posteriores que darán lugar a las categorías conocidas. En este punto, las referencias que Elizabeth Roudinesco brinda son esclarecedoras al situar la depresión como una forma atenuada de la antigua melancolía y heredera de los desarrollos que sobre la neurastenia y la psicastenia realizaron Freud y Pierre Janet respectivamente, pero con una desventaja con relación a estas entidades: que emerge como una “entidad blanda” dando origen a lo que puede concebirse como “déficit”, “fatiga” o “debilitamiento de la personalidad”, que son las nociones aceptadas y utilizadas por la psiquiatría contemporánea.

La emergencia por tanto de esta “entidad” y de lo “blando” de su caracterización actual radica precisamente en los cambios con relación al discurso médico o a los “paradigmas” o “tendencias” que permean la psiquiatría actual, más ligados a los avances de las denominadas “nuevas ciencias”, como la biología molecular, la genética y la epidemiología, que han impuesto la concepción de un organismo vivo, más que de un sujeto hablante que le otorga un sentido a su padecimiento.

Esto será un aspecto relevante cuando en el recorrido se noten similitudes extraordinarias en las formas en que cada época erige sus propias categorías de análisis, al menos en lo que respecta al discurso médico. Valga la pena recordar estas frases de E. Roudinesco cuando sostiene que *“En la víspera del tercer milenio, la depresión devino la epidemia psíquica de las sociedades democráticas a la vez que los tratamientos se multiplican para ofrecer a cada consumidor una solución honorable... Ahora bien, este reemplazo de un paradigma por otro no es inocente”*⁷ y no lo será si cada día se hace imperativa la consolidación de un discurso que aleja y acalla las preguntas más esenciales sobre la existencia humana preconizando ideales falsos de comodidad y bienestar, como lo es el discurso capitalista. Sin embargo, el discurso médico parece invertir este estatuto de la depresión con respecto a la melancolía, ya que mientras para los psicoanalistas es claro que la depresión se puede ubicar dentro de las llamadas

⁷ ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000. Pág 13.

neurosis actuales, tal como las describió Freud en sus inicios, más exactamente en consonancia con lo que George Beard llamó “neurastenia”, distinguiéndola de la melancolía como una entidad asociada a la psicosis, para los psiquiatras defensores de los manuales diagnósticos, el cuadro melancólico queda condensado en la categoría de depresión, al punto que son casi imperceptibles las diferencias entre uno y otro.

Es por ello que frente a las diversas clasificaciones sobre esta dolencia que ha construido la Asociación Americana de Psiquiatría en sus manuales estadísticos DSM, Luis Izcovich se cuestiona: “¿La melancolía es una entidad que debe separarse o incluirse dentro de la depresión?”⁸. Así, la aproximación a este debate implica hacer claridad sobre esas rupturas y discontinuidades existentes en la construcción de estas categorías próximas para comprender por qué la “instalación” de lo que se denomina la “depresión moderna” y el lugar del psicoanálisis con respecto al debate, especialmente cuando dicha instalación trae consecuencias no sólo a nivel clínico, sino epistemológico y ético.

Por otra parte, si la depresión no existe como un diagnóstico específico en el discurso analítico, tiene mucho que ver con la posición relativa o “marginal” en que se desarrolló tanto en las teorías freudianas como en las lacanianas, lo que no ocurre con la clasificación psiquiátrica actual, y es justamente gracias a este desarrollo “por fuera de”, que la depresión en psicoanálisis adquiere otras dimensiones olvidadas que pueden llevarla a ofrecer una alternativa a la forma en que se trata el sufrimiento humano en los manuales psiquiátricos. De esta manera, lo que está en juego es la diferenciación entre el sujeto que construye la ciencia y cuya visión los manuales concretan y el sujeto del inconsciente como un sujeto deseante, atravesado por el lenguaje.

1.1 La melancolía como primer antecedente histórico

La melancolía ha sido siempre una categoría mejor definida por el discurso médico que la de depresión, incluso participe de tradiciones ajenas al mismo, por ejemplo, la tradición filosófica y artística que desde épocas antiguas se ha ocupado de su existencia, hasta

⁸ IZCOVICH, Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 2005. Pág 7.

otorgarle significaciones diversas en el transcurso de la historia. Desde la antigüedad (y allí se menciona la teoría hipocrática de los humores y los desarrollos de Galeno) hasta el siglo XVII y avanzado el siglo XVIII, los individuos melancólicos eran considerados como personas capaces de las actividades más elevadas del pensamiento: el arte, la filosofía y la ciencia.

Para Silvia Tendlarz “la tradición filosófica siempre se interesó por los llamados “melancólicos”. Desde la Antigüedad hasta el siglo XIX fueron considerados como los individuos capaces de elevarse a las altas esferas del pensamiento. Bajo el signo de Saturno, tanto los artistas como los creadores formaban parte del *temperamento* melancólico: ensimismados en su mundo interior y predispuestos, por ello mismo, a recibir inspiraciones y desembocar en la producción de obras de arte. Su caracterización era doble: exaltación y abatimiento. Junto con el impulso creador que sigue la estela de la intuición, la bilis negra que se enfría en su interior los consume y desespera, transformándose en un “veneno negro”, al decir de Baudelaire”⁹.

Ese “veneno negro”, sentido por todos los melancólicos, B. Granger lo describe como un estado de la siguiente manera: “El síntoma fundamental es la tristeza, pero es una tristeza de naturaleza particular. Es más bien una profunda desesperación, un hastío de la vida al punto de sucumbir ante la tentación de quitarla voluntariamente, una pérdida de placer, una disminución de todas las sensaciones, un desinterés, una visión oscura, una existencia intensamente dolorosa y angustiante...”¹⁰.

Esta misma existencia dolorosa es a la que Lacan se refiere en sus estudios sobre “Kant con Sade”, cuando se pregunta “¿No han escuchado pues, si creen tener mejor oído que los otros psiquiatras, ese dolor en estado puro modelar la canción de algunos enfermos a los que llaman melancólicos? ¿Ni recogido uno de esos sueños que dejan al soñador trastornado, por haber llegado, en la condición experimentada de un renacimiento inagotable, hasta el fondo del dolor de existir?”¹¹ Este dolor, que es la evidencia original

⁹ TENDLARZ, Silvia. “*La melancolía en la psiquiatría clásica*”. En: La depresión y el reverso de la psiquiatría. Ediciones Paidós, Argentina. 1997. Pág 21.

¹⁰ GRANGER, Bernard. Es la depresión una moda?. Ediciones La recherche. N° 363, Abril 2003. Pág. 35.

¹¹ LACAN, Jacques. Escritos II. Siglo XXI editores. 1975. Pág 756.

de la misma existencia del ser en tanto hablanteser, lleva inherente lo que Colette Soler ha denominado “lo injustificable de la existencia”.

Es válido sostener que ya en el seminario de la Ética Lacan retoma esta idea sosteniendo que el melancólico es el individuo en el que se refleja de manera más patética este dolor, producto de la ex-sistencia del ser con respecto al Otro.

El concepto de melancolía aparece en la antigüedad con las teorías hipocráticas sobre la perturbación del humor, y tiene considerables desarrollos que van hasta las teorías de la psiquiatría clásica donde resultarán indispensables nombres como los de Phillipe Pinel, Jean Pierre Falret y Emil Kraepelin, cuyo concepto de “psicosis maniaco-depresiva” marca el momento de irrupción de las teorías modernas de la depresión.

1.2 Hipócrates: La concepción fisiológica del humor melancólico

En el siglo V a.c. Hipócrates formuló la teoría de los cuatro humores o sustancias fluidas, que se sostuvo hasta el Renacimiento: Sangre, Flema, Bilis amarilla y Bilis negra. En su libro “Las epidemias”, se encuentran extraordinarios manuscritos referentes a la melancolía, ejemplificados con casos puntuales de pacientes que fueron tratados por él y que permitieron ampliar la perspectiva naturalista de la medicina hipocrática, centrada en la observación cuidadosa de todos los factores (ambientales, alimenticios, biológicos), cuyo desequilibrio originaba la enfermedad; algunos de estos casos culminaron exitosamente, según sus comentarios, y otros perecieron por la gravedad e intensidad de la enfermedad. Dentro de esos casos se destaca el de Parmenisco que se trabajará por su relación con el tema estudiado.

“Las epidemias”, “Los aforismos”, “El pronóstico”, entre otros textos, forman el llamado “Corpus hipocrático”, escritos no sólo por el mismo autor, sino por todos sus antecesores y predecesores, donde se destacan los caracteres más relevantes de la medicina de la época: una afán por describir los signos de las enfermedades, la capacidad de observación desde el momento del surgimiento, evolución y desaparición de las enfermedades, una preocupación constante por los factores ambientales y una incipiente capacidad de abstracción que se reduce a la explicación del relato de los casos presentados más que una construcción sistemática de sus investigaciones. Sin embargo,

la praxis y el pensamiento de la medicina hipocrática es característica, a juicio de Laín Entralgo, por “la concepción de la medicina como Tekné, su principal vinculación con la fisiología presocrática, la consiguiente actitud frente al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad y la mentalidad ética del sanador”¹².

En el corpus hipocrático, existe un centenar de menciones a la melancolía como una enfermedad producida por el desequilibrio del humor negro. En su texto “Aforismos”, en la sección sexta, número 23; afirma *“si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía”*. De este modo, la salud del hombre dependía del equilibrio o crasia (mezcla proporcionada) entre estos cuatro líquidos o humores que lo conformaban, y un exceso o desarreglo de cualquiera de ellos conocido como discrasia, producía la enfermedad. Poco a poco estos humores se convirtieron en elementos determinantes de los temperamentos de los seres humanos.

El predominio de la sangre generaba el tipo sanguíneo (sujetos impulsivos, extrovertidos, apasionados, entusiastas, de buen humor); el de la flema o pituita, tipos flemáticos (individuos torpes, idealistas, metódicos, estables, tranquilos); el de la bilis amarilla, tipos coléricos (sujetos rebeldes, animosos, reflexivos, autoritarios, irascibles, voluntariosos), y el de la bilis negra, tipos melancólicos (individuos nerviosos, introvertidos, asociales, volubles, amantes de la soledad).

Además se sostenía que cada persona tenía una disposición diferente de estos humores en su cuerpo, siendo siempre dominante uno de ellos. La calidad de estos humores variaba también dependiendo de la época del año, de modo que Hipócrates hizo una correlación entre los distintos humores, sus cualidades, el tipo humano asociado a cada uno y la estación del año en la que predominaba cada cual:

Elemento	Cualidades	Humor	Tipo	Estación
Aire	Caliente/Húmedo	Sangre	Sanguíneo	Primavera
Fuego	Caliente/Seco	Bilis Amarilla	Colérico	Verano
Tierra	Fría/Seca	Bilis Negra	Melancólico	Otoño
Agua	Fría/Húmeda	Flema	Flemático	Invierno

¹² ENTRALGO. Laín. Introducción al estudio de la patología psicósomática. Editorial Paz Montalvo. Madrid.1950. Pág 27.

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades hipocráticas

Esta clasificación hipocrática es la primera en asociar los humores con las diversas personalidades de los seres humanos, si bien hay que hacer la salvedad de que Hipócrates estuvo dedicado mayormente a la medicina propiamente dicha, a la relación de los humores con las enfermedades, más que a la psicología. Pero su teoría se fue desarrollando y complementando con la de otros teóricos y no se pudo menos que considerarle pilar de tal doctrina.

Esta teoría sólo permite presentar el primer marco de pensamiento sobre el cual se suscribió la noción de melancolía como una enfermedad producto del desequilibrio natural de los humores constituyentes de los seres humanos. Se recordará que, para los griegos, la enfermedad no era concebida como un proceso patológico proveniente de un “afuera mágico o demoníaco”, sino producto de una alteración de la naturaleza de los procesos internos del cuerpo y, por ende, el tratamiento debía obedecer a la recuperación de ese equilibrio perdido.

En el sentido moderno, con la existencia de tratados médicos sistemáticos (ya que la escritura misma de sus “Aforismos” es desordenada y sin estructura), sí se puede hablar de un intento de conjugar en categorías clínicas las similitudes de los padecimientos singulares de sus pacientes, a través del reconocimiento de

“la naturaleza humana universal y la particular e individual, la de la dolencia, la del paciente, las sustancias que se le administran, quién se las administra — si a partir de esto el caso se presenta de solución más fácil o más arduo —, la constitución atmosférica general y la de los astros y cada terreno en particular, y lo que respecta a los hábitos, el régimen de vida, las ocupaciones, y la edad de cada uno, con sus palabras, gestos, silencio, pensamientos, sueños, insomnios, pesadillas, cuáles y cuándo, y sus tics espasmódicos, sus picores, sus llantos, junto con sus paroxismos, deposiciones, orinas, esputos, vómitos, y todo aquello que indica las mutaciones de la enfermedad y sus depósitos en un sentido crítico o mortal: sudor, tensión, escalofríos, tos, estornudos,

hipo, respiración, eructos, ventosidades, silenciosas o ruidosas, hemorragias, hemorroides. Hay que atender a todo esto y a lo que con estos síntomas se indica”¹³.

Tal es el caso de las categorías “melancolía”, “letargia”, “apoplejía”, “frenitis” y “enfermedad sagrada”, que aludía a la epilepsia, constituidas como las enfermedades más importantes desarrolladas en el corpus hipocrático.

En el caso de la melancolía, ésta era definida claramente por Hipócrates como una enfermedad que se asociaba con aversión a la comida, perturbación del sueño y de las actividades cotidianas, desesperación, exaltación, insomnio, irritabilidad, e intranquilidad, ira, obnubilación del espíritu que en ocasiones llegaba a la locura. Tal es el caso de Parmenisco.

El caso es estudiado y narrado por Hipócrates de la siguiente manera:

“Parmenisco, también antes sufría de episodios de desaliento, con deseos de quitarse la vida. Y luego, nuevamente, se ponía de bien humor. Cierta día, en Olinto, estaba sentado boca arriba sin hablar, manteniéndose inmóvil y esforzándose en pronunciar algo que apenas podía empezar a enunciar. Y si llegaba a decir algo, de nuevo se quedaba sin hablar. Había momentos en que tenía sueño; padecía también de insomnio; agitación silenciosa continua; agitación inquieta; dirigía su mano hacía los hipocondrios, como si sufriese en esa región. A veces, también, se volvía boca abajo, y se quedaba acostado inmóvil. Constantemente sin fiebre, con respiración buena. Después dijo que reconocía a las personas que se le presentaban. En lo que se refiere a la bebida, unas veces la rechazaba durante todo un día y una noche, aun cuando se le ofreciese; otras veces arrebatava bruscamente el cántaro y se bebía toda el agua. Orina espesa como la de las bestias de carga. Al cabo de catorce días, se recuperó.

Parmenisco conjuga según Hipócrates esos síntomas que denominará “melancolía”, descritos a través del desaliento que conduce al deseo de quitarse la vida, por el predominio del temor y la tristeza que opaca todo sentido de la misma. Frente a esto expresa “es por aquella tristeza que los melancólicos odian todo lo que ven y parecen continuamente apenados, y llenos de miedo, como los niños y los hombres ignorantes

¹³ HIPOCRATES. Tratados Hipocráticos. Epidemias. Editorial Gredos. Madrid. 1989. Pág 146.

que tiemblan en una oscuridad profunda”¹⁴. Esta oscuridad profunda, según las explicaciones de la época, eran producto de las sombras que recaían sobre el cerebro cuando los vapores negros se extendían por todo el cuerpo. Lo que deja claro que, para los griegos, el desequilibrio humoral afectaba tanto al alma como al cuerpo y, en ese sentido, la tristeza sentida por Parmenisco tenía su correlato físico en el dolor de los hipocondrios que lo sumía en esa desesperación profunda.

Parmenisco también da cuenta del debate mencionado al principio del capítulo sobre la relación existente entre los cuadros melancólicos y maníacos, puesto que se puede notar en lo que Hipócrates describe como “agitación inquieta” en el paciente, una alternancia visible en estos cuadros. Sin embargo, estos planteamientos serán replanteados en la psiquiatría clásica, cuando la manía se erija como una entidad distinta a la melancolía y cuyo punto culminante se encuentra en las teorías de Phillip Pinel.

Finalmente, frente a todas las perplejidades que puedan traer consigo las articulaciones de la medicina antigua y moderna, lo que sí se puede afirmar con mayor claridad es que con la teoría de los humores hipocráticos la melancolía pasa a situarse dentro de un discurso fisiológico, ya que presupone un desequilibrio en los humores que dependía casi exclusivamente de la forma en que el cuerpo reaccionaba a ciertas dolencias, y que es el primer intento de investigación etiopatogénica existente de las enfermedades del espíritu, atendiendo a todas las variables que se hace necesario pensar una entidad clínica. Ese es el mayor aporte del modelo médico imperante en la Grecia antigua y, para efectos del trabajo, es la primera concepción influyente en el pensamiento occidental alrededor de las enfermedades.

1.3 La naturaleza creadora de la melancolía en Aristóteles

Aristóteles postuló por primera vez la conexión entre el humor melancólico y el talento sobresaliente para el arte y la ciencia. En su *Problemata XXX, escolio 1* pregunta que por qué todos los que han sobresalido en la filosofía, la política, la poesía o las artes eran

¹⁴ HIPOCRATES. Tratados Hipocráticos IV. Enfermedades. Editorial Gredos. Madrid. 1990. Pág 152.

manifiestamente melancólicos, y algunos hasta el punto de padecer ataques causados por la bilis negra, como se dice de Heracles en los mitos heroicos?. Cuestionamiento que encierra ya una respuesta notable para el filósofo griego y para toda una tradición posterior que situará la melancolía como un rasgo característico de los creadores y los artistas. Poetas, héroes, filósofos, políticos hacen parte del cuadro que nuestro autor circunscribe como partidario del estado melancólico.

De las teorías aristotélicas emerge la idea del hombre con una personalidad excepcional refiriéndose al *ethospéritton* que marca la semejanza entre el talento artístico y el genio con la melancolía como un aspecto que pertenece y está integrado a la naturaleza misma de los seres humanos, es decir, está presente en su constitución. Esto marca una separación entre esta perspectiva y la teoría del humor hipocrática que sitúa a la melancolía como una patología del desequilibrio de los humores desde un discurso fisiológico propiamente dicho. Lo que no quiere decir que Aristóteles se sitúe por fuera de la concepción griega de las enfermedades, puesto que también elaboró sus propias clasificaciones nosológicas basadas en la alteración de los humores, como la manía (bilis negra caliente), sólo que para él la melancolía no era un mero proceso de desequilibrio fisiológico sino, como ya se ha mencionado, un rasgo de creación artística, una manifestación connatural de los sujetos para el arte. Esto es lo que marcará su innovación frente al discurso hipocrático, sin decir que lo niegue radicalmente.

De allí que Julia Kristeva afirme “*Aristóteles innova al extraer la melancolía de la patología y situarla en la naturaleza pero, sobre todo, al hacerla emanar del calor, considerado como principio regulador del organismo y de la mesotes, interacción controlada de energías opuestas. Esta noción griega nos es hoy extraña: supone “diversidad bien dosificada” (eukratos anomalía) traducida metafóricamente como espuma (aphros), contrapunto eufórico de la bilis negra*¹⁵.”

Ese “contrapunto eufórico” es lo que condiciona su diferenciación entre los cuadros maníacos y los melancólicos. Para Aristóteles, la melancolía asociada a la espuma está en consonancia con un vacío, una ausencia, producto de un cuestionamiento que en la tradición filosófica tiene que ver con el enigma mismo de la vida y de la existencia, el

¹⁵ KRISTEVA, Julia. Sol negro. Depresión y Melancolía. Monte Ávila Editores Latinoamericana. Caracas. 1991. Pág 12.

encuentro con lo indecible, la pérdida de su sentido. Mientras que la manía está relacionada con la exaltación, el furor imparable, la desmesura producto de una falta de entendimiento. Ambas entidades son producidas por la bilis negra, pero de acuerdo a la participación del calor se puede estar en presencia de una y otra, según el estagirita. Para los melancólicos en especial, el autor describe su estado de la siguiente manera:

“Es preciso reconocer que son afortunados los hombres cuando realizan felizmente sus empresas a pesar de su evidente sinrazón, y cuando sería para ellos un peligro el calcular lo que hacen. Tienen en sí mismo un principio que vale más que todo el talento, todas las reflexiones del mundo”. Otros tienen la razón para guiarse, pero no tienen este principio que conduce a los hombres afortunados a lograr un éxito feliz. Ni aún el entusiasmo, cuando lo sienten, les proporciona el triunfo que desean, mientras que los primeros triunfan, siendo irracionales como son. Ni aún cuando se trata de hombres reflexivos y sabios, que ven de una ojeada y como por una especie de adivinación lo que es preciso de hacer, hay que atribuir exclusivamente a su razón esta decisión tan segura y tan pronta. En unos, es el resultado natural de la experiencia; en otros es el hábito de aplicar de este modo sus facultades a la reflexión. Este privilegio sólo pertenece al elemento divino que hay en nosotros; él es el que ve claramente lo que debe ser, lo que es, y todo lo que queda aún oscuro para nuestra razón impotente. Por esta razón los melancólicos tienen visiones y sueños tan precisos. Una vez que la razón ha desaparecido en ellos, aquel principio parece tomar más fuerza; sucediendo lo que con los ciegos, cuya memoria, en general, es mucho mejor, porque están libres de todas las distracciones que causan las percepciones de la vista, y por esto conservan mejor el recuerdo de los que se les ha dicho”¹⁶.

Y es aquí donde se establece la conexión más evidente entre la melancolía y la pérdida de la razón que se impone en dichos estados, que sin embargo se ve más lúcida a la hora de acceder a los enigmas mismos de los que ya se ha hablado y que se manifiesta en la acción de la mirada omnipresente cuando la visión es impotente. Es como si en la melancolía existiera un estado que se liga con la verdad del sujeto al que sólo se pudiera acceder por la vía de lo irracional, de la sinrazón que autores como Roger Bartra, Federich Pellión y Soren Kierkegaard hubiesen tratado de penetrar con sus textos, pero

¹⁶ ARISTÓTELES. Moral a Eudemo. Colección Austral. Argentina. 1976. Pág 101.

cuyo enigma sólo tiene sentido cuando el éxito de sus empresas, como lo sostiene Aristóteles, le permite sentirse más libre.

Estas teorizaciones de Aristóteles alrededor de la “creación melancólica” y sus intentos clasificatorios para diferenciar melancolía y manía, prevalecerán en las esferas artísticas y filosóficas hasta bien avanzados los siglos, pero aparecerá Areteo de Capadocia, un notable médico griego, que instalará esa distinción entre las dos entidades de manera más radical en el discurso médico.

En el siglo II a.c, Areteo de Capadocia en su libro “Manía” propone unos intentos descriptivos de tipo clínico de las formas de manifestación de la afección, sosteniendo en ocasiones las diferencias y similitudes entre la manía y la melancolía dando como resultado una clasificación de dos tipos clínicos de la enfermedad; la remitente y la crónica. Para Areteo: *“algunos pacientes después de estar melancólicos tienen cambios a manía...por eso la manía es probablemente una variedad del estado melancólico... La manía se expresa como furor, exaltación y gran alegría..., otros tipos de manía tienen manifestaciones delirantes de tipo expansivo: el paciente tiene delirios, estudia astronomía, filosofía... se siente poderoso e inspirado”*. Pero prosigue indicando sobre la melancolía: *“afección sin fiebre en un espíritu triste que permanece fijado siempre sobre la misma idea y se pega a ella tozudamente. Se diferencia de la manía en cuanto que en esta afección el espíritu se inclina alternadamente hacia la tristeza o hacia la alegría, mientras que en la melancolía permanece constantemente triste y abatido”*¹⁷.

Con estas descripciones realizadas por Aristóteles y sostenidas por Areteo se instaura la melancolía como una enfermedad del espíritu. Esta clasificación que además se mantendrá hasta principios del siglo XIX tendrá un efecto menor cuando en los sistemas clasificatorios modernos se extraiga la palabra melancolía de los cuadros nosográficos, porque contenía, en palabras de Adolfo Meyer, “un conocimiento de algo que no poseemos”.

Galeno ofrece una descripción más detallada de la melancolía, cuya influencia se mantendrá durante la época medieval y hasta principios del renacimiento. Dicho proceder marcará el cambio de la afección inspiradora de genios y poetas sostenida por Aristóteles

¹⁷ DE CAPADOCIA, Areteo. Manía.

a una enfermedad recurrente del espíritu, manifestada a través de una tristeza profunda y el alejamiento de los objetos amados, cuya perspectiva había sido ya iniciada por Hipócrates.

Starobinski retoma una cita de Galeno sosteniendo que si bien es cierto éste se sitúa en la tradición de los humores hipocráticos, considera que un exceso de bilis negra en el cuerpo puede manifestarse en nuevos síntomas, por ejemplo, “1°. *Puede ocurrir que la alteración de la sangre se limite sólo al encéfalo. 2° Puede ocurrir que la atrabilis se desparrame por las venas de todo el organismo, incluyendo el encéfalo. “El diagnóstico en este caso nunca falla cuando la sangría del brazo da una sangre muy negra y muy espesa”. 3°. La enfermedad puede tener su origen en el estómago; entonces tendremos infarto, estasis, obstrucción e hinchazón en la región de los hipocondrios –de ahí el nombre de afección hipocondríaca que se da a la enfermedad. Desde el estómago hinchado y lleno de bilis negra, los vapores tóxicos suben al encéfalo, ofuscan la inteligencia y producen los síntomas melancólicos. Dichos vapores no sólo explican las ideas negras, sino también ciertas alucinaciones al obscurecer el espíritu...”.*

Estas teorizaciones iniciales sobre la melancolía en la antigüedad, (cuyo núcleo se sitúa en las manifestaciones del humor negro, fueron producto de una ciencia médica “especulativa” como fue denominada en el siglo XIX por uno de los fundadores de la psiquiatría moderna, Emil Kraepelin) fueron poco a poco sustituidas por una visión más “sistemática” acorde con los criterios de cientificidad aceptados en la época moderna, aunque el cuadro sintomatológico está claramente conservado en las formulaciones que se derivan de ella.

Para concluir, se puede afirmar que estos primeros intentos de clasificación y diagnóstico de la melancolía están comprendidos en una visión naturalista de la enfermedad que aglomeraba factores medioambientales, sociales y personales, lo que explica que toda la nosología existente estuviera encaminada a observar e interpretar el curso espontáneo de las dolencias y a partir de allí se construyera el diagnóstico y se iniciara el tratamiento, cuyo objetivo era ante todo una restauración del equilibrio natural de los factores que intervenían en el proceso patológico. Pero esa restauración sólo era posible si la naturaleza lo acataba, ya que como quedó claro en la medicina hipocrática, no todos los enfermos eran curados, algunos simplemente sucumbían ante la enfermedad. En el caso

de Parmenisco fue claro que la restauración del equilibrio se logró, pero no en todos los casos de pacientes melancólicos se alcanza el mismo éxito.

En ese sentido, la naturaleza se comportaba desde una doble dimensión; como la portadora de lo “mórbido” de la enfermedad por la alteración ocurrida, y como responsable de la curación. Esto permitía que la labor del médico fuese pasiva en el sentido más genuino del término, es decir, el médico eran antes que nada un buen observador de la mutación de la enfermedad y su intervención quedaba condicionada en ciertos momentos a ayudar a la naturaleza en la curación o bien dejarla trabajar, pero en ninguno de los casos se podría contrariar intentado imponer juicios de valor desajustados sobre dicho proceder natural. Esto podría ser considerado un gesto de ignorancia imperdonable por parte del médico.

De allí que no se encuentre ni en Hipócrates ni en Aristóteles, ni en Areteo de Capadocia ninguna actitud distinta a la mencionada anteriormente, y que sus corpus teóricos tuvieran sus respectivos desarrollos en la medida en que la observación era cada vez más innovadora de las descripciones de esa dinámica natural. Esto cambiará con el surgimiento de la ciencia moderna en el siglo XVII y cuando sus pretensiones de medición, universalidad y formalización se impongan en el campo médico.

1.4 “El azote divino” de la melancolía en la concepción medieval

Es necesario mencionar que antes de este cambio que significó la emergencia de la ciencia moderna, la época medieval se ocupó también del cuadro melancólico desde la visión teológica del mundo imperante en dicho período. La melancolía era considerada como un pecado o una falla moral. Los estados melancólicos aparecen no sólo descritos por los padres de la iglesia, como Agustín en sus “*Confesiones*” y Tomás de Aquino en la “*Suma teológica*”, además de los monjes de la época, sino en la pintura y en la literatura del medioevo. La palabra que se instala para hacer referencia a ella es *acedia* o *tristia*, por sus raíces latinas, más que melancolía, que proviene del vocablo griego.

La acedia que atacaba de manera especial a los jóvenes que optaban por la vida en los conventos, producía una sensación de dolor y alejamiento del mundo que en ocasiones se volvía insoportable avocándolos hacia el suicidio. Para muchos autores de la época,

era un “azote divino” que se manifestaba en la pérdida de placer por la vida espiritual y por todos los preceptos de la religión, lo que radicalizaba las visiones sobre una “posesión demoníaca”.

Sin embargo, Roger Burton sostendrá que la causa de los malestares del hombre y sus enfermedades, para la época medieval, era la naturaleza pecadora de la humanidad, sostiene el autor: “La causa determinante de los malestares del hombre, de las enfermedades y la muerte, de todos los castigos temporales y eternos, es el pecado de nuestro primer padre Adán cuando comió el fruto prohibido por instigación y seducción del diablo. Su desobediencia, orgullo, ambición, intemperancia, escepticismo y curiosidad— de donde procede el pecado original y la general corrupción de la humanidad— es la fuente de donde fluyen todas las inclinaciones malsanas y todas las faltas o transgresiones que causan nuestras desdichas, nacidas de nuestros pecados”¹⁸.

El cuadro melancólico pasa entonces, de ser considerado a partir de una concepción naturalista de la enfermedad, a una concepción teológica como pecado moral donde los nombres de Dante, Bocaccio pueden dar muchas luces para su comprensión. Sin embargo, como ya había planteado, el siglo XVII marcó un nuevo rumbo.

1.5 La ciencia moderna y su perspectiva racional de las enfermedades mentales

La ciencia moderna surge en el siglo XVII con el proyecto cartesiano que representó una revolución en la forma en que el saber operaba en épocas anteriores, marcando una ruptura con toda la historia del pensamiento occidental y fundando una nueva manera de concebir al sujeto. El proyecto cartesiano centraba su principal preocupación en la validación de un conocimiento necesario y verdadero, a través del establecimiento de unos criterios de verdad que le facilitaran dicha tarea. Estos criterios los encuentra Descartes cuando plantea en su *Discurso del método* las exigencias de “claridad y distinción” para edificar las fronteras entre un conocimiento que se asumiera científico de otro que no lo fuera, principalmente del conocimiento que provenía de la imaginación y de la experiencia.

¹⁸ BURTON, Roger. Anatomía de la melancolía. Colección Austral, Ediciones Espasa-Calpe. Argentina. 1947. Pág 7

Estos criterios eran ante todo recursos de una razón cuya esencialidad radicaba en distinguir lo verdadero y lo falso. De allí que el método cartesiano tuviera como acto inaugural la duda de todo el saber hasta entonces construido y, de manera más radical, de la experiencia misma del mundo, es decir, de todo lo existente. Señala Karothy “Descartes propone establecer una duda hiperbólica: dudar del mundo, del cuerpo y de las ideas innatas (principios de la lógica y las matemáticas), bajo la necesidad de demostrar la existencia de Dios como causa. El cogito, *pienso luego existo* indica, de este modo, el término de la duda en la medida en que el sujeto se dirige a Dios como otro polo de atracción, pasando así del cogito a la certeza de la existencia de Dios por la vía demostrativa de la razón”¹⁹.

Para Descartes sólo es válido el saber que el cogito, después de esa operación de duda radical, puede construir en el acto mismo en que piensa. Sostiene el autor: “Advertí que mientras yo quería pensar de ese modo que todo era falso era preciso que yo, que lo pensaba, fuese alguna cosa. Y notando que esta verdad: **pienso, luego soy** era tan firme y segura que no eran capaces de conmovérsela las más extravagantes suposiciones de los escépticos, juzgué que podía aceptarla, sin escrúpulo, como el primer principio de la filosofía que buscaba”²⁰.

En ese sentido, este yo cartesiano sobre el cual se define y se funda el sujeto moderno, como el sujeto de la ciencia, lleva implícita la idea de un vaciamiento, vaciamiento de todo el conjunto de representaciones que los seres humanos elaboramos como mecanismos de aprehensión del mundo, y vaciamiento de una materialidad que lo condiciona a la existencia misma. De allí que se pueda afirmar que el sujeto cartesiano es, sobre todo, un sujeto formalizado, indiviso, matematizable o, como él mismo lo sostiene, “una sustancia cuya esencia íntegra o naturaleza sólo consiste en pensar, y que para ser no necesita ningún lugar ni depende de ninguna cosa material”²¹. Y sin embargo este sujeto cartesiano depende de Dios para garantizar su existencia. El cogito

¹⁹ KAROTHY, R. Vagamos en la inconsistencia: los fundamentos del psicoanálisis. Buenos Aires. Colección lazos. 2001. Pág 30.

²⁰ DESCARTES. René. El discurso del método. Ediciones Suramericana. Buenos Aires. 1967. Pág

160

²¹ Íbid.

cartesiano se dirige a Dios como el otro polo de atracción; es, como sostiene Lacan, dependiente del dios de la religión, “solidario de ese Dios”²².

El problema de la garantía de un Dios que no engaña, que dice siempre la verdad, que tiene voluntad de ella, es el acto de fe que se encuentra en el sustrato o en la base del pensamiento judeo cristiano y en el nacimiento mismo de la ciencia moderna. De allí que tanto el saber como la verdad se vacíen de significación y encuentren su experiencia concreta en la verdad del saber matemático. Pero esta operación no es sin consecuencias, y la primera de ellas está relacionada con el sujeto mismo que produce, dice Karothy, cuando Descartes establece que: “el sujeto es una *res cogitans*-cosa pensante produce un cortocircuito que elude que el ser del yo pueda ubicarse fuera del saber. El momento puntual y evanescente del cogito es reducido a una coincidencia entre el “pienso” y el que “soy” que borra la diferencia entre enunciado y enunciación, todo lo cual trae como consecuencia una sutura del sujeto”²³.

Por otro lado, la consecuencia es sobre el saber, ya que lo que se produce como saber científico se caracteriza por cumplir con criterios como la racionalidad, la matematización, la calculabilidad, la carencia de memoria, la comunicabilidad, la formalización y debe contar con el principio de identidad. El saber es también el medio o la vía por la cual se aprehende la verdad, pero la verdad resultante de esa misma formalización que nada tiene que ver con la verdad subjetiva sostenida por el psicoanálisis.

El resultado de esta operación es la generación de lo que Lacan formalizó como el “discurso de la ciencia”, ligado esencialmente a la idea del sujeto que le compete, como sujeto de la ciencia. Para Lacan, *“La ciencia nació precisamente el día en que el hombre rompió las amarras de todo lo que puede llamarse intuición, conocimiento intuitivo, y en que se remitió al puro y simple sujeto que es introducido, inaugurado ante todo bajo la forma perfectamente vacía que se enuncia en el cogito; pienso, entonces soy {je pense, donc je suis}. Está completamente claro, ahora, a nuestros ojos, que esta fórmula no se tiene en pie, sin embargo ella es decisiva, pues es ella la que permitió... la que permitió esto: ya no se tenía ninguna necesidad de recurrir a la intuición corporal para comenzar a*

²² LACAN. Jacques. La ciencia y la verdad. EN: Escritos II. Siglo XXI editores. Pág 822.

²³ KAROTHY, R. Los tonos de la verdad: Ensayo Psicoanalítico. Ediciones De la Campana. Buenos Aires. 1996. Pág 94.

enunciar las leyes de la dinámica. A partir de ese momento nació la ciencia, correlativa de un primer aislamiento del sujeto puro, si puedo decir. Este sujeto; puro; seguramente, no existe en ninguna parte, sino como sujeto del saber científico. Es un sujeto del cual una parte está velada, aquella, justamente, que se expresa en la estructura del fantasma, a saber, la que comporta otra mitad del sujeto y su relación con el objeto a. El hecho de que todo lo que hasta ahora ha estado interesado sin que se sepa por esta estructura real, a saber, la manera en que se la ha tratado hasta ahora, la manera en que eso se ha inscripto en las relaciones sociales, por las que, de alguna manera, toda la construcción social se fundó sobre esas realidades subjetivas pero sin saber nombrarlas; está claro que la expansión, la dominancia de ese sujeto puro de la ciencia es lo que llega a estos efectos cuyos actores y participantes son todos ustedes, a saber: esas profundas reelaboraciones de las jerarquías sociales que constituyen la característica de nuestro tiempo²⁴.

Sin embargo, si con Descartes se asiste a la ruptura fundamental que marcó su método para el sujeto y la historia del pensamiento occidental, será con la física que desarrolla Galileo Galilei, y que Newton formula de manera definitiva, que la ciencia adquiere este estatuto de discurso, constituyendo la base de todo el cuerpo teórico de la ciencia moderna. A diferencia de la época medieval que concebía la existencia de una ley universal, cuyo fundamento divino permitía pensar la idea de una esencialidad en los objetos como pertenecientes a un todo armónico, la ciencia moderna, por el contrario, edifica un mundo enteramente matematizable y carente de cualquier significación. Su dominio, es ahora y para siempre, una realidad cortocircuitada de los significantes que la hacen abordable para los sujetos.

Después de las teorías newtonianas, los objetos del mundo carecen de sus cualidades y están desprovistos de sus significados, ya que la objetividad de las formas suplanta la materialidad del mundo, junto con la multiplicidad de sus representaciones. La realidad se vuelve muda por la lógica, los mensajes de los planetas ya no se reciben en forma de enigmas sino en forma de signos y números, los símbolos sólo adquieren sentido en una sucesión de términos que condensa el lenguaje de las matemáticas y, por ende, se

²⁴ LACAN, JACQUES. Breve discurso a los psiquiatras. Extraído el 28 de Octubre del sitio web http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf. Pág 18.

sutura la dimensión interpretativa, simbólica de la existencia. El sujeto deviene un sujeto formal, acallado en fórmulas e índices. Lacan afirma frente a esto que “todo lo que ha sido producido como ciencia es no verbal, las fórmulas científicas sin siempre expresadas por medio de las pequeñas letras. La ciencia es eso que se sostiene en su relación con lo real gracias al uso de pequeñas letras”²⁵.

Para Lacan, la ciencia es no verbal y esto trae consigo el desconocimiento del sujeto como ser hablante, como un sujeto que puede formular demandas y que, por ende, pueda dar cuenta de un deseo que no es formalizable. En pocas palabras, el discurso de la ciencia como Lacan lo revela, hace que el sujeto deseante se desvanezca, ya que con Descartes es claro que el sujeto al que apuntala la ciencia es un sujeto marcado constitucionalmente por una reducción del campo del saber, un vaciamiento de la dimensión de la verdad que lo condena irremediabilmente a ser un sujeto puro del conocimiento.

De allí que se considere que el discurso de la ciencia es una “ideología de la supresión del sujeto” y de la eclosión o forclusión del campo de la verdad, con el propósito de constituir un saber formal. Sin embargo, con las teorías psicoanalíticas se descubre que aquello que se excluye siempre habla y, en ese sentido, aunque la ciencia excluya de su operación ese campo y marque desde su inicio una distancia entre el saber y la verdad del sujeto, ésta no deja de hablar. Es por eso que la ciencia, entre más se esfuerce en eliminar la dimensión subjetiva, más la reforzará, entre más se esfuerce en producir un sujeto de la ciencia, más rápido hará aparecer al sujeto del inconsciente, como efecto de este discurso.

Por otro lado, Lacan es claro al decir que en la actualidad el discurso científico viene articulado con el discurso capitalista. Este último es producto de la incorporación del discurso científico en el marco tecnocrático de las sociedades actuales, cuyo lema es la instauración de un tipo de sujeto que es insaciable para el consumo y liberado de todo padecimiento, donde la tristeza, la soledad y la angustia son prohibidas o concebidas como una “falla en la adaptación” frente al medio donde se desenvuelven. Es por esto que se hace necesario luchar contra ellas y contra las formas diversas en que se manifiestan: depresión, stress, ansiedad, ataque de pánico, bulimia, anorexia,

²⁵ LACAN, Jacques. Radiofonía y Televisión. Editorial Anagrama. 1977. Pág. 57.

toxicomanías etc. Para el discurso capitalista no está permitido que un sujeto se deprima cuando tiene acceso a “todos los mecanismos” para ser feliz. En pocas palabras, la tristeza es injustificable.

Eso explica por qué dicho discurso se vale de la psiquiatría contemporánea, como un instrumento de su poder, para construir y promover categorías diagnósticas de una manera compulsiva con el fin de acantonar a los sujetos que se separan de sus lógicas de consumo y de la fabricación de objetos ofertados como medios para taponar el agujero, la falla o la hiancia constitucional de los seres humanos. El discurso capitalista promueve una subjetividad sin conflictos, una universalización de las formas válidas de la existencia y un sujeto dirigido por las leyes del mercado, lejos de la visión del psicoanálisis que defiende la inclusión de la singularidad humana.

Pero, ¿cómo se concretan todas estas reflexiones con lo que se ha venido articulando alrededor de la depresión y la melancolía? Pues, precisamente, es con el surgimiento de esta ciencia que se abren los nuevos caminos por los cuales transitarán las categorías que el discurso médico, catalogado como un discurso articulado ahora en este “paradigma científico”, elaborará para aproximarse al cuadro mencionado. Para decirlo de otro modo, el siglo XVII marca la irrupción de una ciencia que condicionará los avances y las reelaboraciones que, a nivel médico, situará a la melancolía y a la depresión en dicho discurso como una entidad diagnóstica propiamente dicha. Sin embargo, esto sólo será posible hasta la aparición de la psiquiatría en el siglo XIX. En ese sentido, la melancolía seguirá siendo concebida como una enfermedad de los humores, como un estado relacionado con el talento artístico y, retomando la concepción medieval, como un pecado moral.

No obstante, para que este cambio fuese posible primero tuvieron que darse ciertas transformaciones en lo que M. Foucault denomina “la mirada clínica”, que se sitúan en el siglo XVIII. Para el autor, *“lo que constituye la unidad de la mirada clínica, no es el círculo del saber en el cual se concluye, sino esta totalidad abierta, infinita, móvil, desplazada sin cesar y, enriquecida por el tiempo, cuyo recorrido comienza sin poder detenerlo jamás: una serie de registro clínico de la serie infinita y variable de los acontecimientos. Pero su soporte no es la percepción del enfermo en su singularidad, es una conciencia colectiva encabestrada con todas las informaciones que en ella se cruzan, creciendo de un ramaje*

*complejo y siempre abundante, agrandada por fin a las dimensiones de una historia, de una geografía, de un Estado*²⁶.

En otras palabras, el siglo XVIII es el período donde adquieren sentido los cambios profundos que a nivel nosológico, teórico y técnico experimentarán los cuadros melancólicos, puesto que es el siglo donde no sólo se señala la ruptura tajante con las concepciones naturalistas que permeaban la medicina y que aún mantenía a grandes rasgos el modelo hipocrático sino, además, inaugura el fundamento de la medicina moderna desde un paradigma experimental y racionalista, haciendo uso de los avances que vendrían aportar las “nuevas” disciplinas como la botánica centrada en las teorías de Linneo, la fisiología con sus avances sobre el sistema nervioso, la psicología con su visión positivista de la conducta humana y la biología con su concepción evolucionista de las especies.

Estos cambios se concretarán de manera irreversible en el siglo XIX, que fue el período de surgimiento de las primeras clasificaciones nosográficas y la escritura de tratados psiquiátricos propiamente dichos. Es allí donde los nombres de Esquirol, Falret, Kraepelin tendrán un lugar invaluable.

Así de la melancolía de los humores hipocrática, ya cuestionada por este nuevo proceder médico centrado en una visión mecánica del organismo viviente y, de la enfermedad como un compendio de signos y síntomas extraídos fenoméricamente, se pasó a una melancolía clasificada desde un paradigma “funcional” como muchos autores lo llaman, y que planteaba que las funciones mentales (emocionales, intelectuales y volitivas) podían enfermar independientemente.

Es por ello que las enfermedades mentales quedaron agrupadas bajo ese rótulo de la siguiente forma: las enfermedades mentales que incluían alteración de las funciones mentales eran la paranoia y la esquizofrenia, las emotivas eran la melancolía y la manía y las volitivas incluían los desórdenes psicopáticos. Foucault recoge estas transformaciones exponiendo: *“En el siglo XVIII, el acto fundamental del conocimiento médico era establecer una señal: situar un síntoma en una enfermedad, una enfermedad en un conjunto específico, y orientar éste en el interior del plano general del mundo*

²⁶ FOUCAULT, Michel. El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. Argentina. 1966. Pág 53

patológico. En la experiencia que se constituye a fines de siglo, se trata de practicar un corte por el juego de series que, al cruzarse, permiten reconstituir esta cadena de la cual hablaba Menuret. Razoux establecía cada día observaciones meteorológicas y climáticas que comparaba, por una parte, con un análisis nosológico de las enfermedades observadas, y por otra, con la evolución, las crisis, la conclusión de las enfermedades. Un sistema de coincidencias aparecía entonces, indicando una trama causal, y sugiriendo también entre las enfermedades parentescos, o encadenamientos nuevos²⁷.

Esa profunda transformación se concretó en el siglo XIX dando origen al pensamiento sistemático de la psiquiatría clásica centrado en sus dos grandes escuelas: la francesa y la alemana.

1.6 La “enfermedad” melancólica en las escuelas de la psiquiatría clásica

Durante el siglo XVIII, la manía se convierte en el núcleo de la nosografía de las enfermedades mentales especialmente con uno de los grandes fundadores de la psiquiatría clásica, Phillippe Pinel.

Para este autor, la alienación mental era considerada una enfermedad del sistema nervioso, cuya causa principal estaba en una alteración o perturbación de las funciones intelectuales que dicho sistema sostenía en el cuerpo humano. Es por ello, que a Pinel se le considera como uno de los padres de la escuela de los alienistas durante el siglo XVIII, quiénes eran partidarios de mantener una causa orgánica para las neurosis y demás enfermedades del sistema nervioso que se caracterizaban por presentarse sin lesión ni inflamación evidente de los órganos del cuerpo, pero cuyo correlato cerebral hacía pensar en un mal funcionamiento de éste. Esta acepción estaba emparentada con la concepción clásica en la que estuvieron enmarcadas estas dolencias, y fueron las que predominaron durante bien avanzado el siglo XIX.

Pinel elabora su clasificación teniendo en cuenta cuatro grandes “manifestaciones mórbidas” o alteraciones del entendimiento que componen su nosografía: la manía, la

²⁷ *Íbid.* Pág 53.

melancolía, la demencia y el idiotismo. Entidades todas atravesadas por el concepto de *vesanía* o perturbación de las funciones, donde Pinel concebía la locura. De esta manera, uno de los aportes pinelianos fue renovar la concepción del loco que imperaba en la época como un individuo “peligroso” para concebirlo como un “alienado mental” con una única desventaja: que sus funciones intelectuales estaban perturbadas. De allí que muchos autores rescaten el “nuevo panorama de la locura” instalado por Pinel en el siglo de las revoluciones.

En las teorías de Phillippe Pinel la melancolía era concebida como un estado de delirio limitado a un objeto o a una serie particular de objetos, donde las facultades mentales permanecían intactas fuera del “núcleo” delirante y el comportamiento seguía siendo coherente y comprensible. El estado afectivo y el tema del delirio pueden ser de naturaleza triste o de naturaleza alegre y exaltada. Estados que concuerdan en estructura con lo que ya mencionaba Aristóteles y que posteriormente se encontrarán en la emergencia de la categoría de maníaco-depresiva, en la que Falret y Baillager participarán de manera activa al describir de manera independiente la categoría de “*locura circular*”,.

La manía por el contrario, era considerada como un delirio generalizado a diferencia de la melancolía concebida como un delirio parcial, lo que no excluía que dichos estados pudieran presentarse de manera alternada en un mismo sujeto. Aunque al pasar del tiempo, la ambigüedad entre las mismas vaya a concretarse con la aceptación de la categoría de “locura maníaco-depresiva” de Jean Pierre Falret.

Es importante mencionar las dos alusiones a las que lleva la recuperación de esta visión para las intenciones del capítulo; por un lado, la perspectiva de los alienistas sobre la causa orgánica de las enfermedades mentales en el sentido de una perturbación de las funciones intelectuales, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso. Y por el otro, una concepción de “locura” que favorecerá la instalación de un saber y una clínica más sistemática de la melancolía. La visión alienista se impondrá posteriormente en la ciencia psiquiátrica para favorecer explicaciones netamente orgánicas sobre el estado depresivo.

A comienzos del siglo XIX, Esquirol reemplaza el cuadro de la melancolía por dos afecciones diferentes: la lipemanía y las monomanías, obteniendo de esta manera la melancolía un estatuto nosológico y clínico diferente al sostenido por Pinel, como delirio

parcial. Definió a la locura como “*una afección cerebral ordinariamente crónica, sin fiebre, caracterizada por desórdenes de la sensibilidad, de la inteligencia y de la voluntad*”²⁸. Y el vocablo melancolía quedó extraído definitivamente de la escritura de sus tratados para hablar sólo de monomanía. Este cambio, según el autor se debe a que “*La palabra melancolía empleada en el lenguaje vulgar para expresar el estado habitual de tristeza de algunos individuos, debe dejarse a los moralistas y a los poetas, quienes en sus expresiones, no están obligados a tanto rigor como los médicos*”²⁹.

El cambio propuesto por Esquirol sólo logró imponerse en Francia ya que en el resto de todo el mundo occidental, fue el término melancolía el que siguió usándose.

P. Bercherie nos hace una detallada descripción de la nosología de Esquirol afirmando que el autor crea la gran clase de las monomanías, que reagrupa todas las afecciones mentales que no afectan más que parcialmente a la mente, dejando intactas las facultades, dejando de lado la lesión focal que constituye toda la enfermedad. Reagrupa en ella, entonces, la manía sin delirio de Pinel y su melancolía, término ambiguo en tanto debía incluir a los delirios expansivos de tonalidad alegre. Las monomanías le parecen esencialmente asimilables a una pasión patológica que actúa sobre la inteligencia fijando su atención.

Estos dos grandes autores inician toda una tradición que marcará la historia de la psiquiatría y en cuya influencia reposarán las definiciones de la melancolía en las generaciones siguientes, las cuales cabe destacar a Jean Pierre Falret y Baillarger quienes seguirán admitiendo, como ya lo habían hecho Pinel y Esquirol, causas tanto morales como físicas para las enfermedades mentales.

Jean Pierre Falret, quien en 1854 formula el concepto de *locura maniaco-depresiva* en su tratado “*Acerca de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de la melancolía*”, es el primero en asemejar el vocablo melancolía a depresión, ya que su concepción sobre la unicidad entre los estados maniacos y depresivos le permitía hablar de un movimiento de alternancia regular y

²⁸ ESQUIROL, Etienne. Tratado completo de las enajenaciones mentales consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal. Imprenta del colegio de sordo-mudos. Madrid. 1841. Pág 4.

²⁹ *Ibid.* Pág 19.

sucesiva entre dos estados con intervalos más o menos prolongados. Esta concepción fue aplaudida en la época y se convierte en un antecedente fundamental de las concepciones de la psicología comportamental que avalan los tratamientos con medicación.

Esta concepción iniciada por Falret es la que se concreta en el debate sobre la existencia de una sola psicosis, que permeará todo el siglo XIX y XX, y que se encarnará en las versiones posteriores que Emil Kraepelin desarrollará. A estas instancias hablar de una sola psicosis era proponer para la psiquiatría de la época una abolición de los cuadros anteriormente separados de la manía y melancolía, para pasar a enunciar que la psicosis era un cuadro independiente con alternancia de períodos maníacos y depresivos y en los cuales existían diferentes momentos de intensidad y duración. Esto permitiría hablar también de una personalidad alternante o ciclotímica como una forma atenuada en que la enfermedad podría manifestarse. Esta idea de personalidad ciclotímica o circular estará presente en todas las ediciones del DSM referida a las afecciones depresivas.

Por otro lado, mientras que la escuela francesa estaba sostenida por los intentos clasificatorios de la figura de Phillipe Pinel y los alienistas, como Etienne Esquirol en la escuela alemana de la psiquiatría clásica sobresalen nombres como los de Emil Kraepelin, Sigmund Freud y Karl Jaspers. Estos autores, influenciados por la filosofía naturalista y racionalista de Immanuel Kant y Schelling, así como de Wilhelm Wundt para el caso de Kraepelin y de Brentano para Sigmund Freud, lograron consolidar el gran movimiento de la psiquiatría alemana de mitad del siglo XIX y de principios del siglo XX.

Vale la pena sostener que antes de estos autores existieron toda una gama de médicos alemanes, cuyas herencias posibilitaron la concreción de los desarrollos teóricos de Kraepelin y Freud, a los cuales Paul Bercherie acierta en tratar como los pensadores de la primera psiquiatría clásica en Alemania. Autores como Joseph Guislain y Wilhelm Griesinger son los pilares de dicho cambio. Antes de ellos, la escuela alemana se debatía entre la corriente psiquista que consideraba que todas las enfermedades mentales eran producto de un desequilibrio natural, y la vertiente somática, para la cual las enfermedades mentales eran resultado de alguna perturbación orgánica.

Paul Bercherie considera este período como pre-pineliiano, ya que fue hasta la aparición de Griesinger con su primer tratado de psiquiatría que puede realmente afirmarse que la disciplina entró en su vertiente científica, a través de cuyas ideas la enfermedad mental

ya podía pensarse de manera global hacia factores más pluricausales aunque siempre conservando la concepción fisiológica de los cuadros clínicos de la que se apartará Freud, pero que conservará Emil Kraepelin en sus teorías.

Para efectos de esta primera parte del capítulo sólo me detendré en la importancia de las teorías kraepelianas alrededor del concepto de psicosis maniaco-depresiva, cuyo marco representa la aparición de la noción de “depresión” en la clínica moderna.

Para Izcovich dicho cambio está anunciado de la siguiente manera *“Es cierto que en la historia de la clínica, la melancolía conoció un uso generalizado, sobre todo en el inicio del siglo XIX, para luego acantonarse con la introducción de la categoría de “monomanie triste” hecha por Esquirol. Si finalmente, en el momento de la construcción de las grandes categorías clínicas al final de ese siglo y comienzos del siglo XX, es el término de depresión que se impone, es para ocupar un lugar marginal, como fenómeno nosográfico, sin lograr constituir una categoría en sí misma. Un primer cambio se constata con la introducción, que hace Kraepelin, de una categoría que tiene en cuenta las alteraciones del humor: la psicosis maniaco-depresiva”³⁰.*

De allí que sea a Kraepelin a quien se le debe la creación de la categoría genérica de “estados depresivos” en la psiquiatría clásica, incorporada en su última clasificación nosográfica en el año 1921. En esta categoría incluye la melancolía simple, el estupor, la melancolía grave, la delirante y la fantástica. Sin embargo, esto sólo fue reconocido en una parte del mundo occidental incluyendo Francia y Alemania; por su parte, la medicina británica continuó aceptando la clasificación de “cuadros melancólicos” para incluir estas manifestaciones.

Pero quizás uno de los aportes más fundamentales de Kraepelin fue el de haber introducido el término de “endógeno” en la etiología de las enfermedades mentales, al proponer una división entre ciertas enfermedades que no eran producto de la aglomeración de variables como: herencia, factores medioambientales y conductuales, sino un cierto patrón de factores biológicos que estaban presentes en la enfermedad y que ayudaban en su desencadenamiento.

³⁰ IZCOVICH, Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 2005. Pág. 8

El término “endógeno” fue utilizado inicialmente por las taxonomías botánicas de principio de siglo y posteriormente extendido por Moebius para designar ciertos estados psicopatológicos como la locura maniaco-depresiva que se presentan por una alteración de factores internos de la misma enfermedad y que equivocadamente se terminó reduciendo a factores biológicos o bioquímicos de la misma. Este debate entre los términos “endógeno” y “exógeno” fue rescatado nuevamente en la clasificación que realiza el DSM de la depresión como un trastorno afectivo, considerando a la depresión endógena o desorden afectivo bipolar o unipolar como un estado de tristeza prolongado sin causa externa aparente y que se manifiesta en la pérdida de la capacidad de sentir placer por la vida, mientras que se le reserva la categoría “exógena” al estado producto de una pérdida aparente: laboral, familiar, personal etc.

Este debate será quebrantado en las clasificaciones posteriores por los avances en la genética y epidemiología a finales del siglo XX, cuyos estudios le permitieron a la psiquiatría proponer que entre estas dos categorías no existía ninguna diferencia y que ambas participaban de una misma categoría nosológica que en el DSM IV se denominará “episodios afectivos”. Esto se revelará más adelante con la normalización de los diagnósticos y la evolución de la categoría de la “depresión” en los manuales de la psiquiatría americana.

En conclusión, los debates iniciados alrededor de la categoría de la melancolía en la historia antigua y clásica de la psiquiatría transitan desde los marcos salud/enfermedad como perturbación humoral, actividad creadora, enfermedad recurrente del espíritu, afección parcial de las funciones mentales, alteración de la funciones orgánicas del sistema nervioso, en cuyas concepciones se desglosan las articulaciones con entidades cercanas o no, como la manía absolutamente dispares como la demencia.

Estos marcos son los que constituyen el punto de partida sobre el cual es necesario sostener el camino hacia la comprensión de por qué la depresión aparece en el discurso psiquiátrico como una “novedad” en su instalación y su tratamiento, pero de “vieja data”, en la medida en esa aparición se realizó retomando una tradición que al parecer se ha vuelto desconocida para la psiquiatría moderna.

No en vano E. Roudinesco plantea que lo que se conoce como “depresión” no es más que la forma atenuada de la antigua melancolía como la entidad clínica que agujeró a muchos psiquiatras clásicos por no encontrar ninguna posibilidad de tratarse como

enfermedad del sistema nervioso, donde las causas orgánicas ya habían sido desplazadas para darle paso a investigaciones más relacionadas con algún aspecto del alma que se asemeja más a la idea del sentimiento vital perturbado en el melancólico, a una pasión en el sentido de las teorías filosóficas.

En pocas palabras, si hoy existe la categoría de “afecciones del estado del ánimo”, “depresión endógena”, “depresión exógena”, “personalidad ciclotímica”, “depresión unipolar y bipolar”, es precisamente por las enormes discusiones de siglos y de personajes interesados en hacer de su clínica una práctica objetiva y moral, legado que ha sido trastocado por la contemporaneidad en la que cada día se hace más recurrente la existencia de una clínica de los psicotrópicos permeada por el positivismo y el psicodinamismo medicamentoso.

1.7 El paradigma de los psicotrópicos en la psiquiatría contemporánea

Los años 50 se convirtieron para muchos autores en la pieza clave de la comprensión de la explosión del discurso de la depresión, puesto que se conjugaron elementos que deben ser tenidos en cuenta si se desea una aproximación a la bien sabida naturalización del trastorno depresivo, ya que representan la denominada “época de oro” de la psicofarmacología que dio origen a una revolución en la nosología, el tratamiento y la cura de los enfermos mentales, y realmente lo fue, si se enuncian todos los adelantos que tuvieron lugar en la farmacología en dicho período.

En la década de los 50, la psiquiatría vive una verdadera transformación en su forma de intervenir a los pacientes y en la creatividad con la que formula numerosas terapéuticas que se erigen, ellas mismas, como eficaces para el tratamiento de los enfermos mentales. La idea de “eficacia” es incrustada en la psiquiatría de esos años para demostrar cuán inadecuados habían sido los tratamientos anteriormente utilizados, dentro de los cuales cabría destacar la sugestión (tan usada como criticada por S. Freud), los electroshock, los baños calientes y fríos, entre otros métodos, hasta la aparición del “nuevo redentor”; el psicofármaco.

Para Elizabeth Roudinesco: *“Desde 1950, las sustancias químicas – o psicotrópicos- modificaron el paisaje de la locura. Vaciaron los asilos, sustituyeron la camisa de fuerza y*

*los tratamientos de shock por la envoltura medicamentosa. Aunque no curan ninguna enfermedad mental o nerviosa, revolucionaron las representaciones del psiquismo fabricando un hombre nuevo, liso y sin humor, extenuado por la evitación de sus pasiones, avergonzado de no ser conforme al ideal que le proponen*³¹.

No obstante, con anterioridad a esta época, en los años 40, existían una serie de terapéuticas basadas en técnicas físicas y biológicas, por las cuales pasaban los pacientes que se consideraban “enfermos mentales”, pero cuyos resultados no garantizaban la eficacia del tratamiento, ya que se notaban constantes recaídas una vez que el paciente se adaptaba a ellas. Entre los ejemplos más famosos están los “comas insulínicos” de Sackel, la hidroterapia, la piretoterapia de Von Jauregg, la convulsoterapia cardiazólica de Von Meduna y las prácticas quirúrgicas como las leucotomías prefrontales de Egas Moniz.

No son de menor consideración tener en cuenta dos grandes eventos para la psiquiatría de principios de siglo: El I Congreso Mundial de Psiquiatría, que se llevó a cabo en la ciudad de París en 1950 y que tenía como objetivo garantizar celeridad, eficacia y demostración de la multiplicidad de terapéuticas de choque presentadas, y un revés importante en las temáticas expuestas en el II Congreso Mundial de Psiquiatría, siete años más tarde en la ciudad austríaca de Zurich, donde ya no aparecen como importantes las discusiones alrededor de estas terapias sino, mágicamente, un interés indudable en los tratamientos químicos, es decir, organizados en torno a los psicotrópicos, y su influencia especial en las enfermedades psicóticas.

Este interés viene precedido por los descubrimientos que en esa época se consideraban un hit médico, tanto en la psiquiatría como en la industria farmacéutica en general. Esos descubrimientos fueron; la clorpromazina, la reserpina, el meprobamato, todos ellos con una considerable influencia en estados esquizofrénicos y maníacos-depresivos.

En ese sentido, la aparición del psicofármaco constituye el elemento confirmatorio del cambio de paradigma de la psiquiatría contemporánea, convirtiéndose en el avance más notable de toda la medicina del siglo XX. Este paradigma, permeado ahora por las

³¹ ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000. Pág 21

“nuevas disciplinas científicas” como la genética, la epidemiología, la biología molecular y la farmacología, hacen que las formas de concebir la enfermedad sean desde una visión netamente orgánica o biologicista del organismo enfermo. Pero antes de dar crédito a estas afirmaciones, es necesario ir paso por paso en esa transformación de la psiquiatría contemporánea.

Lo primero es conocer que antes del descubrimiento del psicofármaco, la psiquiatría se debatía en dos grandes frentes que son explicados por P. Pignarre de la siguiente manera: *“la psiquiatría intenta abrirse paso de modo voluntario a dos frentes; el de la psicocirugía con las lobotomías y el de la psicología con las psicoterapias de inspiración analítica. Pero, tal como se ha visto, se abre una tercera vía casi por sorpresa, en 1952, con el primer neuroléptico, el porvenir de la psiquiatría no pasa por su “cirugización” ni por su “psicologización”. Sería médica. La clorpromazina estiba sólidamente la psiquiatría a la medicina”*³².

Eso explica su irrupción de manera abrupta en el saber psiquiátrico de la categoría de la depresión, contando además con el “cambio del paisaje de la locura” del que nos habló Elizabeth Roudinesco. Ese cambio de paisaje constituye un nuevo paradigma para autores como Lánteri-laura. En su texto *“Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna”* sostiene que el paradigma actual liderado por la Asociación Americana de Psiquiatría, empieza a partir de los años 80 y se basa en la exaltación de la medicación, por encima del estudio riguroso de las entidades clínicas, ya que se pierden y relativizan las ideas de estructura, entidad clínica y enfermedad mental, que sí tuvieron su importancia en épocas anteriores. En pocas palabras, el modelo actual, según el autor, se caracteriza por una des-subjetivación tanto de la clínica como del saber psiquiátrico.

Este nuevo modelo intenta retomar los conceptos propios de la psiquiatría clásica apoyada en la idea de las enfermedades mentales y su etiología anatómica y fisiológica, pero con una orientación neopositivista y, además, con un reduccionismo biológico indudable en la explicación de los síntomas y de los mismos padecimientos psíquicos lo que pone a prueba la conservación del término “enfermedad”.

³² PIGNARRE, Phillipe. La depresión: una epidemia de nuestro tiempo. Editorial Random House Mondadori. 2003. Pág 45.

Sin embargo, esa aparición tan “urgente” del fármaco ha sido cuestionada desde diferentes disciplinas; la misma psiquiatría y el psicoanálisis, no sólo por la expansión al que se vio lanzado, movilizad por intereses abiertamente globalizadores y capitalistas de las industrias farmacéuticas, sino por las implicaciones que a nivel social, subjetivo y clínico ha tenido la introducción de los mismos.

Si antes quedó mencionado que la psiquiatría es esa “*rama de la medicina, recientemente autónoma, como instituciones antagonistas y cuestionadas, como soluciones alternativas, como doctrinas, algunas de las cuales se pretenden hegemónicas sin lograr ser reconocidas totalmente como prácticas semiológicas y terapéuticas muy heteróneas*”³³, que acopla en su pretensión de “cientificidad” los aportes de las nuevas disciplinas en aras de lograr la universalización deseada en la generación de diagnósticos comunes (que logren unificar la dispersión de las entidades clínicas y de los debates en torno a ellas que se gestaban a principios de siglo), lo que se evidencia actualmente con los DSM es una disolución del campo psiquiátrico en una colección casi infinita de *trastornos* médicos.

Elizabeth Roudinesco lo expresa de la siguiente manera: “*A partir de los años ochenta, todos los tratamientos psíquicos racionales, inspirados en el psicoanálisis, fueron violentamente atacados en nombre de la progresión espectacular de la psicofarmacología. Al punto que los mismos psiquiatras, ya lo he dicho, se inquietan hoy y critican sus aspectos nocivos y perversos. Temen, en efecto, ver desaparecer su disciplina en beneficio de una práctica híbrida que, por un lado, reservaría la hospitalización para la locura crónica, pensada en términos de enfermedad orgánica y vinculada a la medicina y, por otro, devolvería a los psicólogos clínicos los pacientes que no estarían tan locos para competir a un saber psiquiátrico completamente dominado por los psicotrópicos y las neurociencias*”³⁴.

La relevancia de dichos argumentos viene a estar soportada con los últimos descubrimientos en la clínica de los diversos psicotrópicos que han sido utilizados, avalados y certificados por la práctica psiquiátrica. En un período de no más de 10 años

³³ LACOMBE, Elena. “Debate actual con la psiquiatría”. En: Revista Psicoanálisis y el hospital: Psiquiatría y Psicoanálisis. Año 5. Número 9 de 1996. Buenos Aires. Pág 47-51.

³⁴ ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000. Pág 16.

aparecieron ensayos clínicos y estudios de doble ciego que anunciaban los efectos antimaniacos del litio descubierto en los años 1949, la entrada en el mercado de la clorpromazina en el año 1952 y su equivalente, el antidepresor o ansiolítico meprobamato en el 1954, seguido también de la conocida imipramina y el gran descubrimiento de los años 60, producto de las investigaciones con las benzodiazepinas, el clordiazepóxido. Todos ellos etiquetados como “los grandes redentores”, “los más fiables” para el tratamiento de los trastornos afectivos.

J. Lacan también hace mención de esta falla en el campo de la psiquiatría, refiriéndose al estancamiento que ha sufrido esta disciplina en su saber y sobre todo, dice él, en el análisis de su objeto/sujeto de estudio, “el loco”. La psiquiatría, ya veía Lacan, no ha mostrado progresos considerables ni en su estudio y en la valoración del “loco”, ni en la formación de nuevas entidades clínicas que den cuenta de una práctica viva, autorreflexiva y rigurosa, sino que vive plegada aún a los grandes fantasmas que le dieron origen. El autor afirma:

“...es muy sorprendente, es muy sorprendente que desde hace un cierto número... un cierto tiempo que corresponde a esta treintena de años de la que acabo de hablarles, no ha habido, en el campo de la psiquiatría, el campo de esta relación con este objeto: el loco, no ha habido el menor, ¡el menor descubrimiento! No hubo la más pequeña modificación del campo clínico, el menor aporte. Con todos los medios considerablemente incrementados de interrogación, en fin... lo que... que se tiene a mano, está claro que todo lo que incluso se ha, en un cierto momento, así, podido ver especificarse con un pequeño recorte de... de eslabón psíquico, la asociación de ciertos cuadros con ciertos dosajes, en fin... todo eso ha sido siempre extraordinariamente fugaz, al cabo de dos o tres años nadie habla más del pequeño síndrome que tal o cual ha descrito, y nos quedamos con la bella herencia del siglo XIX que está ahí, constituida, integral, ¿no es cierto?... Evidentemente se ha añadido un poco a lo (que se había dibujado, no hablemos de los grandes nombres franceses,) que no pronunciaré más, para hablar de otro... se han añadido algunos detalles, algunos retoques, pero en el

*conjunto... en fin, ellos son ¿qué? los últimos, los últimos complementos, constituidos técnicamente, que yo llamo descubrimientos, especificación de tal entidad clínica*³⁵.

Y continúa: *“Ahora, como ustedes saben, la psiquiatría; he escuchado eso en la televisión; la psiquiatría vuelve a entrar en la medicina general sobre la base de esto, que la propia medicina general entra enteramente en el dinamismo farmacéutico. Evidentemente, ahí se producen cosas nuevas: se obnubila, se tempera, se interfiere o modifica... Pero no se sabe para nada lo que se modifica, ni, por otra parte, a dónde llegarán esas modificaciones, ni siquiera el sentido que tienen; puesto que se trata de sentido*³⁶.

Es por este avance del discurso de la ciencia que la década de los años 50 fue el epicentro de la explosión preocupante de la depresión como una dolencia universal, pero no sólo por la aparición del psicotrópico como la solución de la “enfermedad” depresiva, sino también por la exclusión de la mirada de la psiquiatría que había sido tan defendida anteriormente. Esto se debe básicamente al descubrimiento del carbonato del litio que se convirtió en el arma más poderosa para la industria farmacéutica en la conquista de la locura, creando un nuevo mercado de psicotrópicos para los pacientes con trastornos bipolares, depresión endógena y exógena y manía aguda. Al tiempo que la disciplina psiquiátrica se alienaba totalmente al discurso médico actual caracterizado por un desconocimiento de la singularidad humana, olvidando los cimientos que de antaño construyeran sus pensadores.

Fue el momento en que la psiquiatría abandonó sus especulaciones médicas, sus investigaciones rigurosas en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y sobretodo, del significado de la clínica como una práctica moral y respetuosa de las diferencias humanas.

Con el litio, el discurso capitalista, apoyado en la ciencia contemporánea, encontró el arma perfecta y eficaz para demostrar que las enfermedades mentales cedían ante el tratamiento medicamentoso, generando con ello una amplia gama de productos al servicio de las instituciones médicas, del personal sanitario y de pacientes con padecimientos mentales, pero que significaba la abolición irreversible de la subjetividad en el campo médico.

³⁵ LACAN, Jacques. Breve discurso a los psiquiatras. 10 de Noviembre de 1967. Texto establecido por la Asociación Freudiana de Buenos Aires. Argentina. Pág 8. Consultado en: http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf

³⁶ Ibid. Pág 9.

No obstante, en un mundo permeado por la ciencia era necesario también hallar la “prueba científica” que validara la utilización de los nuevos descubrimientos farmacológicos surgidos a partir de la exploración del litio, y es así como aparecen los ensayos clínicos cuyo propósito inicial era brindarle a los pacientes una respuesta científica, comprobada, que lograra menguar los cuestionamientos éticos sobre la eficacia y la seguridad de los tratamientos con fármacos y, de una u otra manera, proporcionarles un método riguroso y objetivo para monitorear los efectos de un tratamiento sobre la “salud” humana, logrando de esta manera establecer un proceder objetivo a la altura de la exigencia científica, sobre la utilidad del mismo.

Sin embargo, aunque en sus inicios los ensayos clínicos eran medios de defensa contra la voracidad de la industria farmacéutica, no pasó mucho tiempo para que cambiara el panorama, ya que, los Estados en vez de aprovechar estos estudios para garantizar un control efectivo sobre los medicamentos producidos y distribuidos por las empresas farmacéuticas, decidieron aislarse y en ocasiones rechazar estos métodos, permitiendo a las propias industrias adueñarse de ellos; en palabras de Pignarre: “Los poderes políticos habrían podido aprovecharse de ello y otorgarse los medios para financiar estudios clínicos. Habría sido entonces muy diferente la historia de la industria farmacéutica, tanto como la de la oferta de medicamentos. Pero no ocurrió así”³⁷.

El gran revuelo que causó la aparición de una herramienta como ésta, lejos de alcanzar los objetivos propuestos según el autor, lo que provocó al principio (cuando no eran aún evidente los beneficios económicos que traían consigo, sino aun cuando eran concebidos como una alternativa de control) fue un rechazo generalizado; por un lado, por los médicos, acostumbrados siempre a confiar en su capacidad de observación, teorización y juicio sobre las enfermedades que diagnosticaban; por otro lado, por los políticos que veían una inversión infructuosa para determinar criterios más eficaces que aquellos que creían válidos, además de existentes en su época, por los industriales que veían cooptada y obstaculizada su libre competencia y, por último, por la sociedad en general, que bien sea dicho, no participaba mucho de estos asuntos, a no ser que fuera consumidora de los medicamentos publicitados por la industria.

³⁷ PIGNARRE, Phillipe. La depresión: una epidemia de nuestro tiempo. Editorial Random House Mondadori. Madrid. 2003. Pág 20.

Sin embargo, no pasó mucho tiempo para que los grandes laboratorios se vieran movilizados por las grandes ganancias que representarían los ensayos clínicos, y los monopolios que impulsarían, ya que a mediados de los años 50 serían aceptados como legítimos por ellas, al punto que exigían a viva voz que todo medicamento comercializado y posicionado en el mercado tuviera el aval de calidad, tolerancia y eficacia de los ensayos, cumpliendo de esta manera con las exigencias válidas en mundo absorbido por el discurso de la ciencia donde todo tiene que ser testado y medido para ser avalado.

Esa llamada “época de oro” de la psicofarmacología, logró instalar en el discurso de la época, una nueva “objetividad” sobre los diagnósticos y una nueva manera de clasificar y reorganizar las perturbaciones mentales que se concretará en la segunda versión del Manual DSM en 1968. Ese surgimiento del manual hizo parte del proceso denominado “normalización de los diagnósticos clínicos”. De esta manera, los ensayos clínicos, lejos de cumplir con la medición fiable y la regulación de los tratamientos y los descubrimientos psicofarmacológicos, construyeron una nueva herramienta de poder y un nuevo discurso sobre la “enfermedad mental”.

Es así como el discurso capitalista en alianza con la tecnología determina el ámbito de las enfermedades del espíritu, ya que no sólo tiene en sus manos el “producto que cura”, sino además la prueba científica de la validez de dicho producto y todo un marco teórico y conceptual a través de los cuales las enfermedades mentales se agrupan. En pocas palabras, cuenta con la construcción de categorías diagnósticas que avalan la utilización del psicotrópico, como sostiene Pujó, en “ese amplio e impreciso espectro que se aglutina bajo la noción de trastornos depresivos, la lógica... se invierte: primero se ha descubierto el remedio y recién después la enfermedad”³⁸.

1.8 La depresión en el DSM: la escisión entre la enfermedad y el sujeto

Clasificar, ordenar, no son sólo términos de la psiquiatría sino de la ciencia en general, de hecho es su proceder o su “intención de científicidad” el poder articular de manera organizada un objeto de estudio. Es por ello que elaborar un diagnóstico parte

³⁸ Pujó, Mario. “Furor antidepresivo”. En: Psicoanálisis y Hospital Vol 18 Número 36 de Noviembre de 2006. Pág 16.

fundamentalmente de organizar o especificar ciertas problemáticas producto de la observación, la cuantificación de datos y el análisis de los mismos, para llegar a establecer taxonomías posteriores que faciliten, especialmente en la medicina, construir manuales de diagnóstico. La ciencia, en términos históricos, se ha valido de estas clasificaciones para distinguir, describir y comprender los fenómenos naturales y/o sociales que construyen la diversidad de sus objetos.

En el discurso médico y en la disciplina psiquiátrica, desde las teorías hipocráticas de las enfermedades hasta la concepción moderna de los trastornos mentales, los diagnósticos se han configurado a través de la observación de síntomas y signos como padecimientos expresados por los pacientes y sobre los cuales el médico interviene con el objetivo de adelantar un tratamiento que ha estado siempre orientado a suprimir o aliviar estos síntomas. Sin embargo, por ser precisamente intentos clasificatorios de encerrar o capturar esa multiplicidad de síntomas existentes en los avatares de la vida humana, pueden tener también grados significativos de azar y forzamiento poco respetuosos de la singularidad expuesta en los mismos.

Y por el otro lado, los diagnósticos responden a una dificultad mayor, y es que cuando las clasificaciones que se proponen vienen anteceditas por un proceso poco riguroso cuestionan la manera en que un saber puede establecerse como “científico”, lo que al parecer podría estar ocurriendo en la psiquiatría americana, al menos en lo que respecta a los Manuales, cuya práctica pareciese perdida en una colección de trastornos, en una mezcla descontrolada de síndromes y signos y una explosión de tratamientos farmacológicos que no dan cuenta de la enfermedad en juego. De allí que se proponga revisar la intención misma de la clasificación de los trastornos y especialmente de los trastornos del estado de ánimo que imperan actualmente.

De antemano, sin pretender evitar las clasificaciones en la vida y su promoción, estas anotaciones ya demarcan la pregunta por el desvanecimiento de un sujeto como un rótulo construido al servicio de un algo que participa de una totalidad anónima, sobre la cual Elizabeth Roudinesco nos alerta: “Es la inexistencia del sujeto la que determina no sólo las prescripciones psicofarmacológicas actuales, sino también las condiciones ligadas al sufrimiento psíquico. Cada paciente es tratado como un ser anónimo perteneciente a una totalidad orgánica. Inmerso en una masa donde cada uno es la

imagen de un clon, ve cómo se le prescribe la misma gama de medicamentos frente a cualquier síntoma”³⁹.

La historia de los DSM concreta lo que Lacan anunciaba con respecto al discurso científico y su pretensión de erradicar cualquier rasgo de subjetividad, por una homogeneización que confirmaría la eliminación de las diferencias, es decir, de la dimensión de lo Otro para instaurar lo mismo. El DSM representó desde sus inicios una herramienta clave para la normalización de los diagnósticos que fueran fiables y certeros a la hora de tratar a un paciente. Su propósito inicial era contrarrestar la subjetividad que permeaba los diagnósticos médicos y las diferencias en ocasiones contradictorias que los psiquiatras tenían frente a los síntomas de un paciente.

A juicio del discurso médico inscrito en la pretensión del discurso de la ciencia, se necesitaba una herramienta diagnóstica que lograra facilitar el consenso dentro de los médicos que, sin pretender ser un tratado teórico de psiquiatría, lograra articular las diferentes afecciones psíquicas y sus tratamientos a partir de criterios específicos de duración e intensidad. Es por ello, que en 1952 aparece la primera versión del DSM y sus consecuentes ediciones; el DSM II en (1968), El DSM III (1974), el DSM IV (1994) y el reciente DSM V (2013).

Estos manuales siempre fueron concebidos como una herramienta indispensable para el médico; se creía que después de esta normalización de los diagnósticos y la construcción de un lenguaje común, se posibilitaría una mejor comprensión del problema y una indudable solución a los trastornos. Es así como *“el primer paso para poner en práctica esta estrategia en lo referente a los trastornos depresivos fue el establecimiento y fomento de un lenguaje común que facilitara la comunicación entre los que trabajasen en este campo de la salud mental. Desde el decenio de 1960 a 1970 la OMS ha iniciado varios proyectos destinados a conseguir métodos aceptables en el plano internacional para la evaluación, clasificación y notificación de trastornos depresivos”*⁴⁰.

³⁹ ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000. Pág 16.

⁴⁰ Ibid. Pág 28.

Sin embargo, la clasificación de los manuales DSM ha significado para muchos autores, críticos de los mismos, un cuestionamiento y hasta una contradicción con este *espíritu* inicial para el que fueron creados. Espíritu que de antemano nos hace suponer en la eliminación de la subjetividad en la “clínica” que se deriva de la elaboración de los mismos. Para P. Pignarre “Las herramientas de diagnóstico, como el *DSM (manual de diagnóstico y estadístico de las perturbaciones mentales*, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría), no han creado tanto la posibilidad de plantear de manera impecable el diagnóstico de la depresión como la de formar un ejército de médicos capaces de plantear los mismos interrogantes, de mantener una relación semejante con los pacientes y, a la vez, de arribar las mismas conclusiones”⁴¹.

Ahora bien, la primera aparición del DSM ocurrida en 1952, todavía contemplaba desarrollos y perspectivas teóricas que habían sido producto de las investigaciones psicoanalíticas, así como de la psiquiatría dinámica desarrollada por Emile Kraepelin, como la idea de “reacción” más que el concepto de “enfermedad”, que en la Sección I del Manual aparece subdividida en tres tipos; reacción psicótica para referirse a desórdenes psicóticos, reacción neurótica para referirse a los desórdenes psiconeuróticos y reacción conductual a desórdenes conductuales.

En dicha sección ya es claro para los autores del Manual que el concepto de “reacción” equiparable a la noción de “desórdenes” (pero utilizada de manera más precisa para dar cuenta por un lado, de los estados de origen psicógeno o sin causa física claramente definida y por el otro, de estados producto de un cambio estructural en el cerebro, acentuaba el carácter subjetivo de estos padecimientos, así como el condicionamiento heredado y ambiental que un médico podía considerar para adelantar su diagnóstico de manera más precisa y objetiva.

En la redacción de dicho Manual también es interesante ver la influencia del psicoanálisis través de la idea de “mecanismos de defensa” desarrollada por Freud desde sus “*estudios sobre la histeria*” y del concepto mismo de “psiconeurosis”. Este último concepto aparece en la clasificación en la Sección II del Manual bajo el nombre de “desórdenes psiconeuróticos” donde se incluyen, entre otros: la reacción de ansiedad, la

⁴¹ *Íbid.*

reacción de conversión, la reacción fóbica, la reacción obsesiva compulsiva y la reacción depresiva.

Elizabeth Roudinesco sostiene a propósito de la edición del DSM-I en el año 1952, *“En esa fecha, el Manual tenía en cuenta las experiencias del psicoanálisis y de la psiquiatría dinámica. Defendía la idea de que los trastornos psíquicos y mentales dependían, en lo esencial, de la historia inconsciente del sujeto, de su lugar en la familia y de su relación con el entorno social. Dicho de otra manera, mezclaba un triple enfoque: el cultural (o social), el existencial y el patológico en relación con una norma. En esta perspectiva, la noción de causalidad orgánica no estaba descuidada, y la psicofarmacología, en plena expansión, era utilizada en asociación con la cura por la palabra o con otras terapias dinámicas”*⁴².

Esto se corrobora en la clasificación de los dos grandes grupos de los desórdenes mentales que el manual propone; por un lado, los desórdenes causados por o asociados con un deterioro de las funciones cerebrales y por el otro, los desórdenes de origen psicógenos o sin causa orgánica aparente. Es decir, los desórdenes o reacciones psiquiátricas están *“determinadas por patrones inherentes a la personalidad, el entorno social, las tensiones en las relaciones interpersonales que precipitan el deterioro orgánico”*⁴³.

En el DSM I, la depresión aparece bajo el rótulo de reacción afectiva dentro de los desórdenes psicóticos. Allí se desglosan dos tipos de reacciones: la reacción maníaca-depresiva tipo depresivo, para distinguirla de la reacción maníaca-depresiva tipo maníaca. Esto en consonancia con la categoría kraepeliana que hemos desarrollado de psicosis maníaca-depresiva. Y en la categoría de “desórdenes psiconeuróticos” bajo el rótulo de “reacción depresiva”.

Como se hace evidente, en la primera clasificación del DSM, aparece intacta la categoría kraepeliana de psicosis maníaco-depresiva que será posteriormente desglosada en las ediciones subsecuentes del manual, hasta llevarla a convertirse en una entidad que da cuenta de múltiples fenómenos sin mayor articulación, entre ellos, el trastorno depresivo

⁴² ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000. Pág 41

⁴³ Opus Cit. Pág 10

y el trastorno bipolar, y sobre la cual se plantea la tesis, en el discurso psiquiátrico, de la depresión moderna.

E. Roudinesco es clara en afirmar que “Después de 1952, el *Manual* fue revisado en varias ocasiones por la APA en el sentido de un abandono radical de la síntesis efectuada por la psiquiatría dinámica. Calcado sobre el esquema signos-diagnóstico-tratamiento, terminó por eliminar de sus clasificaciones la subjetividad misma. Se hicieron cuatro revisiones: en 1968 (DMS II), en 1980 (DSM III), en 1987 (DSM III-R), en 1994 (DSM IV). El resultado de esta progresiva operación de limpieza, llamada “ateórica”, fue un desastre. Apuntaba fundamentalmente a demostrar que el trastorno del alma y del psiquismo debía ser reducido al equivalente de una avería en un motor”⁴⁴.

El DSM II, es la muestra fehaciente de la operación limpieza que la autora aduce, ya que esta versión publicada en 1968, reconoce la reducción del lugar subjetivo sobre el cual se anuncian los síntomas: es en últimas sobre el declive o la invisibilización del sujeto que dice sus padecimientos, tratado en la jerga médica como el “margen de error de la objetividad”. En el manual se plantea este declive como una oportunidad para “*facilitar al máximo la comunicación al interior de la profesión psiquiátrica y reduce la confusión y la ambigüedad al mínimo*”⁴⁵.

Sin embargo, lo que está claro, al menos a este nivel, es que la multiplicación de tantas categorías para dar cuenta de cuadros que habían sido estudiados anteriormente en la psiquiatría, obedece a una lógica del discurso científico moderno donde la variación fenoménica se impone como una condición de lo clínico, es decir, lo que se consigue en esa proliferación de los trastornos médicos es una indeterminación y una inespecificidad de las categorías clínicas rigurosamente establecidas por la psiquiatría clásica, dando como conclusión una amagalma de cuadros fenomenológicos torpemente dispuestos para el diagnóstico y aún más para el tratamiento.

De ahí que este proceder haya ocasionado, sostiene E. Roudinesco, “la eliminación de toda terminología elaborada por la psiquiatría y el psicoanálisis. Los conceptos (psicosis, neurosis, perversión) fueron reemplazados por la noción blanda de “trastorno” (disorder =

⁴⁴ Opus Cit Pág 41.

⁴⁵ Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Second Edition. Prepared by American Psychiatric Association. Washington. 1968. Pág VIII.

desorden), y las entidades clínicas abandonadas en beneficio de una caracterización sintomática de estos famosos desórdenes”⁴⁶.

La depresión como categoría clínica diferenciada en el manual, fluctúa de manera ambigua desde las psicosis de origen no atribuible a causas orgánicas dentro de las cuales, se inscribe como uno de los desórdenes afectivos mayores, (es decir que se conserva desde la clasificación anterior del DSM I con relación a la psicosis maníaco-depresiva (que aparece ahora como “enfermedad maníaco-depresiva” tipo depresivo) hasta la categoría de “reacción depresiva” que no contempla sino un cuadro leve de inhibiciones generales.

En pocas palabras, lo que aparecía antes en el DSM I como “reacciones afectivas” que incluía a la “reacción depresiva psicótica”, ahora es abandonada para darle lugar a la categoría más imprecisa de “desorden afectivo mayor”, instaurada bajo el criterio de intensidad y duración. Lo que no agrega ningún aporte a los cuestionamientos sobre las razones etiológicas de las enfermedades ni sobre las formas de tratamiento más adecuadas, sino un “punto de claridad diagnóstica a partir de la fenomenología sintomática”.

Es curioso que aún en esta segunda edición la categoría de “psicosis” incluía trazos de la pluma psicoanalítica con respecto a la melancolía para designar lo que Freud había trabajado en su texto “*duelo y melancolía*”, pero es lamentable la pérdida de rigurosidad en la instauración de las entidades clínicas que para esta fecha, inicia el proceso de “ateorizar” la nomenclatura en el manual.

Pero aún se preparaba el punto culminante de esta desaparición total del lenguaje del psicoanálisis en las clasificaciones psiquiátricas con la adopción del DSM III en el año de 1980 y su posterior revisión (DSM –R) en el año 1987. Este cambio viene antecedido por una exigencia que se le hace a la psiquiatría desde el campo médico, atendiendo a los desarrollos que desde la neurociencias, la psicofarmacología, la genética y la biología molecular se venían dando en la época de los 60. Ya se ha visto que desde mediados de los años 50, la psiquiatría ingresaba rápidamente al discurso médico bajo la modalidad de una especialidad médica de salud mental, con lo cual, se inicia el proceso de

⁴⁶ ROUDINESCO, Elizabeth. ¿Por qué el psicoanálisis?. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000. Pág 42.

incorporación de “nuevas” nomenclaturas que se concretan con la adopción del DSM II; ahora, durante la década de los años 70, el abandono de las teorías que hasta entonces habían tenido un aporte significativo en la generación de entidades clínicas diferenciadas y amparadas criteriosamente como psicosis y neurosis, sufren un descrédito al pensarlas poco firmes en la nueva transformación que se requería, especialmente en la psiquiatría americana.

Para Elizabeth Roudinesco, “la significación de este descrédito debe ser buscada en la transformación reciente de los modelos de pensamientos desarrollados por la psiquiatría dinámica y sobre los cuales reposa, desde hace dos siglos, el recelo del estatuto de la locura y de la enfermedad psíquica en las sociedades occidentales”⁴⁷.

Ese cambio referido es el iniciado por la APA en los años 70 y está condensado en las descripciones que trabaja Lánteri-Laura alrededor del paradigma actual mencionado anteriormente, además de un abandono de la escucha del loco como un sujeto de palabra que ahora debe ser acallado bajo la fórmula de las moléculas activas de los psicofármacos. La psiquiatría entonces venía avanzando hacia una clínica más medicalizada y fisiobiologicista de las enfermedades mentales, abandonando las preguntas esenciales sobre el sujeto que en un momento dado en la evolución de su saber habían sido importantes, preguntas que partían del cuestionamiento sobre la etiología de las enfermedades mentales. En el manual este cambio es anunciado por varios de sus autores como un triunfo de la ciencia sobre la ideología que había marcado las dos versiones anteriores aún permeadas por las teorías psicoanalíticas de las que se decía que estaban basadas más en la especulación que en hechos científicos. El triunfo que para los autores del DSM III representaba esta edición, se convertía a juicio de muchos autores críticos en un revés de la disciplina misma y una estocada final a la dimensión subjetiva al interior del saber psiquiátrico, que había sido el aporte freudiano más significativo. La histórica moderna, por ejemplo, ahora quedó reducida a un paciente que padece un trastorno conversivo con episodios depresivos, susceptible de ser tratada con Fluoxetina.

⁴⁷ *Íbid.* Pág 32.

Con esta forma de tratar a los pacientes se asume resuelta la indiferencia frente al debate propuesto sobre la farmacología moderna y sus clasificaciones de la enfermedad mental, además de la asunción de “objetividad”, “precisión” y “claridad diagnóstica” que se espera que el manual recoja como una herramienta útil para los psiquiatras en el ejercicio de su profesión. El manual, en últimas, esconde tras sus descripciones fenomenológicas sobre los síntomas a un sujeto incapaz de expresar su malestar en medio de códigos y recetas de tiempos definidos.

De allí que Elizabeth Roudinesco sostenga *“buscando, por otra parte, evitar toda disputa, las diferentes versiones del DSM terminaron por abolir la idea misma de la enfermedad. La expresión “trastorno mental” sirvió para contornear el delicado problema de hacer sentir inferior al paciente, que, si era tratado como enfermo, podía pedir “reparación” al profesional del DSM, incluso entablar contra él demandas judiciales. En la misma perspectiva, reemplazamos el adjetivo “alcohólico” por “dependiente del alcohol” y preferimos renunciar a la noción de “esquizofrenia” en beneficio de una perífrasis: “aquejado por trastornos que remiten a una perturbación de tipo esquizofrénico”*⁴⁸.

En el DSM IV se conserva prácticamente toda la clasificación del DSM III y del DSM III R con relación a los “trastornos del estado de ánimo” y sus denominados “episodios depresivos”. No hay mayores fluctuaciones ni cambios en la forma en que se presentan estas entidades sino en la radicalización de los criterios de intensidad y duración como parte de los elementos básicos para el diagnóstico. Es el punto culmen del paradigma iniciado en la década de los años 80 por la psiquiatría norteamericana que hoy que permea a todo el mundo occidental. L. Izcovich afirma lo siguiente; *“el ambicioso programa trazado por ese manual, llamado DSM III, fue realizado ya que hoy en día, gran parte de los servicios de Salud Mental en el mundo, se refieren a él o a una de sus variantes sobre el mismo modelo por la Organización Mundial de la Salud. Incluso, el DSM III, tal como fue concebido en los años 1980, ha sufrido variantes. Hoy estamos en presencia del DSM IV y aun del DSM IV –R (revisado). Lo que se constata en estas sucesivas actualizaciones del DSM III, es que progresivamente desaparecen categorías clínicas consideradas por la psiquiatría como clásicas. Así la histeria ya no tiene más*

⁴⁸ Íbid. Pág 42.

lugar, la paranoia desaparece y, en su lugar aparecen personalidades paranoicas, y la esquizofrenia se transforma en manifestaciones esquizofrénicas”⁴⁹.

En el DSM IV se prosigue la idea de que los trastornos del estado ánimo son aquellos que tienen como principal característica una alteración del humor, y su clasificación está dividida en tres partes; la primera de ellas, describe los “episodios afectivos” (depresivos mayores, maníacos, mixtos e hipomaníacos), que han sido incluidos por separado al principio del manual para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo. Estos episodios sólo son una herramienta útil para la clasificación de los trastornos, ellos no son independientes de éstos ni pueden diagnosticarse por separado, sólo son válidos en el diagnóstico como criterios acompañantes de los trastornos propiamente dichos.

Esto tiene consonancia con el proceder de la psiquiatría clásica, en la cual la depresión no aparece como un entidad específica aparte, sino como un fenómeno que articulaba un complejo de síntomas que en sí misma no constituía un diagnóstico específico. De allí que el Manual contenga esa actitud “evasiva” de la que habla Roudinesco para referirse a la forma en que dichos manuales articulan de manera ambigua todas las discusiones de la psiquiatría clásica sobre las entidades, relativizándolas en pro de los intereses modernos, dando lugar a las denominadas “categorías blandas”.

En ese sentido, sostiene L. Izcovich: “*se puede percibir que la depresión ocupa un lugar primordial en dicho manual, ya que considera, (...) que la depresión constituye un diagnóstico específico. Observen entonces el cambio. A la depresión como fenómeno, ligado a una categoría clínica, se la transforma en un diagnóstico en sí mismo. Incluso se puede distinguir dentro del manual formas de depresión según su gravedad, estableciendo una graduación sin discontinuidad en función de la intensidad, reemplazando así lo que la clínica clásica había separado severamente en términos de manifestaciones depresivas por un lado y melancolía por el otro*”⁵⁰.

⁴⁹ IZCOVICH, Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 2005. Pág. 27-28

⁵⁰ *Ibid.* Pág 28

De esta manera, si existieren algunas dudas en los profesionales del campo psiquiátrico con respecto a la forma en que estos episodios pueden ser tenidos en cuenta, sólo debe señalar en el manual cuáles criterios se cumplen y cuáles no, importando poco, al fin y al cabo, si el motivo que impera en la consulta dista de lo recogido en estos criterios. Lo fundamental es que los síntomas perseveren por un tiempo máximo de dos semanas. Tiempo que asegura el diagnóstico certero sobre la presencia de la depresión.

En esta edición, lo que se puede reconocer es cuán lejos se está de los cuestionamientos sobre los mecanismos de defensa que operan como elementos distintivos de las enfermedades mentales, de la función que cumple para un sujeto su padecimiento, lo que afirma su responsabilidad con respecto a la posición que adquiere con su inconsciente y de la noción de “estructura clínica” que demarca una intención de unicidad y de clasificación rigurosa de los síntomas, más que su descripción fenomenológica. Lejos se quedaron los debates sobre la etiología de las enfermedades, los motivos inconscientes del sufrimiento humano y de aquello por lo cual S. Freud y J. Lacan enaltecieron al psicoanálisis, el tomar cada caso como un nuevo caso, por lo cual tiene sentido escuchar a cada sujeto.

Con lo expuesto en los manuales se reivindica la pretensión de la ciencia de asumir un sujeto unificado, formal, el sujeto depresivo de los manuales, es el sujeto formalizado de la ciencia adaptado a los diagnósticos médicos que nada aporta a la causa de la enfermedad. Mientras que la posición particular del psicoanálisis con respecto a esta ciencia contemporánea, se afirma cuando se cuestiona por el diagnóstico de la depresión actual, por el sujeto deprimido y cuando la ubica como una dolencia que está fuera de los neurotransmisores.

Para culminar, el cambio que se instaura especialmente en la práctica psiquiátrica no sólo tiene alcances en la clínica, sino también en la ética; ya que si se tratara sólo de cuestionar la manera en que los médicos actuales tratan con fármacos a los pacientes, la crítica no desencadenaría sino llamados de atención por las contraindicaciones de los mismos, y no realmente por la atención a la causa subjetiva del padecimiento.

Este llamado de atención es lo que hace pensar en una intervención de lo ético, especialmente en torno a lo polémico de las clasificaciones realizadas por los manuales y a las consecuencias que se derivan de este proceder a nivel subjetivo. Lo lleva a

preguntar sobre el lugar del psicoanálisis con respecto a este discurso contemporáneo y a sus apuestas en el tratamiento de los sujetos depresivos.

2. Capítulo 2 Aproximaciones al lugar de la depresión en la obra de Sigmund Freud

Se iniciará el capítulo con los desarrollos sobre la depresión en la teoría psicoanalítica, a partir de un recorrido por la teoría freudiana, asumiendo el concepto de afecto o estado de ánimo, y desde la perspectiva de Lacan, con relación a la falla o cobardía moral, pese al desaliento que pueda proveernos la bien sabida carencia de referencias en la teoría psicoanalítica sobre este aspecto. Sin embargo, asumo también la postura de L. Izcovich cuando advierte, que sin duda, aunque las fuentes con respecto a la depresión en Freud son limitadas, las de Lacan permiten ordenar la depresión en función de una cuestión ética que estaría relacionada con la transferencia y por demás, también, con el fin del análisis.

Es por esto que se intentarán encontrar las diversas significaciones del término depresión y ordenarlas acorde con el sentido hallado en cada una de ellas. En pocas palabras, se tratará de analizar el lugar de la depresión en la teoría psicoanalítica especialmente en las coordenadas que podrían situarse de Freud a Lacan en cuyos desarrollos se encuentran dos posturas, que sin ser contradictorias entre sí, demarcan un campo en el que cada uno de ellos, con los avances de su época, pudieron construir y, a través de los cuales podemos proponer una visión distinta con relación a la expresada por el discurso psiquiátrico hoy y que recupera la posición subjetiva del deprimido.

En Freud, el lugar de la depresión se enmarca en el contexto de los estados afectivos, ya que reitera una y otra vez, que la depresión como estado anímico se sitúa al nivel de una pérdida que se manifiesta a través de un decaimiento, de una falta de ganas, de una “caída de los lazos con los objetos de la libido; lo que implica también una salida del lazo

con los demás”⁵¹; de allí que sea necesario indagar por el asunto de los afectos en la teoría psicoanalítica.

Pero, como sostiene Colette Soler “no podemos pasar sobre los afectos sin pasar por sus condiciones”⁵². ¿Qué quiere decir pasar por sus condiciones?. Soler se explica más adelante con la afirmación sobre el doble condicionamiento al que se ven sometidos los afectos: “por un lado, condicionados por el estado de los lazos sociales, lo que llamamos la sociedad, lo que Lacan ha formalizado en la estructura de los discursos y es por eso que los afectos tienen un aspecto histórico porque devienen de algo que viene de afuera del sujeto. Por otro lado, los afectos son también condicionados para cada uno de nosotros por el inconsciente, y por las modalidades de satisfacción o insatisfacción que produce el inconsciente, que produce en el ser hablante (desde Freud sabemos más de los afectos que antes)”⁵³. Es decir, en estas reflexiones de Soler sobre los afectos, articula el famoso dualismo que ha sido tan problemático y complejo para el mismo psicoanálisis y para cualquier teoría de lo social: la preocupación por el sujeto implicado que resultaría de este movimiento con los afectos que viene condicionado por el lazo social en donde se manifiestan.

En la discusión actual sobre el estatuto que debe darse a la depresión en la teoría psicoanalítica, muchos autores entre los que cabe destacar a Roland Chemama, Luis Izcovich, Colette Soler y Marie Jean Sauret, han realizado esfuerzos alentadores para proponer visiones que logren dar cuenta de este fenómeno. Estas visiones que se enmarcan dentro de unos criterios comprensivos de las teorías freudiana y lacaniana, nos hacen pensar en la necesidad de volver sobre ellas e interrogar las razones del por qué de tantas diferencias entre sus planteamientos y cómo podrían abordarse.

En el telón de fondo de estas discusiones actuales sobre la depresión en psicoanálisis se encuentran las diversas concepciones que se han formulado: como una estructura definida, un síntoma – en términos analíticos-, una inhibición del potencial de la libido o un estado anímico penoso. Esta última acepción es la que Freud utiliza para situar esta dolencia.

⁵¹ SOLER, Colette. Los estados depresivos. En: Aun. Publicación de psicoanálisis de los Foros Analíticos del Río de la Plata. N° 3 – 4. Noviembre de 2010. Pág 15

⁵² *Íbid.*

⁵³ *Íbid.*

2.1 Los estados afectivos penosos

El afecto está inscrito en las teorías freudianas en coordenadas fisiológicas, donde se producen procesos de descarga o inervaciones motoras que se apuntalan bajo la lógica del placer y el displacer. La teoría de los afectos en Freud desde la lectura de su *Metapsicología* está enmarcada en la existencia de una energía sexual cuantificable, que desde el punto de vista económico, circula por todo el aparato psíquico y es responsable de todos los procesos anímicos.

La depresión aparece entonces a lo largo de toda la obra freudiana, desde la escritura de textos como los *Manuscritos G y N*, los historiales clínicos como *Emmy, Dora, Lucy, Inhibición, Síntoma y Angustia*, hasta *Duelo y Melancolía*, como un estado afectivo que se exterioriza por la relación particular que se establece con el cuerpo. Esta mención en la escritura freudiana debe comprenderse a la luz de dos posiciones; la primera, tiene que ver con un proceder meramente descriptivo, en términos puramente nosográficos de la depresión, en donde ésta juega un papel fundamental para explicar las diversas manifestaciones sintomáticas de un sujeto a partir de la estructura clínica estudiada y la segunda de tipo diagnóstico donde los estados anímicos (afectos) depresivos constituyen signos de alarma a la hora de la dirección de la cura.

En los inicios de la teoría psicoanalítica, Freud no era ajeno a las clasificaciones que se hacían en la psiquiatría de su época y antes de sus desarrollos propios sobre la melancolía, concretadas en su texto "*Duelo y Melancolía*", aceptaba el término de melancolía para acercarse al cuadro que actualmente se conoce como depresión, al menos en su estatuto de estado de ánimo. Sin embargo, en su teoría también fluctúa semánticamente el concepto de melancolía, acercándose a veces a lo Emil Kraepelin denominó "formas endógenas" o "clínicas" de la melancolía que incorporará posteriormente a la categoría de "psicosis maníaco-depresiva". Aunque esto puede ser interpretado en consonancia con sus tropiezos en la construcción del edificio psicoanalítico.

Las primeras menciones que Freud realiza del cuadro melancólico aparecen en orden bastante alternado en las cartas que le escribe a su amigo Wilhem Fliess, especialmente durante la década de 1890, fecha que coincide con el camino iniciado por nuestro autor en la edificación del psicoanálisis y en los conceptos que le darán vida.

Desde la escritura de los Manuscritos A y B donde estudia la neurastenia, aproximándose a responder la pregunta por la etiología sexual de esta manifestación, a partir de dos vertientes determinantes en su desencadenamiento, la influencia cuantitativa y la hereditaria de estos síntomas, el autor empieza a trazar el camino a través del cual podemos situar a la melancolía y su estatuto en la teoría psicoanalítica.

En los Manuscritos A y B Freud se interesa por sostener que no existe ninguna neurastenia que no tenga como característica esencial una perturbación de la función sexual, y que tanto en los hombres como en las mujeres dicha alteración tiene consecuencias notables en el surgimiento y mantenimiento de la misma que van desde una impotencia sexual como en el caso de los hombres, hasta una depresión periódica en la mujer como correlato de la pérdida de la potencia sexual en los varones.

Para el autor del psicoanálisis, que ya vislumbraba los desarrollos sobre las consecuencias psíquicas de esta falta de potencia sexual, era claro que la neurastenia no podía ser producida por factores circunstanciales ni cerebrales, como era la explicación que los médicos daban en su época, aduciendo causas como el exceso de trabajo, la falta de dinamismo vital etc. Por tanto, éstos no constituían factores etiológicos ciertos para poder dar cuenta de la presencia de una neurastenia. Lo que al mismo tiempo le permitió distanciarse un poco de la tradición médica que no veía más que causas orgánicas en el desencadenamiento de estos síntomas.

Al contrario, es claro que para Freud la neurastenia como producto de la perturbación de la potencia sexual venía acompañada de una "impotencia relativa", que más tarde llamará "impotencia psíquica", como correlato psíquico de esta alteración a nivel físico de la función sexual. Esa "impotencia relativa" en las mujeres se manifestaba a manera de una desazón o depresión periódica, mutando en fobias o en ataques de angustia, como primeros signos de alerta de una neurastenia.

Para Freud, "Un desgaste sexual puede provocar neurastenia por sí solo; toda vez que solo no alcance, habrá predispuesto al sistema nervioso a punto tal que una afección corporal, un afecto depresivo o un trabajo excesivo (influjos tóxicos) no se tolerarán entonces sin neurastenia. Pero sin desgaste sexual todos esos factores no serían capaces de producir neurastenia; producen fatiga normal, tristeza normal, debilidad

corporal normal, pero en cualquier caso sólo aportan la prueba de cuánto “puede tolerar un hombre normal de estos influjos nocivos”⁵⁴. Influjos que darán cuenta de la operación de una energía cuantitativa que Freud irá poco a poco transformando en una energía cualitativa presente en la vida humana y que denominará libido.

La depresión aparece como un afecto concomitante a estas prácticas inhibitorias y perturbadas de la función sexual que ocasiona una satisfacción anormal en los sujetos que la padecen y que se manifiesta en el cuerpo.

Posteriormente, en una carta escrita a su amigo Flies, la carta 18 de su correspondencia, se encuentra parte de esta transformación en las teorías freudianas, puesto que la antes mencionada “tensión sexual” o “función sexual” aparece ahora bajo el nombre de “afecto sexual”, que no sólo tiene modificaciones a nivel de cantidad, sino que puede transformarse cualitativamente, de allí que aparezca que la melancolía surge como producto de una “variación de ese quantum de afecto”. Entre más perturbado esté el afecto sexual, más anestesia habrá y por tanto la melancolía estaba manifiestamente presente.

En el texto “Tratamiento Psíquico” (1890), se enuncia por primera vez la existencia de los estados afectivos de naturaleza penosa que Freud aún es resistente en llamar “depresivos”, aunque hace la mención de que es así como se ha dado en llamarlos en su época, y se notará cómo poco a poco, a medida que avanza en su argumentación, la resistencia se hace nula y conviene también llamarlos de esta manera.

Sería necesario clarificar, para el autor, en qué consistiría un tratamiento psíquico o tratamiento del alma frente a la forma en que los médicos han sostenido o sustentado su práctica médica a lo largo de la historia, observando de forma desalentadora que se han quedado sólo en el funcionamiento del organismo vivo. En otras palabras, se propone explicar el sentido que encerraría un tratamiento que tenga por sustrato “la psique”, ya que no ha sido fácil llegar a plantear algo así en la historia de la medicina y especialmente en la medicina contemporánea a la época del autor.

⁵⁴ FREUD, Sigmund. Manuscrito B. En: Obras Completas Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004. Pág 218.

Para Freud, un tratamiento psíquico no quiere decir que sea un tratamiento que se centre en el estudio de las patologías de la vida anímica, sino al contrario, un tratamiento *desde* el alma con recursos que influyan, ya sea de manera primaria o inmediata sobre la vida anímica del ser humano. Ese recurso, es por supuesto la palabra vivificada, con un sentido ensalmador. Aunque no sea el único recurso al que se pueda apelar, sí, constituye para Freud (conocedor de la antigüedad del uso de este instrumento), un elemento necesario por los múltiples beneficios que ofrece en cuanto a la alteración de estados anímicos que eliminen fenómenos patológicos, especialmente si su sustrato está en los estados afectivos de naturaleza penosa a otros más favorables para los mismos seres humanos.

Freud resalta el cambio propicio que se dio en la misma práctica médica de finales del siglo XIX, en el reconocimiento de la nerviosidad y del tratamiento que se requería para su curación; ya que de esto surgió la posibilidad de que los médicos volvieran a atender una dimensión olvidada del mismo ser humano, que es la relación recíproca entre alma y cuerpo. Esta relación encuentra en la expresión de las emociones⁵⁵ (afectos o estados anímicos que en Freud comportan el mismo significado) su escenario más cotidiano.

Es así como, anuncia la existencia de estados afectivos persistentes de naturaleza penosa que califica como afectos depresivos, entre los cuales menciona la cuita, la preocupación y el duelo, cuya influencia directa recae sobre el cuerpo y la duración de la vida misma, siendo evidente la disminución de la vitalidad de esos diversos procesos corporales. Es por ello, que una persona invadida por estos afectos tiende a presentar “rebajas en la nutrición del cuerpo en su conjunto, hacen que los cabellos encanezcan, que desaparezcan los tejidos adiposos y las paredes de los vasos sanguíneos se alteren patológicamente”⁵⁶. Con respecto a la duración de la vida afirma “no hay ninguna duda de que la duración de la vida puede ser abreviada notablemente por afectos depresivos, o que un terror violento, una “mortificación” o un bochorno muy vivos pueden ponerle fin

⁵⁵ Para Freud, El término de “emoción” comporta el mismo significado de “afecto” o “estado anímico”, y su característica fundamental es la influencia de estos procesos anímicos en el cuerpo, es decir, en la alteración corporal concomitante que supone la existencia de un estado anímico que se refleja antetodo en “tensión y relajación de sus músculos faciales, la actitud en sus ojos, el aflujo sanguíneo a su piel, el modo de empleo de aparato fonador y, en la postura de sus miembros, sobre todo de las manos”.

⁵⁶ Opus cit. Pág 119.

de manera repentina; cosa notable: este último efecto es observado a veces también a consecuencia de un gran júbilo inesperado”⁵⁷.

En ese sentido, Freud hace responsable de diversas enfermedades del sistema nervioso con alteraciones frecuentes en la parte anatómica de los pacientes, a estos afectos, no en vano, les supone el lugar de ser “las causas patógenas” de éstas y de enfermedades de otros órganos, sin embargo, para estos últimos refiere que cabe la posibilidad de la existencia de una propensión a contraerla que se presentaba de manera ineficaz hasta la aparición de los afectos depresivos; en cuyo caso éstos tendrían el lugar de afectos desencadenantes de la enfermedad.

No obstante, esto no quiere decir que Freud se detenga en observar que la naturaleza de los afectos consiste en la exteriorización corporal de los mismos, aunque hace un énfasis contundente en que todos los afectos están sustentados en una relación muy llamativa con el cuerpo mismo; “los afectos en sentido estricto se singularizan por una relación muy particular con los procesos corporales; pero en rigor, todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar “procesos de pensamiento” son, en cierta medida “afectivos”, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos. Aun la tranquila actividad de pensar en “representaciones” provoca, según sea el contenido de éstas, permanentes excitaciones sobre los músculos planos y estriados; un apropiado refuerzo puede hacerlas evidentes, y así se explican muchos fenómenos llamativos, y hasta los supuestamente “sobrenaturales”⁵⁸.

A la altura de estas reflexiones se pueden afirmar las características de los estados afectivos depresivos que se van desarrollando en su obra; de duración persistente, de naturaleza penosa, partícipes como causa patógena de las enfermedades del sistema nervioso, exteriorizados en el cuerpo y con una fuerte incidencia en determinados procesos físicos. Con relación a la terapéutica y a la dirección de la cura, será necesario una alteración de dichos estados penosos a través de la palabra ensalmadora, que permitan una influencia profunda sobre la vida anímica del enfermo, hacia estados más favorables para su curación.

⁵⁷ *Íbid.*

⁵⁸ *Íbid.* Pág 120.

Esto no quiere decir que un tratamiento del alma encierre la pretensión de llevar al paciente de estados “tristes” a estados de “dicha” para su curación, sino influir con las palabras en que dichos estados anímicos penosos pasen a otros más favorables; como lo establece el mismo autor; “las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros; las palabras son buenos medios para provocar alteraciones anímicas en aquel a quien van dirigidas y por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológico, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos. Todas las influencias anímicas que han demostrado ser eficaces para suprimir enfermedades llevan adherido algo de imprevisible. Afectos, aplicación de la voluntad, distracción de la atención, expectativa confiada: todos estos poderes que en ocasiones suprimen la enfermedad no lo consiguen en otros casos, sin que pueda imputarse a la naturaleza de esta tales variaciones en el resultado”⁵⁹.

Sin embargo, las menciones sobre dichos estados en los siguientes textos freudianos estarán ligados a sus intentos clasificatorios de las entidades clínicas y siempre ligados bajo el rótulo de acompañante de los síntomas o signos de alertas para detectar la enfermedad.

Freud continúa estas reflexiones tres años después y en la escritura del texto “Un caso de curación hipnótica” (1893), vuelve a mencionar el afecto depresivo. En este historial relata la historia de una joven madre cuya imposibilidad de amamantar a sus hijos había ocasionado lo que en dicha época temprana de la escritura de Freud, influenciado por Charcot, llamaba una histeria de ocasión. En dicho texto plantea, explicando el lugar de las representaciones contrastantes y de la voluntad contraria en la vida mental de los sujetos y la causación de síntomas histéricos, que: “En la neurosis -no me refiero solamente a la histeria, sino al status nervosus en general- existe, primariamente, una tendencia a la depresión anímica y a la disminución de la conciencia del propio yo, tal y como la encontramos, a título de síntoma aislado y altamente desarrollado, en la melancolía”⁶⁰.

⁵⁹ Íbid. Pág 124.

⁶⁰ Íbid. Pág 41.

La importancia de este caso, lo que muestra es precisamente su aporte con relación al estatuto de los afectos depresivos como acompañantes de los síntomas, en este caso, de la “representación contrastante”. La depresión anímica debe ser comprendida desde este historial como una tendencia natural, frente a la impotencia e incapacidad de llevar a feliz término el propósito propuesto. Lo que permite plantear que los afectos depresivos son inherentes al sujeto mismo, en tanto sujeto en falta, en tanto sujeto hablante. La depresión acompañaría no sólo a la estructura histórica sino a todas las estructuras, en tanto ellas condensan también una cierta imposibilidad, una cierta hiancia constitutiva del sujeto del inconsciente. El deprimido neurótico lo es por una renuncia al deseo propio.

Así queda establecido, en términos de Freud, que la depresión es abordada desde la noción de afecto e instalada como una tendencia primaria en la neurosis. Mientras que la melancolía si estaría ligada, ya no como afecto o estado anímico, sino como una “formación clínica” establecida. En otras palabras; por un lado, la depresión es concebida como un estado anímico, siendo solidaria con las definiciones que desde la psiquiatría en la época anterior a Freud venían gestándose en torno a ella y, por el otro lado, la melancolía adquiriendo el estatuto de una afección psíquica.

Continuando el recorrido por esta primera etapa, en 1895, con el caso Miss Lucy R, Freud hace aparecer la depresión como un afecto ahora ligado al trauma, sostiene: “Siendo quizá la **depresión** el afecto concomitante al trauma...”.

Este planteamiento puede comprenderse mejor cuando se tiene en cuenta el estado de los descubrimientos freudianos. Se recordará que para Freud el trauma tiene una conexión causal en la etiología de los síntomas. Trauma psíquico para el autor contempla aquellos afectos que despiertan o provocan sentimientos como el miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico. En el historial de Miss Lucy R se observa también la suma de estos estados incluyendo la depresión anímica. Sin embargo, hay que tener en cuenta algunos elementos que Freud menciona en la epicrisis del caso como conclusión del mismo que ayudan a clarificar el planteamiento mencionado, por lo cual se retomará el historial.

Miss Lucy R era una institutriz que le remite un colega a Freud por descubrir que la dolencia inicial con la que había llegado (padecía una rinitis infecciosa de recurrencia crónica producto de la caries del etmoides, según el caso relatado por el autor)

evoluciona tanto que llegó a convertirse en una anosmia, es decir, en la pérdida completa de las sensaciones olfativas, lo que llamó el interés de Freud y la suspicacia de su amigo al saber que no se trataba de una dolencia común. La paciente, aparte de esta pérdida, experimentaba una o dos sensaciones olfatorias penosas, abatimiento, fatiga, desazón (que es utilizada para referirse a la depresión), falta de apetito y una disminución en el rendimiento. Freud inicia su tratamiento intentando evaluar parte de sus reflejos olfativos, pero encuentra una analgesia general en la nariz. Lo que lo llevó a cuestionarse sobre estas formas alucinatorias del síntoma histérico que cataloga como “sensaciones olfatorias subjetivas” y sobre el afecto que las acompaña, la desazón o depresión, como es traducida en el escrito.

Freud opta por dos elucubraciones; la primera es que si la desazón anímica es el afecto que se podría relacionar con el trauma, las alucinaciones olfativas (que son sus símbolos mnémicos) debían tener su asidero en una vivencia real. Esa vivencia debía constituir el trauma. Pero tiene frente a sí un problema y es que cuando las alucinaciones son tan recurrentes no podrían situarse como elementos del síntoma histérico. Como segunda alternativa sería mejor plantear que las alucinaciones y su correspondiente afecto, la desazón anímica, constituyen el ataque histérico como los elementos que un trauma desencadena y que constituye el núcleo del síntoma.

Sin embargo, en el desarrollo del caso, lo que encuentra es una confirmación a la primera elucubración, pero con algunos apuntes. Freud descubre en el relato de Miss Lucy que efectivamente las “sensaciones olfativas subjetivas” de hecho tenían su asidero en una vivencia real. Es decir, el olor que se le impone o persigue a la paciente (a “panecillos quemados”), quedó fijado por la vivencia del juego de las niñas. Esa escena quedó marcada por la batalla de los afectos allí surgidos. Sostiene Freud: “el conflicto de los afectos había elevado ese factor a la condición de trauma y como símbolo de éste permaneció la sensación olfatoria que se había conectado con él”⁶¹. Pero no explicaba el por qué la batalla de los afectos terminaba justamente en la histeria.

Por sus estudios anteriores, Freud sabía que una histeria se presentaba por una condición psíquica indispensable a saber: que debía existir una representación que fuese

⁶¹ FREUD, Sigmund. Estudios sobre la histeria. En: Obras completas tomo II. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. Pág 132

desalojada de la cadena asociativa de manera voluntaria o deliberada y que esa represión es el fundamento de la inervación en el cuerpo del conflicto que genera para el yo, cuando es insoportable o inconciliable.

Esa representación desalojada fue el amor que la institutriz sentía por el señor de la casa, convertido en insoportable por las frustraciones vivenciadas y, por ende, por la no realización del deseo de “ocupar el lugar de madre” de las niñas. Ese tránsito se reflejaba claramente en las certezas halladas por Freud hasta el momento; que el trauma no es un núcleo compacto, sino la suma de pequeños traumas colaterales subrogados entre sí que lo conforman, reactualizando constantemente escenas vivenciales sentidas como penosas. En el caso de Miss Lucy, la primera escena del olor a “*panecillos quemados*” le permitió reactualizar el olor a “*humo de cigarro*” emparentado con la máxima del señor “*no se besa a las niñas*” que había sido la escena traumática primaria reprimida por lo inconciliable de la realidad que suponía el no sentirse amada por el señor de la casa.

Freud concluye en la Epicrisis del caso que “Así, el mecanismo por el cual se produce la histeria corresponde, por una parte a un acto de pusilanimidad moral y, por la otra, se presenta como un dispositivo protector de que el yo dispone. En muchos casos uno se ve precisado a admitir que la defensa frente al mecanismo de excitación por medio de la producción de una histeria fue a la sazón, lo más acorde al fin; más a menudo, desde luego, uno llegará a la conclusión de que una medida mayor de coraje moral habría sido ventajosa para el individuo”⁶².

Ese acto de cobardía moral en la histeria que ya Freud hallaba y la cuota de un coraje moral necesario para evitar el sufrimiento de los seres humanos, es lo que Lacan retomará posteriormente. Al final del caso, esa incapacidad de Lucy por no confrontar la imposibilidad o realización de su deseo de amor, fue el paso relevante para contraer su histeria y demarca también el punto de ubicación donde la depresión anímica surge, al menos a este nivel del momento traumático.

⁶² *Íbid.* Pág 139.

2.2 La noción de “mecanismo” en la melancolía: el afecto permutado

Dos años más tarde aparece la escritura del Manuscrito G, referido a la etiología de la melancolía, cuya escritura se supone hacia el año 1895. En este escrito se intenta averiguar la fórmula que explicaría la producción de la melancolía y las peculiaridades de los sujetos melancólicos.

En este manuscrito, Freud continua las ideas que habían sido desarrolladas con anterioridad en el Manuscrito E (1894), en la “Neuropsicosis de defensa” (1894) y en la Carta 18 de la correspondencia con Flies (1894). En estos textos, existen para Freud las siguientes entidades clínicas: la melancolía y la neurosis de angustia, la histeria de conversión y las neurosis obsesivas, e inicia ya sus investigaciones sobre el “mecanismo de defensa” que opera en cada una de ellas. Así, sitúa a la melancolía y a las neurosis de angustia producidas por el mecanismo de la permutación del afecto, a diferencia de la histeria de conversión a la que le corresponde la mudanza de afecto y el desplazamiento del mismo a las representaciones afectivas de las neurosis obsesivas. La melancolía en estos primeros escritos estaba concebida por el autor del psicoanálisis como una de las grandes neurosis cuyos mecanismos diferenciadores radican en las perturbaciones de la vida sexual. Pero antes revisemos el Manuscrito E que condensa estos planteamientos.

En el Manuscrito E, venía el autor desarrollando las ideas sobre el mecanismo de la permutación del afecto en la melancolía y su correlato en la neurosis de angustia, relacionándolo con la anestesia sexual que, según él, padecen muchos melancólicos, lo que no quiere decir que todos los anestésicos puedan llegar a contraer melancolía, pero sí ocurre de manera inversa con los melancólicos. Freud sostiene “Con particular frecuencia, los melancólicos han sido anestésicos; no tienen ninguna necesidad (y ninguna sensación) de coito, sino una gran añoranza por el amor en su forma psíquica – una tensión psíquica de amor, se diría-; cuando ésta se acumula y permanece insatisfecha, se genera melancolía. Este sería pues, el correspondiente de la neurosis de

angustia. Cuando se acumula tensión sexual física – neurosis de angustia. Cuando se acumula tensión sexual psíquica – melancolía – ⁶³.

Cabe hacer la claridad que los desarrollos teóricos de esta primera parte de nuestro autor, se sostienen en la concepción de las diferencias entre neurosis actuales (Neurastenia, Neurosis de Angustia e Hipocondría) y psiconeurosis (Histeria, Neurosis Obsesiva y Fobias). Es por ello que resulta importante situar que lo que distingue a estos dos tipos de neurosis está justamente en su etiología, en el mecanismo que opera en cada una de ellas y en el carácter de los síntomas.

Las neurosis actuales como bien es sabido, en este primer momento del pensamiento freudiano, no tienen su origen en conflictos infantiles donde intervienen representaciones, sentidas como intolerables para el sujeto y cuyo destino más próximo es la represión, sino que están relacionadas con una insatisfacción en la vida sexual actual, una acumulación inadecuada de la tensión sexual física y prevalecen por ende, las causas somáticas, más que las psíquicas; los síntomas no son producto de la expresión simbólica de un conflicto, sino más bien una expresión de un desorden o perturbación de la vida sexual en el presente del sujeto.

Sin embargo, esto no quiere decir que las psiconeurosis no tengan nada que ver con la vida sexual, sino al contrario, como neurosis ambas participan de esta característica, pero mientras la una tiene por característica las perturbaciones actuales de la sexualidad, la otra tiene su asidero en las representaciones de las vivencias importantes de la vida pasada infantil. En ese sentido, lo “actual” de las neurosis actuales reside en la temporalidad reciente de la perturbación, pero también en “la ausencia de la retroactividad temporal exigida para la formación del síntoma como formación significativa”⁶⁴.

En las neurosis actuales es precisamente “la dañina sofocación de la vida sexual”, lo que origina según Freud, las neurosis de angustia y la melancolía, producto precisamente de la anestesia sexual (inhibición y acumulación de la tensión sexual psíquica, o inexistencia

⁶³ FREUD, Sigmund. Manuscrito B. En: Obras Completas Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004. Pág 231.

⁶⁴ DE CASTRO, Sylvia. “Síntoma y discurso. Las enseñanzas de “la moral sexual” cultural y la nerviosidad moderna”. En: Revistas Científicas. Vol 11 N° 2. 2012. Pág 619 – 628.

del deseo sexual) que mujeres y hombres viven. Es precisamente esta inadecuada descarga de la libido sexual, que conlleva a la producción de las neurosis de angustia que tienen su correlato más específico en la melancolía, como lo sostuvimos anteriormente. La diferencia entre neurosis de angustia y melancolía es precisamente que esta última aparece cuando la tensión sexual acumulada empieza a ser valorada en términos psíquicos.

Pero Freud es claro en afirmar que la permuta en angustia se debe a una mala tramitación de la tensión acumulada a nivel físico que ha alcanzado el umbral para ser percibida, y que empieza a valorarse en términos psíquicos pero que, por razones diversas y cualesquiera, el anudamiento psíquico que debería presentarse le es insuficiente, no es posible llegar a la formación de un afecto sexual porque faltan para ello las condiciones psíquicas: así, la tensión física no ligada psíquicamente se muda en... angustia.

La escritura de este Manuscrito es clave para comprender cómo Freud va articulando la teoría sobre la melancolía. Antes de este manuscrito, la tensión sexual o excitación sexual iba mutando de la esfera cuantitativa y hereditaria a transformaciones cualitativas, lo que le permitió a Freud hacer un distinguo entre la melancolía, la histeria y la neurosis obsesiva, puesto que la acumulación de este quantum de afecto determinaría la idea del “mecanismo” y con esto, la caracterización posterior de estas estructuras. Es decir, para Freud, el afecto sexual podría mutar de manera “conversiva” hacia el cuerpo, originando la histeria, o podría sufrir un “desplazamiento” psíquico frente a lo cual estaríamos en una neurosis obsesiva o bien podría “permutarse” y hablaríamos allí de una melancolía.

Con la escritura del Manuscrito E aparece por primera vez la idea de un correlato psíquico para dicho quantum de afecto sexual físico excedente: la libido. Freud sostiene en el manuscrito que “una tensión sexual física, llevada por encima de cierto grado, suscita la libido psíquica”; y en ello está que atribuyera a la libido la capacidad para investir cierto “grupo de representaciones” gracias a las cuales se podría tramitar dicha energía, mientras que cuando esto no se presenta de manera adecuada, se estaría en presencia de la melancolía.

2.3 Duelo “flotante e inhibición psíquica: las manifestaciones de la pérdida melancólica

En el Manuscrito G empieza por considerar los aspectos mencionados, pero para explicarlos ya al nivel de la melancolía, y no de la neurosis de angustia como en el manuscrito anterior. Freud basa su reflexión sobre tres aspectos: “1. Por el descubrimiento de que en numerosos melancólicos existió mucho antes una anestesia; 2. Por la experiencia de que todo cuanto provoca anestesia promueve la génesis de melancolía, y 3. Por un tipo de mujeres psíquicamente menesterosas, en quienes la añoranza se vuelca con facilidad en melancolía y que son anestésicas”⁶⁵.

La melancolía adquiere así un estatuto de afección psíquica por una tensión sexual acumulada y mal tramitada, lo que resulta de una pérdida de libido o de apetito sexual; esto se deja ver a partir de la siguiente afirmación: “*La melancolía consistirá en el duelo por la pérdida de la libido*”⁶⁶ y prosigue en su interés por detallar los efectos mismos de la afección sosteniendo que se presenta a través de “*inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello*”⁶⁷.

En pocas palabras, se asiste a la idea de una libido faltante con su quantum de sufrimiento por la ligazón de la pérdida. Es como si Freud ya se adelantara a sus posteriores desarrollos en los cuales la libido faltante, no acumulada en exceso, como en el manuscrito E, se situara a nivel de una hiancia a nivel de lo psíquico y esta fractura es lo que originaría esa inhibición psíquica particular en el melancólico a la manera dice de “una hemorragia interna”. Lo que conduce a pensar en que efectivamente la pérdida de libido correspondería desde aquí a la pérdida del objeto y por ende, a la existencia de un duelo “flotante”.

Esta idea de la “hemorragia interna de la libido” es lo que hace suponer que en la melancolía existiría una causa subjetiva que desencadena la enfermedad y que aproxima a hablar de su génesis, en razón de esa pérdida estructural que se encuentra en los

⁶⁵ FREUD, Sigmund. Manuscrito G. En: Obras Completas Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004. Pág 239 – 240.

⁶⁶ *Íbid*, pág 68.

⁶⁷ *Íbid*.

estados melancólicos y cuya característica más relevante es el duelo, y un vacío profundo que se recupera en el relato del melancólico.

En ese sentido, Freud advierte “el afecto concomitante a la melancolía es el del duelo, o sea, la añoranza de algo perdido. Por tanto, acaso se trata en la melancolía de una pérdida, producida dentro de la vida pulsional”⁶⁸. Y distingue tres tipos de manifestaciones melancólicas: la melancolía grave común genuina, la neurasténica y la de angustia. La primera de ellas, es producida por un cesamiento o disminución de la excitación sexual somática, la segunda cuando se produce un debilitamiento del grupo sexual psíquico y el empobrecimiento permanente de la excitación sexual somática, y la melancolía de angustia cuando la tensión sexual es desviada del grupo sexual psíquico sin disminución alguna.

En este manuscrito, el “grupo de representaciones” que ahora pasa a ser llamado “grupo sexual psíquico” encierra esa relación entre lo somático y su correlato psíquico que Freud mantendrá durante toda su teoría, pero no ya como un simple correlato de la excitación sexual somática, sino como efecto de una ligadura con las representaciones.

Aunque le falten a Freud adelantos con respecto a estos desarrollos obtenidos, se podrían extraer algunas pinceladas sobre la depresión en la teoría psicoanalítica, que tendrían que ver con estas formulaciones incipientes del descubridor del psicoanálisis:

1. Con la idea de un “grupo sexual psíquico”, desde la explicación misma del esquema sexual en el Manuscrito G, se aproximan los lectores a ver en la libido la energía psíquica disminuida que se presenta en el deprimido.
2. La idea de una hiancia que a nivel psíquico se produce por la falta de investidura libidinal, lo que se manifiesta en la inhibición general característica del deprimido y,
3. El duelo “flotante” al que se ve compelido el deprimido sin saber exactamente el porqué de su estado.

Estas tres menciones tomarán a lo largo del escrito, una relevancia importante cuando a través de Lacan situemos a la libido con relación al deseo y a la depresión como una

⁶⁸ *Íbid.*

enfermedad de éste. Hasta aquí, sólo se puede afirmar que estas primeras tentativas de S. Freud de teorizar sobre la melancolía permiten enmarcarnos en la articulación de la teoría psicoanalítica de los términos de libido, duelo, representación psíquica, inhibición pulsional y su primera clasificación de las neurosis.

2.4 El proceso identificatorio en la interiorización del objeto

En el Manuscrito N (1897) se empieza observar un cambio importante en la doctrina freudiana, puesto que se sustrae a la melancolía de la explicación fisiológica, introduciendo una modificación en el nivel de explicación, definiéndola de la siguiente manera: “Los impulsos hostiles contra los padres (el deseo de que mueran) constituyen también elementos integrantes de las neurosis. Salen a luz conscientemente en la forma de ideas obsesivas; en la paranoia les corresponden los peores delirios persecutorios (desconfianza patológica del gobernante o del monarca). Estos impulsos son reprimidos en aquellas ocasiones que reaniman la compasión por los padres, como su enfermedad o su muerte. Una de las manifestaciones del duelo consiste entonces en autoacusarse de su muerte (lo que denominamos “melancolías” o en castigarse de manera histérica, afectándose con los mismos estados que ellos sufrían, de acuerdo con el principio de la expiación. La identificación que tiene lugar en dicho proceso no es, como se advierte, sino un modo de pensamiento, y no nos exime de la necesidad de buscar la motivación”⁶⁹.

Se insiste en la preocupación siempre presente en Freud alrededor de la melancolía, en tanto pretende situar su estatuto con respecto a una pérdida exterior que se va interiorizando en los sujetos. Es por ello que en este manuscrito llama la atención sobre la noción de identificación que le dará las pautas que necesita para avanzar en sus teorías. En él, la cuestión de la *identificación* de los hijos con los padres radica precisamente en padecer de los mismos sufrimientos de éstos cuando una tragedia ha sobrevenido, es decir, cuando los padres mueren. Hasta este momento, para Freud, la

⁶⁹ FREUD, Sigmund. Manuscrito N. En: Obras completas tomo II. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004. Pág 296

identificación es un modo de pensamiento que ocurre por la irrupción de impulsos hostiles que son reprimidos, dando como resultado un “autocastigo”, especialmente si el deseo “tiene el poder de realizarse”, así sea en plano imaginario o real.

En la escritura de los *“Tres Ensayos para una teoría sexual”* (1905), el autor del psicoanálisis describe todas las posibles maneras en que el objeto se asume como una pérdida, en cierta forma suplida por el proceso identificatorio. En este texto Freud formula de manera clara los tropiezos que ha tenido para llegar a formular una teoría de libido y los distintos momentos por los que ha transitado. Momentos a través de los cuales encuentra una mayor claridad de cómo opera la identificación melancólica y su lazo o relación con el objeto y especialmente cómo la libido parece quedarse suspendida y en vez de investir a otros objetos, pareciese volcarse hacia el yo.

El mismo Freud arguye que el encuentro con la libido, que inicialmente no extraía de una concepción energética, donde se podían medir los grados de excitación sexual conducentes a múltiples patologías incluyendo la neurastenia, tuvo que separarla por su comportamiento particular de la energía que anima la vida psíquica de los seres humanos y especialmente los procesos anímicos, ya que no tenía sentido continuar esforzándose en mantener la idea de una energía cuantitativa sin su correlato cualitativo. Es así como, la “tensión sexual” se convierte en “energía libidinal” y, como tal, responsable de manera cualitativa de dichos procesos anímicos.

En su estudio sobre las perversiones y demás conductas anormales, sostiene Freud que, en contraste con la vida sexual normal, esta tensión sexual es producida no sólo por los órganos sexuales conocidos, sino por todos los órganos del cuerpo, construyendo lo que anteriormente habíamos mencionado como “quantum de libido”, cuyo correlato psíquico la denominó “libido del yo”. Para Freud: “esta libido del yo no aparece cómodamente asequible al estudio analítico más que cuando ha encontrado su empleo psíquico en el revestimiento de objetos sexuales; esto es, cuando se ha convertido en “libido del objeto”. La vemos entonces concentrarse en objetos, fijarse en ellos, o en ocasiones abandonándolos trasladándose de unos a otros, y dirigiendo desde estas posiciones la actividad sexual del individuo, que conduce a la satisfacción; esto es, a la extensión parcial y temporal de la libido. El psicoanálisis de las llamadas neurosis de transferencia

(histeria y neurosis obsesiva) nos permite hallar aquí un fijo y seguro conocimiento.”⁷⁰. Sin embargo, los destinos de la libido de objeto no siempre son otros objetos, ya que su poder de investirlos depende también de la elección del objeto; de allí que haya estados en los que la libido de objeto queda flotante y vuelve nuevamente a recaer en el yo. De esta manera, ya no es más libido de objeto, sino libido narcisista.

En últimas, este proceso que señala la génesis una melancolía, donde la libido parece suspenderse y dirigirse hacia el yo, y que marca la identificación narcisista con el objeto, se explica de manera aparente por el mecanismo presentado acá. Pese a esto, aún queda pendiente por elucidar cómo es que interviene la represión y el autocastigo en esta investidura de vuelta hacia el yo empobreciéndolo. Aun así el autor sostiene “Desde el psicoanálisis miramos como desde una frontera, cuya transgresión no nos está permitida, la actuación de la libido narcisista y nos formamos una idea de su relación con la del objeto. La libido del yo o libido narcisista aparece como una gran represa de la cual parten las corrientes de revestimiento del objeto y a la cual retornan. El revestimiento del yo por la libido narcisista se nos muestra como el estado original, que aparece en la primera infancia y es encubierto por las posteriores emanaciones de la libido, pero que en realidad permanece siempre latente detrás de las mismas”⁷¹.

Pero es con el texto “Introducción del narcisismo” (1914), que Freud puede presentar en 1915 “Duelo y melancolía” desde una visión diferente, retomando los conceptos introducidos. Aquí ya sistematiza las consecuencias de la distinción entre la libido de objeto y la libido narcisista que explicará cómo la libido puede investir o desinvertir objetos o cómo puede simplemente retornar al yo. Además, también del problema profundo que existe en las relaciones del yo con los objetos que era aun lo que quedaba en suspenso en los desarrollos anteriores.

Al inicio del texto, Freud aclara que el término *narcisismo* no es una invención del psicoanálisis, y que básicamente se refiere a una conducta a través de la cual un sujeto se comporta con su cuerpo como si fuera un objeto sexual y por medio de dicho tratamiento alcanza una satisfacción sexual. En ese sentido, puede catalogarse una

⁷⁰ FREUD, Sigmund. Tres ensayos para una teoría sexual. En: Obras completas Tomo VII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 2004. Pág 985.

⁷¹ *Íbid.*

conducta narcisista como una conducta perversa. Sin embargo, en los estudios que ha realizado en sus análisis de los neuróticos y homosexuales, la idea de una libido narcisista como un complemento del egoísmo propio de la pulsión de autoconservación, pareciese darle al narcisismo un estatuto diferente, ubicándolo de manera justificada como una conducta normal en todo sujeto.

Para Freud existen dos tipos de narcisismo; un narcisismo primario como un estado inicial de investidura objetal que no es fácilmente distinguible, donde la libido asume al propio cuerpo (autoerotismo) como lugar de satisfacción. En un principio la libido inviste al propio cuerpo como objeto de satisfacción y puesto que no hay una entidad o unidad que sea comparable a un yo del sujeto, estos permanecen variables al interior del propio cuerpo; y un narcisismo secundario producto del replegamiento de las investiduras de objeto hacia el yo.

El narcisismo secundario supone dos movimientos: en el primero de ellos, el sujeto inviste a un objeto a través de sus pulsiones parciales que hasta entonces actuaban de manera autoerótica sobre el cuerpo, para posteriormente, una vez conformado el yo, tomar a éste como objeto libidinal. Mientras que en el narcisismo primario, el sentimiento de satisfacción total y completud se presenta como omnipotencia (“su majestad el bebé”), en el narcisismo secundario, de acuerdo al desarrollo del yo y a las confrontaciones del sujeto con los ideales del yo, imperativos producidos desde afuera e introducidos por la madre, es obligado a salir de él. Este proceso conocido como la primera herida narcisista sufrida por el niño, lo que impulsa la búsqueda incesante de la completud sentida inicialmente, ahora en su relación con el otro. El niño se ve ahora compelido a buscar el amor del otro que asume perdido, es decir, amar o hacerse amar por el otro, cuando se asume confrontado por una falta.

Con la introducción del concepto de narcisismo, Freud halla la forma de hablar de afecciones narcisistas para referirse especialmente a las psicosis, en las que ubica a la melancolía. Lo que cuestiona si el narcisismo le permitió encontrar las respuestas a las diversas formas o los destinos de la libido cuando es retirada de los objetos, para referirse a las psicosis en general (paranoia, esquizofrenia y melancolía), ¿cuál sería la particularidad de esta última con respecto a dicha desinvestidura, es decir, cómo se establece la regresión de la libido en la melancolía? Y para ello, sólo se puede argumentar como lo había dicho con las parafrenias, que las ideas delirantes, los

autorreproches, el autocastigo son los recursos que el melancólico encuentra para restaurar nuevamente la libido hacia los objetos, haciéndolos retornar desde el yo. Sin embargo, la respuesta a la pregunta la dará en “*Duelo y Melancolía*”, cuando sostenga que la particularidad de la melancolía como una afección al interior de las psicosis es que la libido no regresa para el investimento de otros objetos, sino sobre el yo del sujeto. A partir de estas claridades, el texto *Duelo y melancolía* emerge en el edificio psicoanalítico para concretar las particularidades de estos estados, articulando de manera increíble todos los conceptos trabajados. Hemos mantenido la idea hasta ahora de que la depresión es copartidaria de estos desarrollos, no sólo utilizada por Freud como un estado anímico presente en las neurosis, sino ligada a la melancolía como una entidad clínica adscrita a las psicosis y relacionada con una patología narcisista.

Como estado anímico, la depresión se anuda a la teoría de los afectos, que de manera específica aparecen como afectos penosos acompañantes del trabajo de duelo, en tanto permiten o intentan favorecer una simbolización de la pérdida del objeto, bien sea real o imaginaria, siempre y cuando haya un compromiso (investidura libidinal) por parte del sujeto. Esa simbolización es lo que culmina en la tristeza, que conlleva una pérdida y posibilita las nuevas investiduras. Por su parte, la depresión ligada a la melancolía, como entidad específica adscrita a la psicosis (de donde notamos que se extrajo la categoría actual que encierra el cuadro de la “depresión”), nos remite a la comprensión de lo que es particular en esta entidad y que tiene que ver con la forma en que retorna la libido del yo hacia los objetos y con el mecanismo que posibilita esta operación, especialmente cuando se ha sostenido que en la melancolía, el objeto está irreparablemente perdido. Es lo que Freud desglosa en “*Duelo y Melancolía*”.

2.5 La pérdida irreparable del objeto y el empobrecimiento yoico

La escritura de *Duelo y Melancolía*, supone un interés particular al intentar aclarar la naturaleza de la melancolía a partir de la comparación que se establece con el duelo normal producido por la pérdida consciente de un objeto amado. Aunque esta comparación dice Freud es justificada por el cuadro total de esos dos estados, es decir, en la medida en que ambos estados afectivos comparten la misma vocación, el dolor emocional por la pérdida del objeto y el cuadro de manifestaciones somáticas (insomnio,

falta de apetito, repulsa de los alimentos, sueño prolongado), existen diferencias que marcan las particularidades de cada uno. Freud considera que la melancolía se origina como consecuencia de una pérdida de objeto “sustraída de la conciencia”, pérdida que resulta un enigma para el sujeto, en tanto sabe “a quién perdió, pero no lo que perdió en él”. Esta forma tan particular de pérdida englobarían el conjunto de la experiencia de la melancolía, cuyas características clínicas se especifican “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 autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”⁷². A diferencia del duelo, con el que comparte el resto de las manifestaciones clínicas, la melancolía se caracteriza por el enigma relativo al objeto perdido, por la intensidad de los autorreproches dirigidos hacia el yo y por la perturbación del sentimiento de sí.

Las diferencias que demarcan el camino hacia el estudio de lo más particular en los estados melancólicos radica en que, mientras en el duelo normal, el mundo exterior aparece sombrío, empobrecido y de poco interés para el sujeto como resultado de ese repliegue libidinal, en el melancólico, el autorreproche que se dirige hacia el yo, se instaura como el principal signo clínico de la misma. El yo aparece entonces como indigno, avasallado por la pérdida, estéril y moralmente despreciable.

Estas premisas son las que Freud había desarrollado en el Manuscrito G, cuando comparaba melancolía y duelo normal, pero haciéndolas ahora un poco más precisas. Señala más diferencias que semejanzas, entre las que cuentan, la ignorancia del melancólico sobre lo que perdió, el poder relatar su pérdida, la falta de escrúpulos para autocriticarse y la inhibición que le es característica y, sobretudo, el mar de quejas acusatorias que dirige contra su propio yo.

En ese sentido, la pasión melancólica es producto de una pérdida de objeto, y los autorreproches con las que el sujeto se vuelve implacable consigo mismo, son en realidad, quejas dirigidas hacia otras personas. De allí que Freud describa cómo se repliega la libido hacia el yo, cuando sostiene que efectivamente los autorreproches o

⁷² FREUD, Sigmund. Duelo y Melancolía. En: Obras completas Tomo XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 2004. Pág 242

reproches dirigidos contra un objeto amor se vuelcan desde éste hacia el yo empobreciéndolo.

Sin embargo, extrae también de aquí la idea de una ganancia que el melancólico obtiene a través de su estado siempre rebajado y ensombrecido, ya que el enfermo suele lograr por medio del autocastigo y el reproche un desquite de los objetos originarios y martirizar a sus amores por la condición de su enfermedad, y de esta manera evita mostrar su hostilidad directamente.

Así, lo que resulta de estos desarrollos es la existencia de un tipo de relación particular en el melancólico que difiere de la nostalgia, que fue en un principio el marco que había sido destinado para estos sujetos. Ahora, el reproche es lo que marca el tipo de relación melancólica, y la identificación narcisista es el mecanismo que opera en dicha entidad. “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. Un sustituto así del amor de objeto por identificación es un mecanismo importante para las afecciones narcisistas”⁷³.

Julia Kristeva continua esta idea en su texto “*Sol negro: Depresión y Melancolía*”, donde sostiene que los estudios sobre la depresión pueden ser indicadores de un duelo que el sujeto no ha sido capaz de cumplir, de una pérdida que no ha podido suplirse, y se convierte en un vacío, en una ausencia no simbolizable, al decir de Freud, el investimento libidinal necesario para superar el duelo, ha sido detenido, suspendido y esto ha devenido en melancolía.

En este combate entre el yo y el objeto, sólo hay dos posibles salidas: o triunfa el yo, valiéndose del duelo para perder al objeto y poder investir a otros a cambio de éste, aun sabiendo que esta sustitución nunca abarca de manera similar al objeto perdido, y éste pasa a ser objeto causa del deseo, o triunfa la melancolía, cuando el yo es incapaz de defenderse de esa carga libidinal que soporta cuando él mismo es el objeto investido. En esta última salida, el yo queda como un desecho, un resto, un puro objeto de goce del cual no podrá nunca deshacerse.

⁷³ Íbid. Pág 247.

De esta manera se podría explicar la tendencia suicida que tiene melancólico, al no poder sustraerse de esta operación de automartirio, producto de esa ambivalencia entre el amor y el odio característico en la melancolía. “Ahora el análisis de la melancolía nos enseña que el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior. Así, en la regresión desde la elección narcisista de objeto, este último fue por cierto cancelado, pero probó ser más poderoso que el yo mismo”⁷⁴.

Es por esto que el avasallamiento del yo en las melancolías es una cuestión que Freud subraya todo el tiempo en sus textos, a diferencia de las demás formas de avasallamiento, en ésta se concreta con la existencia de un juez interno implacable, encarnado en esa instancia de conciencia moral o superyoica que se dirige de manera violenta contra el yo del sujeto, dejándolo sin los poderes de restitución que otras estructuras tienen, como las fantasías en el caso de los neuróticos.

Aunque se había dicho que los autorreproches, los autocastigos eran herramientas que el melancólico tenía para mantenerse ligado al Otro que siempre aparece incorruptible, en la forma de una “queja”, no se puede afirmar sin más que estos elementos den cuenta de la conexión o la articulación que hace que el melancólico se mantenga unido al Otro. Este lazo no es el vínculo erótico con el Otro que se establece de modo diverso en las demás estructuras, sino una forma peculiar de intentar restituir las investiduras objetales volcadas hacia el mismo.

Es por ello que, a diferencia de los estados anímicos penosos en los que Freud siempre situó a la depresión en el caso de las histerias y las obsesiones, que señalaban siempre un lugar de fractura a nivel subjetivo, es decir, en la imposibilidad de representar simbólicamente la pérdida y la impotencia de “no poder continuar”, producto de la represión que allí operaba y del surgimiento de las múltiples expresiones identificatorias hacia los objetos amados, cuyo pérdida significaba la aparición del duelo como un momento necesario de restitución de las nuevas investiduras surgidas.

⁷⁴ Íbid. Pág 249.

En las depresiones melancólicas o en las melancolías, lo que existe es una ausencia, es decir, en la falta del sentimiento vital, en la incapacidad del trabajo del duelo por concluir la recuperación de las investiduras de objetos y la liberación de las inhibiciones características del yo. Es por ello que muchos autores han situado a la depresión en el lugar que antaño ocupa el vocablo inhibición en la famosa trilogía freudiana de Inhibición, Síntoma y Angustia.

2.6 La inhibición como manifestación clínica de la depresión

Para autores como L. Izcovich, el lugar que en la clínica se le puede atribuir a la depresión es el de la “inhibición”, atendiendo a la tríada, tan bien conocida por los psicoanalistas, que Freud desarrolló en su texto “Inhibición, Síntoma y Angustia”. El autor emparenta la idea de inhibición freudiana con la de una restricción funcional del yo como proceso consciente, contrario a las formaciones del inconsciente, para denotar lo que representa el escenario en la clínica de las manifestaciones depresivas.

Sostiene Izcovich: “si yo utilicé en el título depresión en el lugar del término freudiano de inhibición, es para evidenciar que el lugar de la depresión en la clínica es el mismo que el de la inhibición. Al igual que la inhibición, la depresión está desconectada del inconsciente, forma parte del discurso concretamente enunciado por el sujeto y no constituye un síntoma, en términos freudianos”⁷⁵. Pero ¿qué implicaciones tiene esa sustitución en la actualidad y qué validez puede extraerse de la misma?. Para dar respuestas a estas preguntas, es necesario retomar a Freud.

En el texto “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926), Freud describe la forma en que cada uno de estos conceptos interviene en los procesos de la vida psíquica. Sostiene que “Inhibición y síntoma no han crecido los dos en el mismo suelo”. Si bien el síntoma siempre es patológico, en tanto expresa un no poder más del sujeto, la inhibición es un proceso vinculado al rebajamiento de una función y no necesariamente a una patología. En ese sentido, Freud elabora un recorrido por varias situaciones en las que se puede

⁷⁵ IZCOVICH. Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones de la Universidad Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín. 2005. Pág 49.

situar las manifestaciones de la inhibición que quedan referidas a determinadas funciones del yo. Es decir, la inhibición es correlativa a una restricción o rebajamiento funcional del yo.

Esta distinción entre síntoma e inhibición marca en las teorías freudianas un paso decisivo para ubicar los procesos que dependen de las funciones del yo y aquellas manifestaciones consideradas como formaciones del inconsciente, tales como el síntoma, el chiste, el acto fallido, el lapsus, el sueño, que se sostienen en la idea de un conflicto inconsciente y cuyo mecanismo se vale de la represión de una moción pulsional.

Freud describe cuatro situaciones características de la manifestación de la inhibición operando sobre las funciones sexuales, las alimenticias, las motoras o de locomoción y las relacionadas con el trabajo profesional. Inicia su argumentación por las primeras funciones. En éstas, las inhibiciones resultantes son simples y hacen referencia a la impotencia psíquica como el carácter esencial de la perturbación. Freud explica las manifestaciones de su rebajamiento: displacer psíquico, ausencia de erección, eyaculación precoz y ausencia de placer en el orgasmo. Destaca que rápidamente podemos establecer un nexo con la angustia ya que ciertas inhibiciones, como ocurre en la histeria y en las neurosis obsesivas, son renuncias a ciertas funciones justamente porque el ejercicio de ellas abocaría en angustia.

En ese sentido, se aproxima Freud a sus desarrollos iniciales sobre la idea de una disminución de la energía sexual que estaba presente en la melancolía como partícipe de las neurosis actuales y en cuya base podría situarse una anestesia sexual con su respectivo correlato psíquico, expresado a través del sentimiento de impotencia relatado por los sujetos que padecen esta manifestación de la inhibición y de la angustia como reacción de acumulación de dicha energía. Actualmente, hay muchos casos donde las quejas depresivas tienen una particular relación con esta forma de inhibición, sin embargo, la comprensión total del fenómeno no podría reducirse sólo a esto.

Freud reconoce que saber de estos procesos por sí mismo no le asegura una comprensión de la forma en que operan; sin embargo, establece las diversas maneras en que una función puede quedar perturbada y por tanto, puede ayudar a esclarecer cuándo se presenta una inhibición y cuando no. Freud desarrolla seis formas distintas; 1. cuando

la libido se retrotrae de forma completa provocando una inhibición pura, 2. cuando la función no puede ejecutarse adecuadamente, 3. cuando la función queda obstaculizada por cuestiones particulares o desviada hacia otras metas 4. cuando la función es asegurada como medida de prevención 5. la interrupción de la función producto de la emergencia de la angustia cuando fue inevitable su aparición y 6. una reacción surgida con posterioridad a la emergencia de la angustia en protesta contra ella para deshacer lo acontecido.

Freud mantiene presente esta relación tan cercana entre angustia e inhibición, en el estudio que realiza de las demás inhibiciones como defensa ante la emergencia que pueda suscitarse por el displacer sentido, producto del despliegue de la libido. De allí que Freud muestre cómo dicho proceso de repliegue libidinal para evitar la angustia se manifiesta en cada una de las inhibiciones mostradas, aunque es consciente que este conocimiento es irrelevante para los propósitos que persigue (hallar una relación entre estos estados) y aduce que se contentará con anunciar la definición que tiene de inhibición como limitación funcional del yo.

Esto le permite hablar de la erotización hiperintensa de los órganos articulados a las funciones que se alteran en las inhibiciones especializadas, entre las que menciona las actividades desarrolladas por las histéricas, por ejemplo, tocar el piano, escribir, caminar etc. Aquí, dice el autor, el yo renunciaría a realizar estas funciones con el fin de no tener que emprender una nueva represión y de evitar un conflicto con el ello. Otras inhibiciones tienen que ver con la autopunición, por la que un sujeto puede optar para evitar ahora un conflicto con el superyó, y que suelen aparecer generalmente en el ámbito profesional, donde se renuncia a algún tipo de éxito que ha sido cuestionado o interrogado por el superyó.

Por otro lado, llama la atención la referencia que hace Freud a las inhibiciones más generales del yo donde no se encuentra ninguna relación con las inhibiciones específicas mencionadas anteriormente, las que recaen sobre los órganos o tareas concretas, sino sobre una canalización de energías que debe realizar cuando hay sobre él la exigencia de llevar a cabo tareas psíquicas arduas, como la sofocación de afectos o la de adelantar y concluir un trabajo de duelo. En estas circunstancias es normal que el yo limite sus energías o las repliegue para poder superar estos estados.

En este caso, la inhibición se presenta como un empobrecimiento general intensivo de la libido, característica que hace referencia a los estados depresivos, como quedó descrito anteriormente. Sostiene Freud: *“Las inhibiciones más generales del yo obedecen a otro mecanismo, simple. Si el yo es requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, verbigracia un duelo, una enorme sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales que afloran de continuo, se empobrece tanto en su energía disponible que se ve obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios, como un especulador que tuviera inmovilizado su dinero en sus empresas. Un instructivo ejemplo de este tipo de inhibición general intensiva, de corta duración, pude observarlo en un enfermo obsesivo que caía en una fatiga paralizante, de uno a varios días, a raíz de ocasiones que habrían debido provocarle, evidentemente, un estallido de ira. A partir de aquí ha de abrírsenos un camino que nos lleve a comprender la inhibición general característica de los estados depresivos y del más grave de ellos, la melancolía”⁷⁶*.

Freud concluye este primer apartado del texto planteando la definición de la inhibición como una limitación yoica, bien sea por precaución, bien como producto del empobrecimiento libidinal.

Para Freud, la inhibición se presenta siempre al nivel del yo y no se podría equiparar al síntoma, ya que a diferencia de éste, la inhibición sólo le ocurre al yo. En ese sentido, las inhibiciones estarían desconectadas del inconsciente, que es como Izcovich ha planteado el lugar de la depresión en la clínica, ya que cumple con esas tres características que el autor menciona, además de la desconexión del inconsciente: que forma parte del discurso concreto del sujeto y no constituye un síntoma.

Las manifestaciones depresivas pueden considerarse desde el punto de vista fenomenológico como un síntoma diagnosticable en la clínica, pero no en la clínica psicoanalítica, ya que el síntoma presupone poner en juego una satisfacción sustitutiva que el yo ha sentido como displacer y que ha sucumbido ante el mecanismo de represión. De esta manera, el síntoma descrito por Freud hace alusión a la moción pulsional que ha sido afectada por la represión, lo que dista en sumo grado de un estudio sobre la depresión que no encuentra asidero en estas formulaciones. De allí que el lugar

⁷⁶ FREUD, Sigmund. Inhibición, Síntoma y Angustia. En: Obras completas Tomo XX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. Pág 86.

que se le reserve sea el de una inhibición en el sentido general al que alude Freud, como empobrecimiento pulsional intensivo producto de ese llamado al que se ve sometido el sujeto cuando existe la exigencia de una elección.

En últimas, las inhibiciones lo que muestran es que el sujeto prefiere evadirse, replegarse, agotarse pulsionalmente, limitarse funcionalmente antes de hacerse cargo de la pérdida que se asume en todas las decisiones, es el caso del sujeto que enferma por evitar hacerse cargo de su deseo y opta, según Freud, por todas las manifestaciones inhibitorias que presenta: perturbación funcional, renuncia de ciertas funciones, sentimiento de impotencia en las neurosis etc.

Esto representaría el lugar de la depresión que Izcovich sitúa a nivel de la clínica, puesto que es a través de las formulaciones freudianas sobre la inhibición que encuentra sentido la comprensión sobre la “queja depresiva” como una expresión de esta inhibición de la voluntad, de ese “no querer saber nada”, que se asume a nivel de la dimensión del deseo como “no querer saber nada del deseo propio”, deseo que implica la asunción de una pérdida.

Para concluir, se podría seguir la argumentación de Gómez, a partir de la cual se plantea que en Freud, la depresión se presenta en las coordenadas de la inhibición como un ahorro de energía libidinal, mientras que el deseo implicaría su gasto. La depresión sería una limitación en el funcionamiento del yo, sin que esto constituya un síntoma en el sentido analítico.

Se puede sustituir el término inhibición por el de depresión en la trilogía freudiana inhibición, síntoma y angustia: depresión-síntoma-angustia. “Si la depresión es suspensión de la función de la causa, en la experiencia analítica se trata de buscar la causa de este descenso de libido que deja al sujeto no solamente triste sino sin recursos para alcanzar sus fines”. “El acto analítico apunta a que el sujeto que dice estar

deprimido haga suya la pregunta por lo que causa su depresión, convierta dicha pregunta en un síntoma en el sentido analítico al conectarla al inconsciente como causa”⁷⁷.

⁷⁷ GÓMEZ, Gloria. “Tratamientos de la depresión. Clínica del medicamento y/o clínica por la palabra”. En: Revista Desde el Jardín de Freud N° 7. Bogotá. 2007. Pág 93.

3. Capítulo 3 La suspensión del deseo: La depresión en Jaques Lacan

En el capítulo anterior se sostuvo que existe en la doctrina psicoanalítica un hilo conductor que va de Freud a Lacan desde un estado anímico penoso hasta la idea de una cobardía moral producto de la evitación que hace un sujeto de su propio deseo, en razón de lo cual la depresión alcanza consideraciones éticas incuestionables según el psicoanálisis. Este capítulo se propone indagar los caminos que le permitieron a J. Lacan situar la depresión como una manifestación que subvierte la ética psicoanalítica en tanto su objetivo es hacer que los sujetos reconozcan el deseo que los habita, y las implicaciones que trae consigo este planteamiento con respecto a la depresión.

Antes de entrar de lleno en el desarrollo de estos objetivos, es necesario dejar en claro que la depresión no constituye para Lacan una materia importante de estudio, sin embargo, a lo largo de su obra, hay apartados que posibilitan extraer consecuencias importantes frente al tratamiento actual que se le da a dicha entidad. Esos apartados son los que se enfatizarán para desglosar los cambios y las transformaciones que ofrece el autor, con el propósito de confrontar su posición con los “progresos” que la psiquiatría ligada a los psicotrópicos ha alcanzado y sus efectos en la clasificación a partir de las nociones de “trastorno”, “limitación” o “déficit”.

Por otro lado, que la depresión no haya constituido una materia importante para Jacques Lacan, quien presencié todos los adelantos y los progresos de la psiquiatría desde la décadas de los años 50 hasta su muerte en los años 80, época en la que los psicotrópicos inundaron la mayoría de los hogares del mundo, es un punto a considerar en su doctrina, pues, de otro lado, mantuvo diversas posiciones y debates con la psiquiatría y la medicina de su época (condensada en sus *Escritos*) e intervenciones en

diversas escuelas, asociaciones y universidades en toda Francia y en el mundo occidental.

Vislumbraba Lacan en cada una de esas posiciones el empobrecimiento de la disciplina psiquiátrica guiada por la psicofarmacología, el estancamiento de nuevas categorías clínicas que le permitieran un avance a nivel del conocimiento, la petrificación de la mirada clínica hacia el cuerpo como organismo vivo y funcional, los dilemas de los psiquiatras que no se valían de las herramientas que el psicoanálisis les había entregado para pensar en términos de “mecanismos”, “estructura”, “defensa” el ámbito de la enfermedad mental, ni del poder de la palabra para direccionar la cura, así como la gran crisis ética que se proyectaba por el proceder de la ciencia médica en general. Sostiene el autor: *“Pienso que aquí, aunque se trata de una asistencia en su mayoría médica, no se me pide que indique lo que Michel Foucault nos aporta en su gran obra sobre un método histórico-crítico para situar la responsabilidad de la medicina en la gran crisis ética (es decir, en lo concerniente a la definición del hombre) que él centra en el aislamiento de la locura; tampoco se espera que se introduzca esa otra obra “Nacimiento de la clínica” en tanto que en ella se fija lo que entraña la promoción por parte de Bichat de una mirada que se fija en el campo del cuerpo en ese corto tiempo donde subsiste como entregado a la muerte, es decir, el cadáver”*⁷⁸.

De esta manera, aunque el lugar que le reserva Lacan a la depresión no sea precisamente el de una entidad clínica, ni mucho menos una estructura al lado de las tres grandes estructuras psicoanalíticas (neurosis, perversión y psicosis), ni la de síntoma, el análisis de la misma sí pasa por cuestionar las formas modernas de su instalación, los avatares subjetivos de ese dominio en el discurso médico y por considerar las salidas que el psicoanálisis ofrece frente a los efectos de ese discurso contemporáneo.

Es así como, para Lacan, la depresión encuentra su asidero en las teorías psicoanalíticas a partir de lo que ya Freud había propuesto con respecto al repliegue libidinal que no posibilita lazo social, sino un abatimiento particular que condensa el conflicto entre las mociones pulsionales y los ideales del Otro y una evitación o enmascaramiento del deseo que obtendrá la calificación de cobardía moral. Sin embargo, para avanzar en esto, hay

⁷⁸ LACAN, Jacques. Psicoanálisis y Medicina. En: Intervenciones y Textos 1. Editorial Manantial. Argentina. 1957. Pág 88.

que tener en cuenta la concepción sobre la constitución del sujeto en el psicoanálisis lacaniano que posibilita comprender cómo el Otro participa de la emergencia del sujeto y cómo las pulsiones dan cuenta de la dimensión del deseo.

3.1 La constitución del sujeto y el estatuto de la depresión

En el seminario 11 *Los 4 conceptos fundamentales del psicoanálisis*, sostiene Lacan que existen dos procesos necesarios para que un sujeto aparezca en el campo del Otro o en la trama simbólica, y son: la alienación y la separación. Para Lacan “el Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente. Es en el campo de ese viviente donde el sujeto tiene que aparecer”⁷⁹.

Ese Otro posee entonces los significantes por los cuales transitará un sujeto a lo largo de su vida. Recordemos que para Lacan, un significante se expresa a la manera de una cadena, ya que por sí solos los significantes no expresan ningún sentido; en esa articulación un significante representa un sujeto para otro significante, lo que siempre va a expresar un movimiento constante. *Nunca se es el mismo en la cadena*. El sentido al que se alude no es precisamente ese que marca las máscaras de la identificación de un sujeto, que le permite afirmarse en su vida y que tiene que ver con la constitución de su yo. Aunque necesario este movimiento, no es lo culminante, sino que va mucho más allá de la órbita del yo.

Entonces, la cadena significativa que implica un intervalo entre un $S1 \text{ --- } S2$, cuyos valores intermedios pueden ser infinitos, representa ese campo del Otro, cuyo efecto de significación sería el sujeto. En el primer movimiento que es el de la alienación, un sujeto se ve compelido desde que nace como ser viviente a entrar en dicha cadena, pues viene antecedido por ella, en la que se inserta a partir de los significantes que los padres les han ofrecido: nombre, historia familiar, dramas parentales etc.

⁷⁹ LACAN, Jacques. Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales en Psicoanálisis. Ediciones Paidós. 1973. Pág 212.

En esa cadena, la primera ubicación del sujeto se hace desde el plano biológico, pero el sujeto debe encaminarse a su inscripción por la vía sexuada que es lo que le posibilita su existencia como hablanteser.

El proceso de alienación le permite al sujeto inscribirse en el campo del Otro como efecto significativo en la cadena articulada, donde el sujeto encuentra significantes que le dan su sentido como parte de un algo. *El Otro sabe quién soy yo*. Sin embargo, esa inscripción siempre es dinámica, ya que está sostenida sobre una falta, una pérdida, como dice Lacan, la relación del sujeto con el Otro se engendra toda en un proceso de hiancia. En ese sentido, “la alienación consiste en ese *vel* que condena al sujeto a sólo aparecer en esa división que he articulado lo suficiente, según creo, al decir que si aparece de un lado como sentido producido por el significante, del otro aparece como afánisis”⁸⁰, como desaparición.

Para Eidelsztein, el proceso de la alienación “es una de las operaciones que da cuenta de la relación del sujeto (S) y el Otro (A), entendido este último como la estructura del lenguaje y definida como “[...] fundamental y nueva operación lógica”, en la medida en que concibe los efectos sobre el sujeto debido a su nacimiento en un mundo de lenguaje constituido por su estructura, otros sujetos hablantes y cadenas significantes”⁸¹. En este punto se diferencia, sostiene el autor, de las dos formas lógicas en las que se estudia el “o”, ligado a una conjunción o una disyunción; por el contrario, en Lacan se asiste a la incorporación de una tercera vía en la que podría articularse ese “o”, lo que tiene que ver con la novedad que propone todo el campo psicoanalítico, en tanto “se trata de un *vel* que implica una elección con una pérdida ineliminable, articulable en el ser hablante a las dimensiones más íntimas de la vida y de la muerte simbólicas que, siendo causadas por el orden significante, no tienen, entonces, nada de biológicas”⁸².

En otras palabras, la alienación como operación constitutiva del sujeto pone en juego la falla en el Otro, lo que provoca la aparición de su propio deseo; eso es lo que se denomina proceso de separación. Esa falla en el Otro viene introducida por el deseo de

⁸⁰ *Ibid.* Pág 218.

⁸¹ EIDELSZTEIN, Alfredo. Los conceptos de alienación y separación de Jacques Lacan. En: *Revista Desde el Jardín de Freud*. Número 9 “Actos”. Ediciones de la Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2009. Pág 77.

⁸² *Ibid.*

la madre, que provoca esa ruptura cuando el niño se enfrenta a ello. En el primer movimiento, el niño se ubica en el lugar de ser (creer) que es eso que le falta a la madre, es decir, en el lugar del falo, sin embargo, en el discurso mismo de la madre cuando introduce la palabra del padre y su deseo parece atravesado por una falta, el niño empieza a cuestionarse su lugar.

Para Lacan, el sujeto encuentra una falta en el Otro en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. “En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente –*me dice eso, pero ¿qué quiere?*”⁸³ Y continúa; “el sujeto aprehende el deseo del Otro en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro, y todos los *por qué* del niño no surgen de una avidez de la razón de las cosas – más bien constituyen una puesta a prueba del adulto, un *¿por qué me dices eso?* resucitado siempre de lo más hondo –que es el enigma del deseo del adulto⁸⁴. Es así como se indica el movimiento de separación.

Dicho movimiento no debe entenderse en la lógica de una salida bienaventurada del primer proceso, sino como el momento a través del cual un sujeto ofrece su propia falta para dar respuesta a la falta del Otro. Eidelsztein desarrolla este planteamiento afirmando que “la separación como intersección surge de la superposición de dos faltas. La primera, lógicamente hablando, es la de la alienación, operatoria del intervalo. En ese mismo intervalo se manifiesta ahora, para el sujeto, además de su afánisis, el más allá de lo que el Otro dice, el más allá de la demanda del Otro, Otro encarnado que recién aparece en la separación. Allí se esboza, para él, el deseo del Otro. El sujeto, contando con su propia falta, la pone a operar para responder a la falta en el Otro, proponiéndose como objeto para esa falta, pero él como objeto en tanto que falta en sí mismo. Así, una falta se articula con otra falta, y la pregunta que representa esta intersección es “¿Puedes perderme?”, en lugar de “¿Puedes o quieres tenerme?”. La separación consiste en operar con la propia desaparición en relación a la falta en el Otro⁸⁵.

Esta superposición de las faltas tiene un residuo que para Lacan no puede ser apresado por el intervalo signifiante en el que se desenvuelven los dos procesos, puesto que para

⁸³ LACAN, Jacques. Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales en Psicoanálisis. Ediciones Paidós. 1973. Pág 222.

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ *Opus Cit.* Pág 84.

él, la lógica de la separación más que una lógica de la reunión (como sí lo es la alienación), es una intersección y, como en toda intersección, hay un producto que se “deja caer”. Esa caída está representada en la letra pequeña *a*, el objeto *a* que ocupará de ahora en adelante el lugar de la causa y que origina la apertura por el enigma del deseo. Sostiene Lacan, “En el intervalo entre estos dos significantes se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con que tiene que vérselas (...) El sujeto (...) vuelve, entonces, al punto inicial, el de su falta como tal, el de la falta de su afanisis”⁸⁶. En este sentido, del movimiento de separación lo que resulta es la entrada de la estructura del deseo en tanto deseo del Otro.

Ahora bien, ¿cómo se podrían relacionar estos momentos constitutivos del sujeto con la depresión si la característica más evidente del deprimido es esa suspensión radical de su deseo? , ¿cómo puede el alma habitarse por ese “deseo vacío” o “deseo de nada” que hay en el deprimido?.

Una de esas respuestas la da Lacan a través de la formulación según la cual: “El inconsciente es el discurso del Otro”; lo que *“indica es que existe una determinación de los discursos que se vehiculan, constituyendo lo esencial de lo que se transmite de un sujeto al otro y decisivo, por lo tanto, en la constitución del inconsciente del sujeto. Esto no significa que se pueda prever lo que se transmite. Tomemos el ejemplo de la educación de un niño por parte de los padres. Aún en el caso donde exista una voluntad de dominar completamente lo que se quiere transmitir, un punto permanece opaco. Nunca se sabe completamente lo que pasa de una generación a otra y esto en virtud de lo inconsciente. Por un lado están los enunciados que se formulan por parte de los padres; por el otro, lo indecible que, sin embargo, está articulado con dichos enunciados y que concierne la verdad del deseo inconsciente”*⁸⁷.

En pocas palabras, que el inconsciente sea del discurso del Otro, tiene que ver con lo que anteriormente habíamos dicho con relación a la participación del Otro en la constitución misma del sujeto, ya que éste depende necesariamente del lugar donde el Otro lo aloje desde el movimiento de la alienación, aunque no sea determinante de las

⁸⁶ *Íbid.*

⁸⁷ IZCOVICH. Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones de la Universidad Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín. 2005. Pág 13.

elecciones posteriores que el sujeto hará. Ese Otro primero o primer Otro, que es como Lacan llama al deseo materno, tiene la tarea de jalonar el deseo en el sujeto mediante ese otro movimiento que es el de la separación.

En el intervalo entre los dos significantes S1-S2 se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro, del primer Otro con que tiene que vérselas, para ilustrarlo, la madre, en este caso.

Esto nos lleva a una segunda respuesta dada por el mismo Lacan en la fórmula siguiente: “el deseo es el deseo del Otro” y sostiene “el deseo del sujeto se constituye en la medida en que el deseo de la madre esté allende o aquende de lo que dice, íntima, de lo que hace surgir como sentido, en la medida en que el deseo de la madre es desconocido, allí en ese punto de carencia se constituye”⁸⁸.

Dicho de otro modo, en el momento del nacimiento, momento mítico de ausencia del lenguaje para el bebé, el ser humano es un puro organismo biológico (...). La falta del lenguaje es, sin embargo real, ya que el único modo de expresión del nuevo llegado al mundo es el llanto. Hará falta la palabra del Otro, de la madre o de un sustituto para que lo que al inicio era pura reacción biológica se transforme progresivamente y pueda articularse en demanda, gracias a esos significantes, a las palabras que estaban del lado del Otro. Y aún, en otras palabras, el significante que viene del Otro permite articular al sujeto sus necesidades bajo la forma de demanda. Queda, sin embargo, estructuralmente una hiancia, un punto de incompletud que hace que Lacan escriba la estructura del sujeto como S tachado, o S dividido.

Esto habla de una falta provocada por la escisión de lo simbólico que exige al sujeto tomar posición con respecto a su falta y son precisamente las diferentes opciones que se dan, las que nos permite hablar de que la depresión como una de ellas. En la depresión existe en el sujeto una actitud de sustraerse o evitar su propio deseo, es una negativa ante la exigencia de dar cuenta del propio deseo.

⁸⁸ LACAN, Jacques. Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales en Psicoanálisis. Ediciones Paidós. 1973. Pág 231.

“La depresión constituye un último modo de defensa en relación con la falta. Si el Otro falla donde creí que el Otro omnipotente para suplir mi falla antes de confrontarme a la Mía propia, puede tener otro recurso y es la depresión, es decir, con la depresión el sujeto se defiende de su propia falta, de lo que para él constituye su falla y que no quiere reconocer”⁸⁹. Es como si el sujeto estuviera en un camino sin salida, o en una disyuntiva que exige una elección entre el deseo o el goce, prefiriendo dejar el lugar del deseo y optar por el del goce.

Pero esta elección a nivel subjetivo está condicionada por lo discursivo. Para Izcovich, la doble perspectiva mencionada por Lacan como “el inconsciente es el discurso del Otro” y “el deseo es el deseo del Otro”, lleva inherente las formas del discurso, en un momento dado de una civilización y son determinantes en la orientación que los sujetos hacen de su existencia, lo cual, no representa una excusa para eximirlo de la responsabilidad de sus propias elecciones. Se recordará que para Lacan, el sujeto siempre será responsable de su posición con respecto al discurso, aun cuando dicha elección sea inconsciente.

3.2 ¡No todo está permitido!: la respuesta depresiva al discurso contemporáneo

Nuestra época ha sido definida de múltiples maneras: como depresiva⁹⁰, como una época del vacío⁹¹, como líquida⁹², como fútil y superficial, caracterizada por un culto al consumismo y a la individualidad exarcebada. Una época que pregona por una reducción de la existencia al presente, sin memoria del pasado y con una indiferencia absoluta hacia el futuro. Es por eso que desde el psicoanálisis se pregunta, ¿cuál es el tipo de sujeto que se intenta construir en el discurso actual?, y ¿cuáles serían las respuestas o salidas que encuentran aquellos sujetos que objetan dicho discurso? Antes de responder

⁸⁹ Opus Cit. Pág 34

⁹⁰ Véase los desarrollos que al respecto elabora Roland Chemama con “La depresión: La gran neurosis contemporánea” y Luis Hornstein con su libro “Las depresiones: Afectos y humores del vivir. Además de las críticas que realiza Elizabeth Roudinesco a la sociedad que ella ha llamado en nombrar “la sociedad depresiva”, en su texto “La sociedad depresiva y sus ataques al Psicoanálisis”.

⁹¹ Detállese las obras de Gilles Lipovetsky “La era del vacío”, “Los tiempos hipermodernos” y “El imperio de lo efímero”.

⁹² Véase los textos de Zygmunt Bauman “Modernidad Líquida”, “Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos”, “Tiempos líquidos” y “Miedo líquido”.

las preguntas es necesario hacer un recorrido para comprender el significado del discurso contemporáneo en psicoanálisis.

En el seminario 17 "*El reverso del psicoanálisis*", Lacan formula la producción de 4 discursos, cuyo objeto es la regulación del goce y la normativización del mismo. Para ello, se debe hacer claridad que lo que el psicoanálisis comprende por discurso, es lo que Freud, llamó "cultura".

En su texto "*El malestar en la cultura*", el fundador del psicoanálisis, la define más allá del ámbito social convirtiéndola más que en una construcción humana, en un medio de tramitación de las pulsiones y en un escenario de regulación de las relaciones sociales. En ese sentido, la cultura cumpliría con dos retos fundamentales: apaciguar las pulsiones y permitir la convivencia humana a través de la regulación de los lazos sociales.

Con Lacan, el concepto de cultura freudiana se complejiza a través de lo que él denominó "discurso", puesto que no sólo cumple con las dos funciones anteriores, sino que además, se convierte en una estructura que va más allá de las palabras. Y en este punto es necesario hacer la claridad que lo que en adelante denominaremos discurso, no es precisamente "cualquier secuencia lingüística constituida por más de una oración", como lo describió Saussure, ni definiciones similares que podemos extraer del campo lingüístico.

Lacan asume el discurso desde su teoría de lazo social, como aquella estructura necesaria que excede las palabras, es decir, existe discurso sin palabras, lo que lleva a afirmar que el discurso, según el autor, sea el molde o la estructura ordenadora del mundo. Afirma: "como una estructura necesaria, de algo que va mucho más allá de la palabra, siempre más o menos ocasional. Incluso prefiero, como lo hice notar un día, un discurso sin palabras. Es que en verdad sin palabras esto puede perfectamente subsistir. Subsiste en algunas relaciones fundamentales, las cuales literalmente, no podrían subsistir sin el lenguaje, sin la instauración, por medio del instrumento del lenguaje. de un cierto número de relaciones estables en cuyo interior puede, ciertamente, inscribirse algo

que va mucho más allá, que es mucho más amplio de lo que hay en las enunciaciones efectivas”⁹³.

Para ejemplificar esta definición es necesario simplemente decir que el discurso es el estatus de la enunciación donde la palabra no puede captar su producción. Discurso será entonces, aquella formación social que manifiesta un modo particular de dominar el goce, una forma particular de la emergencia de verdad y un tipo de lazo social. Se recordará que esta definición tiene su correlato con los hechos históricos que vivió Lacan; el movimiento de lucha estudiantil y social de mayo de 1968 en París, cuya pregunta por la interpretación del tipo de discurso dominante en el campo del capitalismo moderno y de la época tecno científica le marcó la posibilidad por extender la noción de discurso más allá de lo lingüístico al campo de las formaciones sociales. Existe un proceder semejante en Freud, cuando la escritura de textos como “*El por qué de la guerra*”, “*El malestar en la cultura*” se obedece a una toma de posición frente al contexto de la gran depresión de los años treinta. Se ha comentado que Lacan formula la producción de 4 discursos fundamentales como correlatos a las formas en que socialmente se han representado los lazos sociales en el curso de la historia. Esos discursos son: el discurso del Amo, el discurso universitario o de la ciencia, el discurso histórico y el discurso analítico. Las representaciones de cada discurso están supeditadas a los lugares que ocupen los términos en su movimiento de cuarto de vuelta. De esta manera:

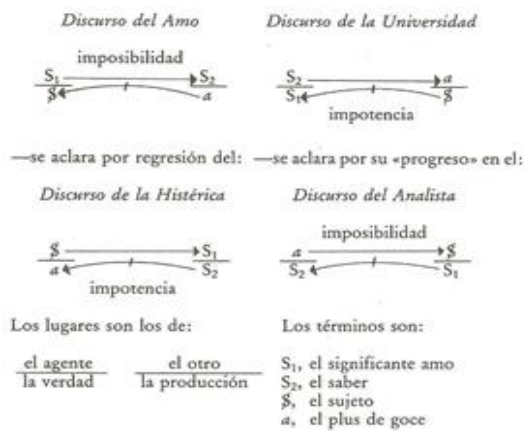


Tabla 2. Los cuatro discursos lacanianos

⁹³ LACAN, Jacques. Seminario XVII. El reverso del Psicoanálisis. Editorial Paidós. 1992. Pág 20.

Antes de abordar con Lacan, el porqué de la producción de los discursos y de la enunciación de un tercero como “negación” de los anteriores, es necesario hablar de la idea de lazo social. A partir del Seminario 17; Lacan subvierte y formaliza el concepto de lazo social a través de la noción de discurso, dice que para los sujetos hablantes y en esto utiliza el término de *parletre*, el lazo, es lo que asegura la coexistencia sincrónica entre dos o más términos y debe ser referido a las condiciones del lenguaje. El sujeto, por ende en psicoanálisis, es colonizado, alienado y al mismo tiempo separado del lenguaje. El mismo término de sujeto, lo que remite es una sujeción al lenguaje, por un lado, pero también a una separación que en dicho caso, hablaría de una pérdida o falla aparecida en aquello en lo que el lenguaje no puede capturar, es decir, en sus intersticios. De allí que formule dos procesos dialécticos en sí mismo, para la constitución de los sujetos; la alienación y la separación que ya se ha tratado.

El lazo es justo aquello que le facilita a los sujetos representarse en el lenguaje. Dicho de otro modo, se parte en psicoanálisis que las relaciones humanas no son reguladas por el instinto. Los humanos pueden agruparse por ser seres hablantes, *parletres*; hablar implica un interlocutor y una cadena de significantes que le permitan al sujeto representarse, eso hace el S1, ya que si el sujeto es solamente representado, su ser, “a”, falta en el significante. Lacan define esta falta de goce como “la sustancia negativa de ser del sujeto cuyo defecto causa el deseo”. Es por ello, que el lazo social responde a este defecto proponiendo una identificación con el grupo, con los otros o con el Otro.

El lazo social constituye en ese sentido, una modalidad de tratamiento del goce, que va a determinarse a partir de la forma y de la función del discurso en el cual se inscribe el sujeto. Y es justo como a partir de las estructuras de los diferentes discursos mencionados, que se puede hablar de una interpretación del tipo del lazo social, que caracteriza la época actual, haciendo claridad, que el discurso que no ha sido mencionado y que acompaña a los 4 formulados inicialmente, es el discurso capitalista.

La particularidad de los discursos es la imposibilidad en la que están sustentados, que Lacan señala con las barras al final de los discursos entre el lugar de la producción y el lugar de la verdad, el discurso se sostiene en el imperativo de regulación del goce que promulga: “*no todo es permitido*” y cada uno de ellos se sustenta en una pareja que en términos de identidad, serían correlativos, es decir, cada uno se afirma en el otro. En el discurso del amo, por ejemplo, la pareja Amo-Esclavo significa dicha relación.

Lacan se vale de la dialéctica del amo y del esclavo de Hegel, para mostrar que este discurso es el que ha prevalecido especialmente en la historia antigua y es tan desarrollado por el discurso filosófico que en ocasiones ha señalado lo innecesario de explicar su importancia: “Me parece innecesario reseñarles la importancia histórica del discurso del amo, porque de cualquier modo, en conjunto, están ustedes reclutados a partir de este tamiz llamado universitario y, por este hecho ignoran que la filosofía no habla de otra cosa. Antes incluso de que no hablara de otra cosa, es decir, de que lo llamara por su nombre –al menos es evidente en Hegel y él lo ilustra muy bien-, ya era manifiesto que eso que nos concierne en relación con el discurso, por ambiguo que sea, y que se llama filosofía, se había manifestado en el nivel del discurso del amo”⁹⁴, retomando con ello, el lugar del esclavo en dicha relación, como poseedor del saber hacer que afirma el estatuto del amo.

Para Lacan, a diferencia del lugar que pueden tener los esclavos modernos, el esclavo de la antigüedad estaba inscrito en la familia, el Estado, garantizando la existencia de los peldaños de la sociedad desde la base. El esclavo está representado en la posición del S2 como saber, ya que él sabe algo que el amo desde su condición no puede acceder. Se podría revisar a Aristóteles en su “Política” para saber en qué consiste el proceso. Las demás parejas son: profesor-estudiante, analista-analizante y amo-histérica. Estas relaciones sufrirán un declive con el surgimiento del quinto discurso; el discurso capitalista al que Lacan le reserva el lugar de negación de los demás discursos por la fragmentación de los lazos sociales y por la desubjetivación del sujeto.

En el discurso capitalista, la ciencia y la técnica están al servicio del capital para la producción de objetos de consumo volátiles y transitorios que se ofrecen como objetos que pueden venir a colmar la falla constitutiva de los seres humanos. Lo que acelera permanentemente su producción, ya que el discurso promueve la idea de “poder tener todo” y “gozar de todo”. En el discurso capitalista todos los goces son co-posibles, no hay imposibles, es prohibido creer que algo no es, se impone la lógica del resultado inmediato y directo, la proliferación de los goces autistas. Pero el goce nunca es total ni completo, porque necesita consumarse o consumirse y por esto, entra la lógica de la

⁹⁴ Íbid. Pág 19.

frustración y la fabricación cada vez más especializadas de nuevas prótesis de consumo. Es el establecimiento de un querer más siempre.

Pero el resultado de esta lógica de superficialidad y mercantilización desbordada, es el surgimiento de síntomas llamados “actuales” o “nuevos” como la anorexia, la bulimia, los ataques de pánico, las adicciones, las depresiones, que aunque sean de vieja data, encuentran en la actualida un mayor espacio de aparición y fijación; ya que se encuentran con un sujeto que ya no cuenta con amos encarnados con los cuales identificarse y a partir de los cuales hacer lazos sociales y estables con los otros.

La depresión se convierte entonces en una de las respuestas que el sujeto encuentra para distanciarse del imperativo de goce que el discurso promueve. En otras palabras, la posición del deprimido frente al discurso actual, es su negativa de participar en los ideales que éste promueve de “gozar y gozar”.

El deprimido renuncia a acceder a participar de ese discurso al que no le encuentra sentido, al tiempo que sacrifica la emergencia de su propio deseo por los movimientos vistos. La depresión entonces pregona por un “No” distante al discurso, que es diferente a la denuncia histórica del amo, que se manifiesta en un repliegue libidinal donde no hay posibilidades de un vínculo social, sino un retorno constante del vacío sentido. Se podría afirmar con Freud, que la pulsión de muerte por la elección del deprimido triunfa sin tregua, ya que no existe ningún lazo que lo sostenga en la dimensión simbólica que es la que sienta las bases para continuar viviendo.

En conclusión, en la depresión el deseo es rechazado, alude a la falta de una subjetivación del deseo es decir, no se hace pasar el deseo a través de una dimensión simbólica. El deprimido renuncia a su deseo por la misma vía que no decide acceder al deseo del Otro y en ese sentido, el punto de incompletud, de agujero constitucional en los sujetos que el psicoanálisis defiende, se suspende en los sujetos deprimidos, lo que no ocurre con las demás respuestas que el sujeto puede encontrar para vérselas con la falta; entre las que podemos mencionar, la anorexia, el fenómeno psicossomático, la toxicomanía entre otros.

La diferencia con estas patologías es que el deprimido, cuando aparece la exigencia de que un sujeto tome posición en relación con la falta que en Lacan se traduce como “falta en ser”, el deprimido simplemente se defiende de ello, colocándose impotente frente al

Otro en el caso de los neuróticos y “autoexcluido” en el caso de los melancólicos. Esta impotencia subjetiva, que para el sujeto se manifiesta en una cierta imposibilidad de continuar con sus propósitos, es la que Freud encontró en sus casos sobre neuróticos, trabajados en el capítulo anterior y cuya expresión clínica se traducían en un “no puedo más” como en Miss Lucy R y en el caso Elizabeth Von M, para quienes la depresión constituía ese afecto penoso que daba cuenta de la defensa que se ingeniaban las pacientes para sostener su condición y no querer confrontarse con su deseo, que implicaba ya el nivel de una pérdida. De allí que Freud mencione, la “pusilanimidad moral” que está presente en todos los casos de neuróticos que investigó y la cuota de coraje necesario para evitar quedar invadido por la enfermedad.

Esa “pusilanimidad moral”, Lacan la plantea como una cobardía o una falla moral que representa “eso que el sujeto no tiene la voluntad de decidir” y que prefiere evitar a toda costa: el deseo, dándose la elección por la dialéctica misma de éste, del goce; y puesto que la castración sería aquello que favorece que el goce sea rechazado para que por la operación inversa pueda alcanzar esa “Ley del deseo”. El deprimido sufre a costa de ese exceso de goce que tiene presente, al que le caben todas las expresiones conocidas sobre la melancolía “veneno negro”, “deseo de vacío”, “Sol negro”, “sombra vaporosa” etc.

Es por ello que Lacan afirma que la depresión es una cobardía moral y lo anuncia en la famosa frase de “Televisión”: *“Se califica por ejemplo a la tristeza de depresión, cuando se le da el alma por soporte o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet. Pero no es un estado del alma, es simplemente una falla moral, como se expresaba Dante, e incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que no cae en última instancia más de que del pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura. Y lo que resulta por poco que esta cobardía, de ser desecho del inconsciente, vaya a la psicosis, es el retorno en lo real de lo que es rechazado, del lenguaje; es por la excitación maníaca que ese retorno se hace mortal”*⁹⁵.

En ese sentido el presente trabajo, aunque reconozca el condicionamiento discursivo en el que se enmarca la temática de la depresión en psicoanálisis no se detendrá en dicho ámbito, como sí, en presentar desde el punto de vista estructural el lugar y las salidas

⁹⁵ LACAN, JACQUES. Radiofonía y Televisión. Editorial Anagrama. 1977. Pág 107

que han sido trabajadas por psicoanalistas como Freud y Lacan, que aunque no se ocuparon propiamente del tema, dejaron unos desarrollos importantes frente al fenómeno de la depresión y del sujeto depresivo.

3.3 La tristeza como cobardía moral

Se ha citado la frase que para muchos teóricos se ha convertido en pieza clave para explicar el lugar que está reservado para la depresión en Lacan, puesto que ella condensa todos los elementos que favorecen la comprensión de la misma, ligada a la noción de “cobardía moral”. En Lacan hay un avance con respecto a las teorías freudianas, que como ya se sostuvo, le reservaron a la depresión un lugar predominante como estado afectivo, y que gracias a los desarrollos alcanzados sobre la melancolía, pudieron avanzar en la ligazón que sugiere el cuadro de síntomas expresados por los sujetos deprimidos (abatimiento, ensimismamiento, alejamiento de las cosas más queridas, etc) con sus planteamientos, especialmente en lo que tiene que ver con las inhibiciones, con el trabajo del duelo suspendido, con el repliegue libidinal de los objetos hacia el yo y con el rebajamiento del sentimiento de sí, tan característico en estos sujetos.

Como estado afectivo, J. Lacan descubrió hábilmente en las teorías freudianas que los afectos suponen también una posición subjetiva que tiene que ver con una trama significativa, ya no es el afecto como sentimiento desligado de su estructuración en el lenguaje, sino un afecto también atravesado por la división que éste introduce. Sostiene Lacan, “pero el afecto es esencialmente, y como tal, al menos para toda una categoría fundamental de afectos, la connotación característica de una posición del sujeto, de una posición que se sitúa, si vemos esencialmente las posiciones posibles en esta puesta en juego, puesta en trabajo, puesta en obra de él-mismo, en relación a las líneas necesarias, que le impone, como tal, su envoltura en el significante”⁹⁶. De esta manera, la depresión como estado anímico quedó sujeta en Freud a las diversas formas clínicas en que ésta aparece de acuerdo a la estructura de los sujetos, otorgándole distintos lugares,

⁹⁶ LACAN, Jacques. Seminario VI El deseo y su interpretación. Clase 8 del 14 de Enero de 1959. Ediciones Paidós. 1959. Pág 7.

lo que llevó a pensar en una depresión neurótica en contraposición con la depresión melancólica.

La frase reseñada en “*Radiofonía y Televisión*” viene antecedida por una aclaración que Lacan propicia con respecto al cuestionamiento que se le hace sobre el descrédito de los afectos en su teoría. Este cuestionamiento pone de relieve la importancia de los afectos en la dirección de la cura y al final del análisis.

L. Izcovich afirma que es bien conocida la crítica que se le formula al psicoanálisis sobre el descuido o la poca relevancia que se le otorga a los afectos con relación a la terapéutica en general, dado que no constituyen elementos orientadores sobre los cuales el analista se pueda apoyar en su labor para esclarecer el núcleo patológico o la conformación de los síntomas. El autor sitúa la emergencia de esta crítica en André Green a través de la pregunta que le formula al propio Lacan en el curso del seminario 11, sobre su descuido del aspecto económico, como si esto implicara, a su vez, el descuido de los afectos en la experiencia analítica.

Esta misma referencia es retomada por Lacan retoma en el apartado IV de *Televisión* cuando aclarando las críticas que la SAMCDA⁹⁷ le hace con relación dicho descuido, sostiene “¿cómo persistir diciendo que descuido el afecto, para pavonearse de hacerlo valer, sin recordar que un año, el último de mi permanencia en Saint Anne, me ocupé de la angustia? Algunos conocen la constelación en que di lugar. La emoción (l’émoi), el impedimento (l’empêchement), el desconcierto (l’embarras) diferenciados como tales, prueban bastante que no hago poco caso del afecto”⁹⁸.

Izcovich sostiene que la primera crítica que se realiza a Lacan tiene que ver con la fórmula del inconsciente a partir del lenguaje, que lleva inherente la separación de los afectos. Es decir, pareciera que la formulación que para ellos sería intelectualista del inconsciente, no contempla la afectividad de la que está cargada el ser humano y por ende el inconsciente como perteneciente al mismo. Esto tiene por sustento la frase bien conocida de Lacan, “el inconsciente se estructura como lenguaje”. Para Izcovich, esta formulación es innegable atendiendo a las teorías freudianas del inconsciente en el cual

⁹⁷ Lacan inventó este vocablo para ridiculizar a la Asociación Internacional de Psicoanálisis, llamándola “Sociedad de asistencia mutua contra el discurso analítico” (SAMCDA).

⁹⁸ LACAN, Jacques. *Radiofonía y Televisión*. Editorial Anagrama. 1977. Pág 105.

la represión afecta la representación y no al afecto, ya que el afecto se desplaza, muta, queda a la deriva, lo que para el autor es una clara evidencia que en ya en Freud está la idea de que los afectos engañan.

El debate es álgido en relación con los afectos, puesto que plantea la discusión sobre el inconsciente, su estructura y, por ende, el edificio psicoanalítico mismo, ya que desde allí se transformarían la terapéutica y la finalidad del análisis. Enfatizando su fidelidad a lo sostenido por Freud, Izcovich plantea que sólo es necesario leer *La metapsicología* para darse cuenta de que lo reprimido son las representaciones, no los afectos, que quedan flotando y se desplazan.

La diferencia está en que ese afecto (sufrimiento) tiene que lograr, vía las palabras, convertirse en un síntoma analítico para iniciar su tratamiento, de lo contrario, no se podría hacer mucho con él; el psicoanálisis introduce en el sujeto la interrogación de la causa del afecto y esto sólo puede ser posible a través de las palabras. En pocas palabras sostiene Izcovich “para tratar el afecto de sufrimiento desde el psicoanálisis, es necesario pasar por el inconsciente”⁹⁹, es decir, de lo que Lacan llamaba la dimensión de la causa del sufrimiento.

El psicoanálisis apunta a la emergencia de un deseo reprimido, cuyo vehículo es la palabra que toma forma de interpretación, es decir, la interpretación del analista. De allí que sea necesario elucidar los significantes enigmáticos del inconsciente. Los afectos nunca se interpretan, sólo hay uno por excepción, la angustia, pero la regla general es que el índice de progresión de un análisis está sobre las formaciones del inconsciente que son siempre formaciones del lenguaje, de allí que Freud sea claro cuando afirma que la justeza de la interpretación no está dada por el acuerdo o el desacuerdo del sujeto con respecto a la interpretación del analista ni mucho menos de los afectos, sino del nuevo material inconsciente producto del proceso de análisis.

En ese sentido, Izcovich dice que existen diversas formas como el afecto se manifiesta en las estructuras; por ejemplo, en el Hombre de los lobos, llaman la atención las reacciones desbordadas cuando recordaba la muerte de su poeta favorito, pero no se

⁹⁹ IZCOVICH. Luis. Los afectos en la experiencia analítica. Ediciones de la Universidad Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín. 2012. Pág 15.

vislumbraba afecto alguno cuando recordaba la muerte de su hermana que había sido su favorita.

El enlace entre una cosa y otra está dado a partir de un lapsus (formación del inconsciente) que el sujeto cometió cuando afirmaba que su hermana había muerto “tirándose una bala” y no “envenenándose”, como lo había hecho en efecto; todo surge porque su padre acostumbraba a comparar la poesía de su hermana con la de aquel poeta que sí había muerto con la bala y lo que ocurrió allí fue una falsa conexión que es característica en la neurosis obsesiva, cuyo trabajo consiste, no en la represión de la escena original, ya que esta se conserva, sino en que la carga afectiva de aquella escena se desplaza hacia otra representación, afectando el encauzamiento lógico de la cadena de significantes. De allí que el análisis funcione restableciendo la cadena y su ligadura con la carga afectiva desprendida, “de modo que pueda acceder a la representación que está en el origen de lo que el sujeto no quiere admitir”¹⁰⁰.

Frente a esto se pregunta el autor ¿cuál es el lugar justo al que tienen que venir los afectos?, según Freud, es el psicoanálisis el que permite establecer las buenas conexiones. Y se remite a la histeria para responder esto, ya que es en la histeria donde se podría verificar cómo el afecto característico de la misma, el asco, es un signo de alarma para creer que hubo represión sobre un significante que vehicula el deseo y a esto lo llamó conversión; “la conversión histérica toma la forma, en su modalidad más conocida, de una transformación de un deseo inconsciente en afecto de asco”¹⁰¹.

De allí que se pueda afirmar que las críticas planteadas por la SAMCDA no dan cuenta de lo que Lacan articuló en su teoría sobre los afectos, puesto que, a juicio de Izcovich, no es que se esté planteando que un fin de análisis se logra cuando no exista disparidad entre los afectos, el sujeto y el mundo que lo circunda, pues esto daría la idea de pensar en normalizaciones sociales que no están en consonancia con el psicoanálisis, sino con las terapéuticas y la psicología. De allí que se afirme que la propuesta lacaniana trata de “una adecuación del sujeto con sus propios afectos y a partir de ahí, una adecuación del sujeto y el mundo que no implica la idea de normalidad sino la de forjarse una solución

¹⁰⁰ Íbid. Pág 18.

¹⁰¹ Íbid.

singular”¹⁰². No se trata ni de normalizar los afectos ni de aislarlos para estudiarlos abstractamente, sino comprender que son afectos de un sujeto y por ende efecto del sujeto del inconsciente.

Para Lacan, reconsiderar el afecto a partir de los desarrollos sobre la angustia, pasa por reconsiderar también lo que había anunciado anteriormente, que los afectos no son simples descargas motrices en el cuerpo, sino que son atravesados por el inconsciente en el momento mismo en que manifiestan su presencia en el “cuerpo”, es decir, que son atravesados por la estructura. Estas consideraciones sobre los afectos cuestionan al autor sobre si hay algo en el afecto en el que prevalece el inconsciente aporta una respuesta a partir del afecto de tristeza que marca la frase que se desglosará.

Este afecto de tristeza viene antecedido, como ya dijimos, por los desarrollos de Lacan con respecto a la angustia, la que define como “el afecto que no engaña”. La tristeza es catalogada a partir de una renuncia del sujeto que cede en su deseo frente al goce, y en el que se manifiesta una dejación o carencia simbólica que termina afectándolo de manera depresiva.

La frase reza en su primera parte:

“Se califica por ejemplo a la tristeza de depresión, cuando se le da el alma por soporte o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet.

Autoras como Beatriz Maya¹⁰³ suponen que quienes califican de depresión a la tristeza son los diversos pensadores que en la historia de la humanidad han dividido al alma del cuerpo, donde el alma ocupa la concepción de “estado de ánimo”, y el cuerpo lo que hoy se conceptualizado como organismo vivo, por ende, la tristeza como afecto recae sobre el alma. Tradición que está intacta en los grandes filósofos desde Sócrates hasta Descartes y que será posteriormente aceptada por la psicología desde su nacimiento como disciplina en el siglo XIX.

¹⁰² Íbid. Pág 19.

¹⁰³ MAYA, Beatriz. “La ética del bien-decir más allá del síntoma”. En: Revista Desde el Jardín de Freud. Número 12, Enero-Diciembre de 2012. Ediciones de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Pág 58.

Sin embargo, podemos suponer también que Lacan se refiere a las concepciones modernas de la depresión en la psiquiatría, puesto que son ellas las que se han servido de la categoría de depresión para clasificar lo que la Antigüedad había llamado tristeza. Es decir, a diferencia de la autora, se puede juzgar que quienes califican a la tristeza de depresión son los autores modernos, siguiendo una tradición clásica que no tenía aún la categoría de depresión para juzgar este estado anímico, como sí servían de conceptos como *accidia*, *spleen*, *melancolía* entre otras.

Por otra parte hay que aclarar, también con Lacan, que en la Antigüedad, la categoría de tristeza ya denotaba efectivamente no sólo un estado de inapetencia o desinterés, sino un abatimiento prolongado, una desazón particular frente al mundo y a los objetos. La tristeza antigua ya connota los síntomas que el cuadro depresivo expone, de allí la autorización de Lacan en suponer que la categoría moderna de “depresión” encierre el sentido que la tristeza suponía para los antiguos. No obstante, hay autoras como Colette Soler y Carmen Lafuente que diferencian entre “depresión” y “tristeza”, arguyendo que la depresión puede incluir a la tristeza pero que va más allá de ella, al punto de referirse a una depresión sin afecciones tristes. Afirma Lafuente “La depresión es algo más que la tristeza. Generalmente la incluye, pero específicamente consiste en una falta de ilusión, una inhibición, es decir, es una suspensión del deseo, una inapetencia apática y dolorosa. Existen depresiones en las que propiamente no encontramos la tristeza, si no la inhibición. Además la tristeza supone cierta subjetivación, un reconocimiento, incluso a veces se sale de un estado depresivo a la tristeza”¹⁰⁴.

Claro que se puede notar que la concepción de tristeza de estas autoras está sostenida por una visión específica del concepto y no sobre la mirada histórica que es la que alude Lacan cuando establece la frase. Además, hay otros indicios en esta primera parte de Lacan sobre el problema cuando introduce la “tensión psicológica” de Pierre Janet, referida a la energía psíquica que se distribuye en actividades superiores del pensamiento y cuya perturbación originaría trastornos relacionados con la distribución adecuada de esta energía. Esto supondría, de parte de un sujeto, una cierta debilidad o una falta de fuerza para mantener el punto de equilibrio en la distribución de esta energía

¹⁰⁴ LAFUENTE, Carmen. “Depresión y Posición Sexual”. En: Revista Letras. Número 3, Abril de 2003. Cuadernos del Foro del Campo Lacaniano de Bogotá. Pág 40.

psíquica. La “tensión” en Pierre Janet, es en últimas, la capacidad que tiene un sujeto de movilizar sus energías psíquicas para desplazarla hacia actividades de orden superior, atendiendo a la jerarquía de las funciones mentales. Esta capacidad está asociada con la economía psíquica de un sujeto y del gasto mayor o menor que debe hacer para llevar a cabo las diversas actividades, proyectos y propósitos que tiene en su vida.

La tristeza resultaría de esa detención de la “tensión” cuando un sujeto no es capaz de asumir estas exigencias y por el contrario lo que hace es servirse de “ideas fijas” que guarda en su alma. La tristeza emerge como un estado de desgaste de energía psíquica, producto de “actos no concluidos” que lleva a un sujeto a inhibirse y alejarse de su mundo circundante y de las relaciones más próximas que tiene, que abarcan desde su círculo familiar hasta sus vínculos sociales y laborales.

Sin embargo, Lacan da un giro sorpresivo cuando la frase prosigue;

Pero no es un estado del alma, es simplemente una falla moral, como se expresaba Dante, e incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral,

La primera referencia que Lacan hace es a Dante y especialmente a los cantos del Infierno de la Divina Comedia, donde se resaltan considerablemente los Cantos Tercero y Séptimo destinados a los castigos de las almas tristes, cuya elección por la inercia en la vida les acarrea no sólo el desprecio de Dios sino también el de Lucifer, por cuanto no pudieron, cuando estaban vivos, elegir ni lo bueno ni lo malo. En el Canto Tercero, aparecen los ignavos, almas tristes que son castigadas por la elección de cobardía que hicieron, al no optar por la bondad o la maldad y por tanto, vivieron sin infamias ni honor. Estas almas con *vidas ciegas* se hicieron merecedoras en los relatos de Dante de los castigos más atroces, puesto que no había para ellos un destino claro con base en sus elecciones. Despreciados por Dios, en tanto su elección no fue la justicia y la bondad, y despreciados por Lucifer, no tienen esperanzas de morir sino en proseguir su lamento infinito y su vida de parias en ese infierno. El canto reza:

«Debes aquí dejar todo recelo;
debes dar muerte aquí a tu
cobardía.

Hemos llegado al sitio que te he dicho
en que verás las gentes doloridas,

que perdieron el bien del intelecto.»

Con el terror ciñendo mi cabeza
dije: «Maestro, qué es lo que yo escucho,
y quién son éstos que el dolor abate?»

Y él me repuso: «Esta mísera suerte
tienen las tristes almas de esas gentes
que vivieron sin gloria y sin infamia.

Los echa el cielo, porque menos bello
no sea, y el infierno los rechaza,
pues podrían dar gloria a los caídos.»
Y tras haber reconocido a alguno,
vi y conocí la sombra del que hizo
por cobardía aquella gran renuncia¹⁰⁵.

En el Canto Séptimo del Infierno, los tristes melancólicos son castigados en las aguas de la Estigia, mórbida y nauseabunda por toda la eternidad, y también en este canto la tristeza es equiparada con la elección de la cobardía moral que llevó a estas almas tristes a elegir el autocastigo incesante y los humos acidiosos, cuando el sol aún calentaba sus vapores. Aunque la tristeza sea acá un poco más profunda que un simple estado de hastío, pues se trata realmente de una pasión, para Dante la suciedad y el fango donde se atragantan estas almas, son el peor castigo que puede darse a ese estado, ya que el melancólico se hunde en sí mismo, se ensalza en sus incapacidades. Pues se recordará que para la época, la pasión melancólica era la pasión por excelencia, y por tanto, completamente imperdonable. Incluso el mismo Lacan, en varias ocasiones se refiere a la tristeza como el peor de los vicios. El canto reza:

Y el buen maestro: «Hijo, mira ahora
las almas de esos que venció la cólera,
y también quiero que por cierto tengas

que bajo el agua hay gente que suspira,
y el agua hace hervir la superficie,
como dice tu vista a donde mire.

Desde el limo exclamaban: «Triste hicimos

¹⁰⁵ DANTE, Alighieri. "El infierno", Canto III. En: La Divina Comedia. Editorial libresa. 2004. Pág 38.

el aire dulce que del sol se alegra,
llevando dentro acidioso humo:

tristes estamos en el negro cieno.»
Se atraviesa este himno en su gznate,
y enteras no les salen las palabras.

Así dimos la vuelta al sucio pozo,
entre la escarpa seca y lo de enmedio;
mirando a quien del fango se atraganta:
y al fin llegamos al pie de una torre¹⁰⁶.

La referencia la hace Lacan, desde Spinoza. La considero mucho más consistente y por ello detendré un poco los desarrollos en esta parte, por los enormes aportes que representa para el tema del capítulo. Lacan se refiere ante todo a los desarrollos de Baruch de Spinoza en su *Ética: demostrada según el orden geométrico* para dar cuenta de la noción de “pecado”, inherente a esta doctrina, y que luego equiparará con la de “cobardía moral”.

En la parte tercera de la obra titulada “*Del origen y naturaleza de los afectos*”, Spinoza alerta sobre la forma en que autores han tratado los afectos y la conducta humana como si fueran aspectos que estuvieran por fuera de la naturaleza humana, y no al interior de ésta. Esto tiene que ver con la creencia de que el hombre perturba el orden de la naturaleza y no precisamente que sigue ese mismo orden con sus acciones. Para Spinoza estos autores sostienen la creencia que el hombre tiene una absoluta potestad sobre sus acciones y que sólo es determinado por sí mismo. Piensa ante todo el autor, en el cogito cartesiano, aunque después hablará también de la buena voluntad de Kant. De allí que sea un vicio de esta misma naturaleza la causa de la impotencia e inconstancia humanas. Ya que “se tiene por divino a quien sabe denigrar con mayor elocuencia o sutileza la impotencia del alma humana”¹⁰⁷.

Soslaya la necesidad que han tenido muchos autores de hablar de la recta conducta, pero ninguno sobre la naturaleza y la fuerza de los afectos, y lo que puede el alma hacer, por su parte para moderarlos. Sostiene que Descartes ha hecho el intento de explicar los

¹⁰⁶ Íbid. Pág 79.

¹⁰⁷ SPINOZA, Baruch. *Ética: demostrada según orden geométrico*. Editorial nacional. Madrid. 1979. Pág 181.

afectos humanos por sus primeras causas, sin embargo, toda su argumentación sólo ha demostrado su agudeza y no precisamente los objetivos que se propuso con respecto a la potencia absoluta que tiene el alma para dominar y controlar los afectos.

Para Spinoza es claro que los afectos no han sido bien tratados en la historia que se ha escrito para su tratamiento, a no ser para ridiculizarlos, detestarlos, más que entenderlos, han sido planteados como una piedra en el zapato para el despliegue amplio y consciente de la razón, en su proyecto de conquista sobre los seres humanos, a juicio de toda la tradición antigua y aún contemporánea. Sin embargo, para él no existe razón de separar o dividir los afectos del alma humana como si fueran un obstáculo ya que la naturaleza, y eso incluye sus leyes y reglas, son las mismas en todas partes y su eficacia y potencia de obrar, según las cuales ocurren las cosas, son siempre las mismas. Spinoza inicia su argumentación planteando *Definiciones y Postulados*, para luego pasar a las *Proposiciones y Demostraciones* que contienen sus reflexiones sobre los afectos, a la manera de la geometría.

La primera proposición que hace es “Llamo *causa adecuada* aquella cuyo efecto puede ser percibido clara y distintamente en virtud de ella misma. Por el contrario, llamo *inadecuada o parcial* aquella cuyo efecto no puede entenderse por ella sola”¹⁰⁸. Se podría preguntar, si el interés de Spinoza está precisamente en considerar a los afectos (bien sea odio, ira, envidia, alegría, tristeza etc.) como pertenecientes al mismo movimiento y eficacia de la naturaleza, por qué separar dos causas situándolas una como adecuada y otra como inadecuada?, no empantanaría su proceder aparentemente negado a través de esta distinción en las causas?. Esta distinción sólo será aparente y estará resuelta en sus desarrollos posteriores.

Continúa su argumentación sosteniendo “Digo que *obramos*, cuando ocurre algo, en nosotros o fuera de nosotros, de lo cual somos causa adecuada; es decir (*por la Definición anterior*), cuando de naturaleza se sigue algo, en nosotros o fuera de nosotros, que puede entenderse clara y distintamente en virtud de ella sola. Y, por el contrario, digo que *padecemos*, cuando en nosotros ocurre algo, o de nuestra naturaleza se sigue algo, de lo que no somos sino causa parcial”¹⁰⁹. En pocas palabras, para Spinoza, tanto la

¹⁰⁸ Íbid. Pág 183.

¹⁰⁹ Íbid.

acción como el padecimiento tienen la causa del lado del sujeto, pero con intensidad distinta, es decir, mientras la acción como efecto del pensamiento depende de manera total de causas internas a los individuos, el padecimiento sólo tendría connotaciones parciales; ya que se puede sufrir también por causas externas a nosotros mismos, lo que no exime a un sujeto de padecer por lo inadecuado de sus pensamientos.

Procede inmediatamente en sus definiciones a explicar lo que comprende por afecto como afecciones del cuerpo “por las cuales aumenta o disminuye, es favorecida o perjudicada, la potencia de obrar de ese mismo cuerpo, y entiendo, al mismo tiempo, las ideas de esas afecciones”. *Así pues, si podemos ser causa adecuada de algunas de esas afecciones, entonces entiendo por “afecto” una acción; en los otros casos, una pasión*¹¹⁰.

En esta afirmación queda clarificada por un lado, que los afectos van ligados también a las ideas que se producen por esas afecciones y que su efecto en la potencia del obrar estará demarcada por la naturaleza de la misma afección. Es curioso también, el lugar de la definición que le abre a la pasión cuando no hace parte de la acción en tanto causa adecuada, en cuyas palabras, sólo podremos situarle el lugar de una causa inadecuada o patógena. Para Spinoza, las pasiones encierran el lado patógeno de los afectos, ya que hace que el alma padezca, y eso explicaría, el por qué, la pasión melancólica, es la peor, puesto que ensombrece al espíritu según los poetas de la época clásica. La pregunta resultante es sobre el conocimiento de la naturaleza de estas afecciones y su intervención en el alma.

Luego de las definiciones planteadas, Spinoza aclara los postulados sobre los cuales trabajará su demostración; el primero de ellos es “El cuerpo humano puede ser afectado de muchas maneras, por las que su potencia de obrar aumenta o disminuye, y también de otras maneras, que no hacen mayor ni menor esa potencia de obrar”¹¹¹. Seguido del segundo postulado donde “El cuerpo humano puede padecer muchas mutaciones, sin dejar por ello de retener las impresiones o huellas de los objetos... y, por consiguiente, las imágenes mismas de las cosas”¹¹². Ya en Freud también está estipulado la

¹¹⁰ Íbid.

¹¹¹ Íbid.

¹¹² Íbid. Pág 184.

intervención de esto, según el cual, las representaciones se mantienen pese a las mutaciones de los afectos en el cuerpo.

Para Spinoza, es claro que nuestra alma obra cuando tiene ideas adecuadas, y padece cuando tiene ideas inadecuadas, pero todas ellas apelan a Dios en tanto constituye la esencia del alma, como adecuadas. No pueden existir ideas inadecuadas en Dios, sólo en el alma de los hombres, cuando éstas incluyen también el alma de las otras cosas. Recordemos que para Spinoza, el alma humana es una parte del entendimiento infinito de Dios (orden necesario de las esencias) y por ende, ese conocimiento posibilita pensar y actuar de acuerdo a la resonancia que existe en nuestro pensamiento de ese entendimiento divino. En ese sentido, el alma estará sujeta a tantas pasiones cuantas más ideas inadecuadas tiene y obra tantas cosas, tanto más ideas adecuadas posee. De esta manera, explicaría cómo el melancólico padece por la acumulación de tantas ideas inadecuadas y por la absorción de la pasión que lo invade hasta notarlo en su propio cuerpo.

Sin embargo, todo esto es posible sostenerlo, porque para Spinoza, el alma y el cuerpo son una misma sustancia y están representadas por los modos del pensamiento, no por la extensión, así, cuando un alma sufre por las pasiones que tiene acumuladas, el cuerpo mismo también lo hará. Puesto que alma y cuerpo están concatenados a nivel del pensamiento. De allí que, los afectos como afecciones del cuerpo, estén también sostenidos en el alma, a través del pensar. Es de las argumentaciones que Lacan recupera para explicar también su concepción de los afectos atravesados por el lenguaje y por la estructura y no simplemente como descargas motrices.

Así, sostiene Spinoza, *“De modo que la experiencia misma, no menos claramente que la razón, enseña que los hombres creen ser libres, sólo a causa de que son conscientes de sus acciones e ignorantes de las causas que las determinan, y además, porque las decisiones del alma no son otra cosa que los apetitos mismos, y varían según la diversa disposición del cuerpo, pues cada cual se comporta según su afecto, y quienes padecen conflicto entre afectos contrarios no saben lo que quieren, y quienes carecen de afecto, son impulsados acá y allá por cosas sin importancia”*. Todo ello muestra claramente que tanto la decisión como el apetito del alma y la determinación del cuerpo son cosas simultáneas por naturaleza, mejor dicho, son una sola y misma cosa, a la que llamamos *“decisión”* cuando la consideramos bajo el atributo del pensamiento y *“determinación”*

*cuando la consideramos bajo el atributo de la extensión, y la deducimos de las leyes del movimiento y el reposo...*¹¹³.

De esta manera, aparece en los seres humanos, la capacidad de decidir que tiene el alma y el deseo, cuando dicha decisión viene acompañada de la conciencia del mismo. Para Spinoza, los apetitos y el deseo ya son modos del pensamiento que guían la potencia del obrar del alma y figura lo que apetecemos, deseamos y queremos. El deseo, constituye la esencia del ser humano y está ligado al alma y el cuerpo como dos unidades indisolubles. Sin embargo, hay pasiones que afectan al alma y al cuerpo de manera áspera, provocando la disminución de su potencia de obrar, como la tristeza, que también llama dolor o melancolía. Como otras pasiones que por el contrario, aumentan su potencia, como es la alegría que también llama placer o regocijo a las cuales, el alma se esforzará siempre a mantener.

En este punto, hace la claridad además, que el placer o el dolor se refieren al hombre cuando una parte de él resulta más afectada que las restantes y el regocijo y la melancolía, cuando todas las partes resultan igualmente afectadas. A estos tres afectos los considera, afectos primarios, (alegría, tristeza y deseo), siendo los pilares de donde surgen los demás afectos y a partir de allí realiza todo un corolario de definiciones de afectos como (emulación, celos, esperanza, gloria, vergüenza, la soberbia, la indignación etc).

En conclusión, Spinoza ha extraído la naturaleza de los afectos, de la operación de dos causas: la adecuada que contiene la potencia de obrar del alma y la inadecuada que lleva inherente su disminución. De estas causas, supone que cuando el alma es potente entonces “actúa” y cuando está disminuida o impotente, entonces “padece”. El padecimiento siempre está ligado a una pasión, mientras que la acción a un afecto. Sin embargo, tanto pasiones como afectos, se encuentran presentes en el alma y en el cuerpo, puesto que ambos participan de la misma unidad, es decir, de la naturaleza que llama Dios. Para Spinoza, no es concebible, un alma que padezca en un cuerpo sano o viceversa, ya que cuando la potencia del alma aumenta o disminuye, queda demostrado que en el cuerpo ocurre lo mismo, con respecto a su potencia vital. El cuerpo ya no es

¹¹³ Íbid. Pág 189.

más organismo vivo, ni el alma, representación ciega, ambos son partes de una misma y única naturaleza.

De esta manera, clasificó las formas de afectación de un cuerpo a través de tres grandes “afectos”; el amor, el odio y el deseo, al que también llamó, apetito con conciencia. Y de estos grandes afectos se procuró una mecánica estructural a través de la cual, se mueve la vida humana y participa la naturaleza a través de la relación que se establece con los afectos. Pero estos afectos, son modos de pensamiento, son ideas a través de las cuales el alma afirma su fuerza de existir, no son modos de la extensión del cuerpo, de allí que tenga tanta resonancia en Lacan este planteamiento.

De esta manera, la falla moral en Spinoza surge cuando las ideas inadecuadas invaden el alma y ésta no logra “esforzarse” para alejarse de ellas. Se presenta una “servidumbre”, una “impotencia humana” para moderar o reprimir sus afectos, ya que cuando queda a merced de ellos, no puede disfrutar de una existencia independiente. Por ejemplo, dice Spinoza “los que se suicidan son de ánimo impotente, y están completamente derrotados por causas exteriores que repugnan a su naturaleza”¹¹⁴. No se esfuerza por la conservación de su “ser” y el deseo que es la potencia que lo mantiene se disminuye de manera inmediata. La melancolía surge precisamente cuando el alma imagina su impotencia y descuida la conservación de su ser, valiéndose de ideas que la empobrecen. La salida frente a esto, la plantea Spinoza a través del conocimiento de su propia naturaleza y del deseo que brota de la alegría que es el fundamento de la moralidad y la virtud. Y todo lo que contraríe este proceder se considera una falla a dicho fundamento.

La siguiente parte que inaugura la participación de la ética del bien-decir y es lo que condensa la salida que hacemos a la depresión desde el psicoanálisis reza:

que no cae en última instancia más de que del pensamiento, o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura.

Ya vimos que en Spinoza, la tristeza, así como el amor y el odio son modos del pensar y por ende, se diferencia de toda la tradición filosófica que los concibe como meros

¹¹⁴ Íbid. Pág 284.

estados afectivos desconectados del entendimiento, asumiendo la dicotomía clásica de la filosofía, entre afectividad e intelección. En consonancia con esto y con los planteamientos que Lacan nos hacía de los afectos como atravesados por el lenguaje, vemos que sigue la idea iniciada por Spinoza, pero agregándole, lo que del inconsciente prevalece en el afecto y la manera en que éste posibilita el pensar a través de la estructura del lenguaje, ya que el hombre piensa según Lacan a través del lenguaje, no a través de su alma.

En ese sentido, los afectos no son más que “descargas” del pensamiento, descargas sobre un cuerpo que está él mismo atravesado por la estructura, por el significante. Sostiene Lacan “El piensa ya que una estructura, la del lenguaje –la palabra lo admite-, ya que una estructura recorta su cuerpo, lo que nada tiene que hacer con la anatomía. La prueba el histérico. Esta cizalla llega al alma con el síntoma obsesivo: pensamiento con que el alma se entorpece, no sabe qué hacer”¹¹⁵.

En el seminario XI, Lacan venía madurando esta idea de pensamiento que está presente en la frase citada, cuando haciendo una convergencia entre el pensamiento cartesiano y el de Freud sobre la existencia de la certeza en un sujeto, delimita el sentido que puede hallarse en la máxima cartesiana “*pienso, luego soy*”. Para Lacan, es seguro que Descartes encontró en la duda una forma de afirmar el pensamiento, ya que es a través de ella que él puede estar seguro de que puede pensar, pues es la duda la que lo lleva a deshacerse de todos los pensamientos que asumía como ciertos, para iniciar por sus propios caminos la búsqueda de sus verdades (que en Lacan no son más que certezas) y, por ende, tener la seguridad y la confianza en sus pensamientos y por esa vía, de su ser. Sin embargo, el autor le recuerda, que ese *yo pienso* cartesiano viene irremediable atravesado por un *decir* que el filósofo olvida, pero en cuya captura está inserto el cambio fundamental que plantea. El pensamiento ya no está sólo sustentado sobre una estructura inteligible, abstracta, sino sobre una estructura de lenguaje. Esto es lo que acerca a Freud y a Descartes, ya que según Lacan, cuando Freud puede dudar (de sus sueños, por ejemplo), quiere decir que hay un sujeto que aparece, puesto que es él quien duda y es en ese lugar donde el pensamiento es inconsciente, que se puede revelar el sujeto, es decir, en el *yo pienso* aparece el sujeto del inconsciente, manifestado ya a

¹¹⁵ LACAN, Jacques. Radiofonía y Televisión. Editorial Anagrama. 1977. Pág 88.

través de una estructura de lenguaje. Sostiene Lacan “pero nosotros sabemos, gracias a Freud, que el sujeto del inconsciente se manifiesta, que piensa, antes de entrar en la certeza”¹¹⁶.

Con esto queda establecido como lo mencionamos anteriormente, que en Lacan los afectos, entre ellos, la tristeza son, descargas del pensamiento y como el pensamiento es una estructura que posibilita el campo del inconsciente, (ya que no es el pensamiento como intelección de la filosofía, que se sitúa a nivel de la conciencia) y éste a su vez, al estar marcado por un corte, por una ausencia, por una hiancia, hace emerger al sujeto atravesado por la función del deseo. La tristeza situada a este nivel del pensamiento, debe poder orientarnos en el inconsciente, lo que equivaldría a decir, reconocernos en la estructura y en el bien-decir. En últimas, poder reconocer el deseo que habita a un sujeto. Se recordará además, que lo que organiza el deseo humano es la caída de un objeto que es una letra pequeña (a), por medio de la cual, puede reconocerse el deseo.

3.4 De la depresión a la Gaya Ciencia

Frente a las salidas de la depresión que Lacan propone está la gaya ciencia que aparece en *Televisión* cuando sostiene “*Lo opuesto de la tristeza, el gay saber, el cual es una virtud. Una virtud no absuelve a nadie del pecado. La virtud de manifestar en qué consiste, que designo como gay saber, es su ejemplo: no se trata de comprender, de morder el sentido, sino de rasurarlo lo más que se pueda sin que haga liga para esta virtud, gozando del descifraje, lo que implica el gay saber no produzca al final más que la caída, el retorno al pecado*”¹¹⁷.

No es curioso que retome Lacan a Nietzsche en esta frase, puesto que sabemos que el autor construye su “Gaya Ciencia” develando el secreto de un espíritu gratificado con la curación de su alma, que emerge a través de las ideas de esperanza, de confianza en el porvenir, de un mañana construido sobre el presente aventurado, un tiempo que retorna siempre con cosas nuevas y que trasciende su enfermedad, oponiendo pensamientos “adecuados”, diría Spinoza. Esta alegría que representa el “gay saber”, es el cesamiento

¹¹⁶ LACAN, Jacques. Seminario XI los cuatro conceptos del psicoanálisis. Ediciones Paidós. 1973. Pág 44.

¹¹⁷ LACAN, Jacques. Radiofonía y Televisión. Editorial Anagrama. 1977. Pág 108.

de la tiranía del dolor y el sufrimiento, por un entusiasmo que se produce por la aceptación y el reconocimiento de sus pesares, que es a su vez un consuelo frente a los mismos. El gay saber le devuelve al alma y al cuerpo su potencia de vivir, su voluntad de afinar y de transformarse continuamente; sostiene Nietzsche, “Parimos con dolor nuestros pensamientos y maternalmente les damos cuanto hay en nosotros: sangre, corazón, fogosidad, alegría, tormento, pasión, conciencia, fatalidad. Para nosotros consiste la vida en transformar continuamente cuando somos en claridad y llama y lo mismo cuanto tocamos”¹¹⁸. Eso es lo que nos posibilita pertenecer a una historia, agitarnos por un destino, desafiar los ideales e imponernos con voluntad sobre los avatares de la vida.

El gay saber, como dice Lacan, no es una virtud que nos encamina por rectos senderos, que nos muestra cómo debemos aspirar hacia un bien, que es en últimas, la felicidad, como en las éticas eudaimónicas, sino una actitud, un estado de elección, si se quiere, donde no se espera hallar las últimas verdades ni acceder a la sabiduría absoluta, sino a un conocimiento alegre que nos permita, dice Nietzsche, “sentirse bien con su locura y los pobres felices con su riqueza”¹¹⁹.

De lo que se trata en una ética que confie en el acceso a un gay saber, es poder seguir estremeciéndose con el deseo de cada quien, con el placer de la interrogación sobre la tragedia que es la vida, con la aparición de los sesgos de la verdad y el sin-sentido, más que con la laboriosa ingenuidad de una búsqueda de placer y felicidad infructuosos, o en la posesión de gloriosos bienes fielmente distribuidos para alcanzar la verdad y la ciencia.

Esto es precisamente lo que hay en el trasfondo de las teorías psicoanalíticas y en su ética del bien-decir que a diferencia de las éticas tradicionales, ella misma no constituye un cuerpo doctrinario a la manera de la que conocemos en la historia. No es una ética de los bienes, sino una ética de “desciframiento del deseo de cada quién”.

¹¹⁸ NIETZSCHE, Friedrich. La Gaya Ciencia. Albor libros. Madrid. 1999. Pág 166

¹¹⁹ Íbid. Pág 26.

Para Nietzsche, la misma vida es un problema. “Más no se imagine que esto ha de volvernos necesariamente misántropos. El amor a la vida sigue siendo posible, pero se le ama de otro modo. El amor que hacia ella sentimos es como el amor a una mujer que nos inspira sospecha. Con todo, el hechizo de lo problemático, el deleite que las incógnitas producen a los hombres más inteligentes y pensadores son tan grandes, que ese placer pasa como una alegre llama por todas las miserias de lo problemático, por todos los peligros de la incertidumbre, hasta sobre los celos del enamorado. Conocemos un deleite nuevo”¹²⁰.

Un deleite que atraviesa los velos de la verdad, sin pretender que ella misma se revele como total. Es una nueva emergencia, un nuevo decirse “a sí mismo”. Es lo que el trabajo analítico pretende disponer para el deprimido a través de servirse de este *gay saber*, cuando pretende que pueda reconocerse y situarse en la estructura, acceder a *su verdad*, a su deseo, que confronte su falta y que sea capaz de simbolizar la pérdida. El deprimido debe poder “subjeter su propia muerte”, diría Lacan. “Esto indica que si falta, en el inconsciente, el significante de la muerte, el recurso de un análisis es el de subjeterla, integrarla a partir de una elaboración que no es sólo un “tomar conciencia”, sino que pasa por un largo recorrido a través de las formaciones inconscientes del sujeto”¹²¹. Esa subjeteración de la muerte que es la “castración simbólica” al que el deprimido rehúye y de la cual no desea saber nada, es lo que un análisis propone atravesar. El análisis permite que la “caída” del objeto, esa caída de la que nos hablaba en Televisión, se produzca en los estados depresivos.

Pero ese atravesamiento implica que el deprimido se desaliene del deseo del Otro, de todas las identificaciones imaginarias sobre las cuales se encuentra fijado, como una forma de dar cuenta de la incompletud de ese Otro que le aparece como soporte o resorte de su propia imagen. Un análisis de la depresión debe pasar por la operación de la metáfora paterna, del Nombre-del-padre, que es la que permite, en términos freudianos, la reversión de la libido suspendida en el deprimido hacia el nuevo desplazamiento, hacia la investidura de nuevos objetos y, en términos lacanianos, es la

¹²⁰ Íbid. Pág 27.

¹²¹ IZCOVICH. Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones de la Universidad Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín. 2005. Pág 93.

que le pone fin al duelo suspendido del deprimido y el que condiciona la aparición de la dimensión del deseo de un sujeto.

El deprimido debe poder servirse de ese entusiasmo hacia el saber sobre la causa de su deseo, que pasa por una interrogación sobre su estado, una experiencia de vaciamiento del sentido propicio para el trabajo del análisis. El analista debe procurar esa apertura intentando encontrar la palabra que “rasure” ese sentido, que le da la posibilidad de articular una demanda y que convierta sus quejas en un mensaje “susceptible de interpretación”, de desciframiento. Esto daría la libertad para enmarcar un análisis de los deprimidos ligado a un proceso de sintomatización de dicho estado, donde la depresión pueda entrar en la dialéctica que el síntoma impone para el psicoanálisis, en sus dos vertientes, tanto de sentido, como de goce y, de esta manera, darle un viraje al retorno infinito de lo mismo presente en los pacientes deprimidos, hacia un retorno que en términos transferenciales, le permita sobrellevar los avatares o impasses que se le impongan, cuando tenga que dar cuenta sobre las causas de su estado.

En este proceso, la verdad de un sujeto sólo puede aparecer en el sentido en que la gaya ciencia nietzscheniana la plantea: “No, a nosotros, no nos seducen...esa ansia de verdad, de la verdad a toda costa, esa locura de mancebo enamorado de la verdad...No creemos que la verdad continúe siéndolo si se le arranca el velo: hemos vivido demasiado para pensar así. Para nosotros es cuestión de decoro no querer verlo todo desnudo, no querer asistir a todas las cosas, no pretender comprenderlo y *saberlo* todo”¹²². Ya que siempre quedará velado un saber de algo más allá, un saber que no podrá ser anunciado ni anunciabile, puesto que es un saber sobre un real que sólo se podrá bordear.

Ya Lacan, había sido claro en el planteamiento cuando sostenía que en ningún momento, el gay saber pretendía hacer a los sujetos felices, especialmente sin que ellos mismos pudieran dar cuenta de la causa de su felicidad (semejante a la posición freudiana cuando abandona el método hipnótico o de la sugestión por creerlo infructuoso en el conocimiento propio que se adeuda un sujeto sobre sí mismo) y, por el contrario, propone esta salida por el saber entusiasta, alegre, que permite el desciframiento del sentido, el

¹²² Íbid. Pág 28.

retorno al pecado que implica la “caída” del objeto a y la emergencia de un real que el síntoma pretende amansar, hasta hacerlo deslizar por la cadena significativa, por la estructura del lenguaje, por la dimensión simbólica atravesada por el campo de la pérdida estructural de la que nos habla el psicoanálisis, que sostiene nuestra existencia como *hablanteser* y que es la que nos permite construir ese *deleite nuevo* del que nos habla la gaya ciencia y que es diferente a la opción o elección depresiva que encuentra en su repliegue libidinal un motivo para evitar la angustia que el proceso anterior implica y que es para el caso, la angustia de castración.

Sostiene Lacan “Lo sorprendente no es que sea feliz (*heureux*) sin sospechar lo que lo reduce, su dependencia de la estructura, sino que se haga idea de la beatitud, una idea que llega bastante lejos para que se sienta exilado”¹²³. Beatitud que implica desconocimiento, mientras que el psicoanálisis exige cuotas de coraje y valentía para recibir el mensaje que Lacan recupera de la actitud freudiana del *sea como fuere, hay que ir a ver en el inconsciente, porque el inconsciente se muestra. Ello habla*.

De esta manera, “el psicoanálisis apunta a obtener de un sujeto, que diga bien, lo que supone construye bien, la singularidad de su modo de su goce, del síntoma con el cual suple la ausencia de la relación sexual, suple la hiancia estructural del Otro...El analista sabe que bien decir tiene un efecto –es la astucia de la razón psicoanalítica– que con el bien decir se transforma algo del goce, se toca el síntoma. Es un valor nuevo sustitutivo que propone el psicoanálisis y en este sentido acoge toda la sintomatología”¹²⁴.

Este proceso es el que promueve la ética del bien-decir, cuando expone la posibilidad que un sujeto tenga de ser escuchado, al reconocimiento de su singularidad, al tratamiento ético del cada quién y al cada uno, al no “ceder en su deseo” y al saber-hacer-con el-sinthome, es lo que el psicoanálisis, puede marcar como una salida al sujeto deprimido que en las sociedades actuales está acallado en los tratamientos psicofarmacológicos y en las realidades frías del anonimato y de las cifras de las que denunciaban los psicoanalistas modernos y el propio Lacan, con los avances psiquiátricos del momento.

¹²³ LACAN, Jacques. Radiofonía y Televisión. Editorial Anagrama. 1977. Pág 108.

¹²⁴ IZCOVICH. Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones de la Universidad Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín. 2005. Pág 59.

4. Conclusiones

Las conclusiones parciales que han quedado expuestas a través del recorrido elaborado por las construcciones, tanto del discurso médico actual como de las teorías psicoanalíticas alrededor de la categoría de la depresión, se pueden ordenar y describir de la siguiente manera:

Los debates actuales sobre la depresión en el campo psiquiátrico, sus manifestaciones, su tratamiento, su clasificación, son debates ya iniciados o retomados desde la misma antigüedad, en particular desde el período clásico de este campo del saber, de los cuales es relevante mencionar, la disputa en la clasificación de entidades como la manía y la melancolía que provocó tantos desarrollos inéditos en la medicina y que logró sustentar, sobre sus bases, la emergencia actual del cuadro tipificado como “depresión”. Así también como los debates entre la depresión endógena y reactiva producto de la visión diferenciada de dos grandes sistemas de pensamiento al interior del discurso médico; la psiquiatría dinámica y el psicoanálisis. Este último que hoy brinda herramientas suficientes para servirse de formas idóneas de dirigir una cura y defender un tratamiento alejado de la psicofarmacología impuesta. Y por último, la disputa clásica entre los psiquiatras que defendían la existencia de una sola psicosis y los que aceptaban diversas manifestaciones de la misma, en cuyo seno surgió la clasificación actual de la depresión bajo el rótulo de depresión unipolar y bipolar.

Los cambios experimentados hoy en la nomenclatura americana de la psiquiatría, contando para ello con el giro que tomaron las explicaciones en psiquiatría a partir de la implantación del discurso de la ciencia, resultaron en la adopción del Manual (DSM IV – R) que incluye la depresión, recogidos bajo el concepto de “trastornos del estado del ánimo”, han sido producto de las transformaciones en la concepción de la subjetividad implicada en la enfermedad mental, en la comprensión de la práctica clínica como práctica ética frente a la relación que debería establecerse entre médico-paciente y de la

exclusión de la mirada clínica tan debatida como enunciada por autores como Michel Foucault y Jacques Lacan en sus obras. Esa mirada clínica que condensaba un proceder que sin ser lo que nos abocamos a recuperar, sí encerraba un sentido de rigurosidad, sistematización, responsabilidad social y avance científico, está ausente en las nuevas miradas de la clínica psiquiátrica que ha encontrado en los avances farmacológicos su “punta de lanza” o “pivote” para sostener su saber.

En últimas, el transitar por las diversas transformaciones que ha sufrido la categoría de “depresión” en las diferentes versiones del Manual DSM confronta con la forma en que ocurrió ese viraje histórico y permite responder por qué la depresión se constituyó como una “enfermedad” moderna y por su aceptación en el campo psiquiátrico, en el cual tiene prevalencia el cambio que se vivió no sólo en el saber, sino también en la clínica de los años 50 con la aparición de los psicotrópicos, especialmente los antidepresivos que marcaron el camino recorrido para una actitud normalizadora y relativizada de los diagnósticos y la generación de herramientas diagnósticas que suprimen la pregunta de la causa en la consolidación de las categorías clínicas que se presentan en el mundo de la salud mental.

La apuesta más relevante para el triunfo de este proceder actual del discurso médico, concretado en el saber psiquiátrico, es la apuesta realizada con los psicotrópicos, lo que marcó la destrucción de dicha mirada y lo que ocasionó una forclusión de la subjetividad, trayendo como consecuencias angustiantes, una segregación y autoexclusión del sujeto y una salida cómoda para una sociedad que evade la tristeza como forma de interrogación sobre sus malestares. Sin embargo, en consonancia con este proceso de segregación y de exclusión del sujeto, esta sociedad pregona por alcanzar y generar un sujeto fútil y automatizado, cuyos ideales se aproximen a los de “hombre máquina” de Pierre Cabanis o “sujeto molécula”, cuyo ideal está destinado al fracaso puesto que el sujeto siempre encontrará las formas de oponerse a este “disciplinamiento normativo”, por el simple hecho de estar atravesado por los equívocos que le implican la división que ha marcado sobre él el lenguaje.

La instalación “moderna” de la depresión en el discurso médico pasa por considerar la manera en que la psiquiatría ingresa al campo médico y los factores que dieron lugar a este estado de cosas, entre los cuales cabe mencionar: la emergencia del litio como una de las sustancias más poderosas en la elaboración de medicamentos que combaten las

depresiones más graves, responsable por lo demás de la generación de un sin número de medicamentos con propiedades antidepresivas y antimaniacas, que hoy son las grandes armas con las que cuenta la psiquiatría para el tratamiento de la enfermedad mental, lo que ha revertido en que cada vez más los sujetos asuman la eficacia de los medicamentos, por encima de las terapéuticas que pasan por el uso de la palabra y la escucha, como es el caso del psicoanálisis. Otro factor que da cuenta de dicha instalación es la aparición de los ensayos clínicos como testigos fiables de la forma en que opera el discurso científico en la promoción y comercialización de los medicamentos y su entrada al saber psiquiátrico.

Estos ensayos permitieron demostrar (como fue la intención del trabajo) cuán perverso es el círculo que cierra sobre nosotros, la exposición ante los medicamentos que son puestos al servicio de los médicos para tratar diversas enfermedades, entre ellas, las mentales y, por último, la normalización de los diagnósticos que da cuenta de la actitud que permitió la abolición total de la subjetividad en las nomenclaturas novedosas especialmente en la psiquiatría norteamericana que ha permeado a todo el mundo. Esto es un retroceso hacia una concepción fisiologicista de “hombre conductista” y “organismo enfermo” que no permite dar cuenta de aquello en lo que la experiencia humana se afirma: la subjetividad.

En contraste con este discurso contemporáneo de la depresión, se impone la búsqueda de una alternativa desde el psicoanálisis como una praxis que siempre se ha ocupado de otorgarle un lugar al sujeto en el decir de sus padecimientos, con el objetivo de proponer una salida que evite la confrontación con la falta constitucional de todo ser hablante a través de medicamentos antidepresivos.

En ese sentido, hablar de una teoría de la depresión en psicoanálisis, aludiendo con “depresión” al cuadro sintomático que lo caracteriza y no a su tratamiento moderno, hace suponer una visión estructurada de la teoría psicoanalítica frente a estos conceptos concretadas y estudiadas en el texto “Duelo y melancolía”. De esta manera, se asume la posición freudiana de distinguir entre las diversas manifestaciones de la “depresión”, atendiendo a las estructuras clínicas, en cuyo seno se demarcan sus diferencias.

El análisis sobre la “depresión” en Freud y en, general, para el psicoanálisis, y especialmente su salida, supone también una apuesta ética para los sujetos en estas

sociedades actuales, más que un cuestionamiento de las diversas formas en que la medicina ha tratado a los pacientes como seres anónimos y “cuerpos errantes”.

Es necesario advertir que en la objeción implícita en la posición depresiva, se pueden hallar marcos de referencia para pensar cómo desde allí se puede abrir el campo del deseo y no continuar sosteniendo el repliegue libidinal sin posibilidades de reconocer al Otro que hay en este sujeto. En pocas palabras, la objeción que el deprimido hace al discurso contemporáneo supone una forma de denuncia frente a los criterios impuestos con respecto a los sujetos y a la tipificación del lazo social que promueve.

La posición lacaniana sobre la depresión es copartidaria de los avances freudianos sobre la libido que en Lacan toma el nombre de “deseo”, puesto que está considerada especialmente como una enfermedad del deseo, con la existencia de una falla o cobardía moral que hace pensar en esos momentos en que el deseo es suspendido.

Esta salida ética impone una aceptación al bien decir que se expresa en el reconocimiento de la dimensión del deseo que debe abrirse frente al deprimido. De esta manera, no se busca sólo que la depresión se anule, sino que el deprimido pueda extraer de dicha elección las consecuencias que lo agobian y abrirse paso hacia una elección más honesta consigo mismo que pasa por el encuentro con su inconsciente.

Dentro de las salidas que el psicoanálisis plantea a la depresión, está la Gaiaté (alegría), el entusiasmo que implica, un apaciguamiento de la existencia y de todos los avatares e impasses que ésta conlleva. Una salida difícil de asir, si se tiene en cuenta que los tiempos actuales no reconocen la tristeza ni a la soledad como estados “normales” por los cuales tiene que atravesar un sujeto a lo largo de su vida, bien sea para concluir duelos que le permitan aceptar las pérdidas que sufrirá, bien sea para objetar las imposiciones que parten del Otro. El discurso moderno por el contrario impone un “no hay razón para sufrir”, mientras que el psicoanálisis resueltamente defiende el derecho a estar triste y al duelo, como condiciones de simbolización de las pérdidas que facilitan acceder al resorte de la existencia.

Bibliografía

ASCOFARÉ, Sidi. "Clínica ... del Síntoma?". En: Revista Desde el Jardín de Freud. Número 12 "La cuestión del síntoma". Ediciones de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2012.

BARTRA, Roger. El duelo de los ángeles. Locura sublime, tedio y melancolía en el pensamiento moderno. Ediciones del Fondo de cultura económica. Colombia. 2005

BERCHERIE, Paul. Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Editorial Manantial. Argentina. 1980

CADAVID, Tomás. "Humor". En: Raíces griegas y latinas. Editorial Colombia. Bogotá. 1942

Consejo Europeo de Niza. 7 – 10 Diciembre de 2000. Anexo III, Resolución sobre el principio de Cautela. Extraído el día 17 de Noviembre de 2013, En: http://www.europarl.europa.eu/summits/nice1_es.htm

CHEMAMA, Roland. Depresión, la gran neurosis contemporánea. Ediciones Nueva visión. Buenos Aires. 2007

DANTE, Alighieri. "El infierno", Canto III. En: La Divina Comedia. Editorial libresa. 2004.

DE CASTRO, Sylvia. "Síntoma y discurso. Las enseñanzas de "la moral sexual" cultural y la nerviosidad moderna". En: Revistas Científicas. Vol 11 N° 2. 2012

Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Prepared by American Psychiatric Association. Massachusetts. 1952.

Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Second Edition. Prepared by American Psychiatric Association. Washington. 1968.

Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Third Edition. Prepared by American Psychiatric Association. Washington. 1980

Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorder. Fourth Edition. Prepared by American Psychiatric Association. Washington. 1994

DORR, Zegers Otto. Dimensiones de la depresión. En: Depresión. Diagnóstico y Tratamiento. Publicación de la sociedad de Neurología, psiquiatría y Neurocirugía de Santiago de Chile. 1992

EHRENBERG. Alain. La fatiga de ser uno mismo. Depresión y Sociedad. Editorial Nueva visión. Buenos Aires. 2000

ENTRALGO. Laín. Introducción al estudio de la patología psicósomática. Editorial Paz Montalvo. Madrid.1950

FOUCAULT. Michel. El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI editores. Argentina. 1966

FOUCAULT. Michel. Historia de la locura en la época clásica II. Breviarios del Fondo de Cultura Económica. Colombia. 1998.

FREUD, Sigmund. Reseña de H. Averbek, Die akute Neurasthenie: ein arztliches Kulturbild. En: Dos breves reseñas bibliográficas (1887). Obras Completas. Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004

FREUD, Sigmund. Manuscrito B. En: Obras Completas Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004.

FREUD, Sigmund. Tratamiento Psíquico. En: Obras Completas Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004.

FREUD, Sigmund. Manuscrito G. En: Obras Completas Tomo I. Ediciones Amorrortu. Buenos Aires. 2004

FREUD, Sigmund. Tres ensayos para una teoría sexual. En: Obras completas Tomo VII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires. 20004.

FREUD, Sigmund. Introducción al Narcisismo. En: Obras completas Tomo XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.

FREUD, Sigmund. Duelo y Melancolía. En: Obras completas Tomo XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires.

GÓMEZ-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y actores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004

GÓMEZ, Gloria. "Tratamientos de la depresión. Clínica del medicamento y/o clínica por la palabra". En: Revista Desde el Jardín de Freud Número 7 "Drogas, Clínica y Mercado". Ediciones de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

GRANGER, Bernard. Es la depresión una moda?. Ediciones La recherche. N° 363, Abril 2003

HIPOCRATES. Las Epidemias.

HIPOCRATES. Enfermedades II.

IZCOVICH, Luis. La depresión en la modernidad. Ediciones de la Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín. 2005

IZCOVICH. Luis. Los afectos en la experiencia analítica. Ediciones de la Universidad Pontificia Universidad Bolivariana. Medellín. 2012

KRISTEVA, Julia. Sol negro. Depresión y Melancolía. Monte Ávila Editores Latinoamericana. Caracas. 1991

LACAN, Jacques. Escritos II. Siglo XXI editores. 1975.

LACAN, Jacques. Breve discurso a los psiquiatras. 10 de Noviembre de 1967. Texto establecido por la Asociación Freudiana de Buenos Aires. Argentina. Pág 8. Consultado en: http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf

LACAN, Jacques. Libro 8: "El objeto y la cosa". En: Seminario 7. La Ética del Psicoanálisis. Editorial Paidós. 1990.

LACAN, Jacques. Psicoanálisis y Medicina. En: Intervenciones y Textos 1. Editorial Manantial. Argentina. 1957

LACAN, Jacques. Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales en Psicoanálisis. Ediciones Paidós. 1973

LACAN, Jacques. Radiofonía y Televisión. Editorial Anagrama. 1977

LACAN, Jacques. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En: Escritos II. Siglo XXI editores. 1984

LACAN, Jacques. Seminario VI El deseo y su interpretación. Clase 8 del 14 de Enero de 1959. Ediciones Paidós. 1959

LAFUENTE, Carmen. "Depresión y Posición Sexual". En: Revista Letras. Número 3, Abril de 2003. Cuadernos del Foro del Campo Lacaniano de Bogotá

MARTINEZ, M., Dolz M., Alonso J., Luque I., Palacin C., Bernal M., Codony M., Haro J.M. y Vilagut G. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina Clínica

MAYA, Beatriz. "La ética del bien-decir más allá del síntoma". En: Revista Desde el Jardín de Freud. Número 12, Enero-Diciembre de 2012. Ediciones de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia

N. Sartorius, H. Davidian, G. Ernberg, F.R. Fenton, I. Fuji, M. Gastpar, W. Guilbinat, A. Jablensky, P. Kieholz, H.E. Lehmann, M. Naraghi, M. Shimizu, N. Shinfuku, R. Takahashi. Trastornos depresivos en diferentes culturas. Informe de un estudio de la OMS en colaboración relativo a la Evaluación Normalizada de Trastornos Depresivos. Publicación Científica N° 458. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1983

NIETZSCHE, Friedrich. La Gaya Ciencia. Albor libros. Madrid. 1999.

PELLION, Frédérick. Melancolía y Verdad. Ediciones Manantial. Buenos Aires. 2003

PIGNARRE, Phillipe. La depresión: una epidemia de nuestro tiempo. Editorial Random House Mondadori. 2003

ROUDINESCO, Elizabeth. Por qué el psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2000

ROUDINESCO, Elizabeth; Plon, Michel. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós. Madrid. 1998

SAURET, Marie Jean; Ancibure Francis; Galan-Ancibure Marivi La dépression nerveuse. Les essentiels milan. Toulouse. 2006

SAURET, Marie Jean. Maladise dans le capitalisme. Psychanalyse &. Presses Universitaires du mirail. Toulouse. 2009

SOLER, Colette. Incidencias políticas del psicoanálisis. Tomo 2. Ediciones del centro de Investigación Psicoanálisis y Sociedad. Barcelona. 2011

SOLER, Colette. Los estados depresivos. En: Aún. Publicación de psicoanálisis de los Foros Analíticos del Río de la Plata. N° 3 – 4. Noviembre de 2010

SOLER, Colette. Síntomas. Ediciones del Campo Freudiano de Colombia. Bogotá. 1998

SPINOZA, Baruch. Ética: demostrada según orden geométrico. Editorial nacional. Madrid. 1979

TENDLARZ, Silvia. “La melancolía en la psiquiatría clásica”. En: La depresión y el reverso de la psiquiatría. Ediciones Paidós, Argentina. 1997