



Experto en Trauma y duelo

 isfap

www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA VII. MALESTARES PSÍQUICOS ASOCIADOS AL TRAUMA

Ansiedad y angustia

Uno de los síntomas más frecuentes y persistentes en los cuadros traumáticos es la ansiedad, ya sea dentro del marco del TEPT o fuera del mismo. Es ello lo que nos lleva a profundizar en el sentido de este tipo de reacción. Esto nos llevará también a la necesidad de elaborar una posición frente la farmacología empleada en los cuadros ansiógenos.

Al estudiar la ansiedad, es necesario articularla con la angustia puesto que son términos similares que producen confusiones debido al uso que se hace de ellos por parte de los médicos, psiquiatras y psicólogos.

Hoy en día, el término ansiedad está bastante extendido tanto a nivel popular como en el ámbito científico. No sólo la ansiedad es el principal efecto de un suceso traumático, incluso las consultas médicas se llenan de “casos” de ansiedad y el lenguaje médico y psicológico está continuamente salpicado con referencias a este término. Es significativo que al mismo tiempo que se multiplica el uso y la importancia de la ansiedad, decae el uso y significancia de la angustia hasta el punto de que en el DSM IV la crisis de angustia es considerada como una subcategoría de los trastornos de ansiedad.

Es todo ello lo que nos lleva a considerar la ansiedad como uno de los malestares típicos de nuestro tiempo. Desde este punto de partida, nos preguntamos si el hecho reconocible de que en el lenguaje social y científico la ansiedad haya sustituido a la angustia, tiene correlación con ese cambio social que hemos ido comentando en temas anteriores, con ese decaimiento de la función paterna. Es esto lo que nos guía en la elaboración del tema.

Es muy probable que la confusión terminológica que actualmente existe entre los términos de ansiedad y angustia haya sido determinada por el hecho de que el uso de la

palabra ansiedad es más frecuente en inglés, cuestión que está ligada al encuentro entre la medicina y la ciencia allá por finales del siglo XIX. En todo caso, si a ello unimos el alcance del inglés en el mundo y en el lenguaje científico, encontramos una poderosa razón para el triunfo de la “ansiedad. Así, por ejemplo, la palabra freudiana “Angst” es traducida a las lenguas latinas castellano, francés, italiano y portugués como angustia, mientras que al inglés es traducida como “anxiety”.



Desde la Etimología, la angustia es un derivado de angosto que en latín es “angustus” y en su deriva por la lengua, significa estrechez o situación crítica. La ansiedad se incorpora al castellano en forma tardía, en el siglo XIX y en el lenguaje médico, es un derivado de ansia, en latín “anxius”.

La ansiedad

Consideramos que la ansiedad pertenece más al lenguaje científico porque puede ser

medida y clasificada. Ello es esencial para el posterior tratamiento. Poderosos intereses parecen aflorar desde este punto de vista. Si las cosas se quedan en lo biológico, en reacciones fisiológicas, no importa el sujeto y entonces se puede incluso experimentar en animales, eso facilita que se puedan ofrecer compuestos que constituyen unos grandiosos ingresos. No disponemos de los datos actuales, pero tomemos como referencia el dato que aporta Philippe Meyer, en su libro “la revolución de los medicamentos”: En el año 1982 se recetaron en Francia más de veintitrés millones de tranquilizantes... ¡¡ Sorprendente!!

La definición de la ansiedad favorece este estado de las cosas. Generalmente la ansiedad es sinónimo, incluso para la terminología médica, de estrés, tensión, sentirse nervioso, etc. El estrés es una parte normal de la vida de toda persona y en bajos niveles es algo constructivo y necesario, ya que motiva y puede ayudar a las personas a ser más productivas. Sin embargo, el exceso de estrés (como ocurre en las situaciones traumáticas) o una respuesta fuerte al estrés es dañino. Esto puede predisponer a la persona a tener una salud general deficiente, al igual que enfermedades físicas y psicológicas específicas como infección, enfermedad cardíaca o depresión. El estrés persistente e inexorable a menudo lleva a que se presente ansiedad y comportamientos nocivos como comer demasiado o consumir alcohol o drogas.

Desde esta perspectiva, se definen las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante un peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejercen una función protectora.

Los mecanismos psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. Ello es importante para enfrentarse a emergencias y catástrofes.

Las respuestas de ansiedad se pueden agrupar en tres sistemas de respuesta humana:

- Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento
- Preocupación
- Inseguridad
- Miedo o temor
- Aprensión
- Pensamientos negativos
- Anticipación de peligro
- Dificultad de concentración
- Dificultad para la toma de decisiones
- Sensación de desorganización
- Síntomas motores observables
- Hiperactividad
- Paralización motora
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeos y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación
- Síntomas fisiológicos y corporales
- Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

- Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Todos estos ítems constituyen un cuadro sintomático que conlleva un sentido. Sin embargo, generalmente ese sentido no se pone en juego ni por parte del paciente ni por parte del médico o especialista que lo atiende. El sujeto actual, el hijo de nuestro tiempo, no quiere demasiados sentidos, sin darse cuenta que con ello la pulsión de muerte está más presente en tanto que la subjetividad es desterrada. Se desgranar los síntomas y se ofrecen soluciones diferentes para los diversos síntomas. Es habitual ver a los sujetos de médico en médico, buscando una enfermedad coronaria o un tumor o cualquier otra enfermedad a la vista de las molestias. Lo curioso es como el médico suele entrar muchas veces en la trampa y se realizan multitud de pruebas sin tener en cuenta al sujeto (él tampoco).

Recordamos aquí lo que comentábamos acerca del mandato del Otro a gozar mediante el consumo. En el caso de la ansiedad, el consumo que se ofrece es el de los ansiolíticos o, en el mejor de los casos, el consumo de libros de autoayuda o pautas de comportamiento o cognitivas.

Como vemos, todo apunta en un mismo sentido, un sin-sentido que se impone paulatinamente y donde el sujeto no tiene especial cabida.

En nuestra búsqueda de un posicionamiento frente al sujeto ansioso, pensamos que es conveniente rescatar a la angustia puesto que partimos de que la angustia pertenece a lo subjetivo mientras que la ansiedad pertenece al orden de lo biológico, son dos lógicas distintas que se ponen en juego. El hecho de que la ansiedad triunfe en el discurso social y científico, y se extienda tanto a nivel clínico, es debido a una evolución social donde la función paterna está desfalleciendo dejando al descubierto a un Otro más descarnado que manda Gozar.

La ansiedad es signo de malestar en la cultura, pero es dudoso que la podamos situar como síntoma, inhibición o angustia. Es un fenómeno de borde que no es exactamente una formación del inconsciente, aunque intervenga de alguna forma.

Pero realicemos un recorrido por la ubicación de la ansiedad y la angustia desde el psicoanálisis. En el tema de la ansiedad son bastante significativas las aportaciones de Melanie Klein y pueden ser esclarecedoras en la medida que se trata de una autora inglesa que escribió en inglés. Al mismo tiempo conocía el alemán y por tanto la diferencia entre ansiedad y angustia en la obra de Freud.

Melanie Klein se centra sobre todo en el concepto de las ansiedades tempranas que están incluso desde el mismo momento del nacimiento, haciendo sospechar con ello que la demanda del Otro no está todavía presente, que no hay una articulación con lo simbólico... Según Klein, Freud sitúa el origen de la ansiedad en el aumento de la tensión que el lactante hambriento padece en el orden de la necesidad lo cual a su vez resignifica el trauma del nacimiento como experiencia de peligro. El resultado final es la angustia. Desde este punto de vista la ansiedad sería entonces una acumulación de la libido que puede derivar en angustia o puede quedar también en ansiedad.

Ello nos orienta. En la atención analítica o psicoterapéutica de un sujeto ansioso (siempre después de pasado el choque traumático inicial), la dirección de la intervención pueda ser dirigida a conseguir que parezca la angustia. Ello puede tranquilizar el cuerpo.

Para Klein, las ansiedades tempranas provienen de la instancia del Superyó también temprano. Recordemos aquí los conceptos ya elaborados acerca del Otro y el superyó. Se trata del Otro imperativo. Desde esta perspectiva, todo parece apuntar a que la ansiedad en el adulto parlante surgirá como una manifestación sin intermediación simbólica, y procurará la satisfacción inmediata. Como la satisfacción no es alcanzada, la ansiedad se incrementará derivando en la queja continua, en la voracidad del otro y de los objetos, en el consumo de cualquier clase de producto o droga legal o ilegal.

Esto lo podemos articular con aquello que Freud llamó pseudopulsión en “Malestar en la cultura”. Un estado de borde en el borde que supone la pulsión.

Desde el punto de vista clínico el sujeto no se implica en lo que le acontece y dirige la queja y el reproche al Otro, al destino, desde una posición reivindicatoria de todos sus males. Es la pulsión de muerte dirigida hacia fuera con resultados de expulsión del otro del lazo social.

Según Klein, cuando no se internaliza el pecho bueno, pulsión de vida, se instala el modo de la caracteropatía. Es allí donde distingue dos tipos de ansiedades:

Dos tipos de ansiedades (M. Klein)	<ol style="list-style-type: none">1. Las paranoides que surgen cuando el Yo se siente aniquilado.2. Las depresivas que surgen por el daño hecho a los objetos amados que los impulsos destructivos del niño provocan.
---	--

Para Klein, las ansiedades tempranas se aquietan en el periodo de latencia y vuelven a surgir antes de la pubertad cuando se produce un resurgimiento de la libido en tanto exigencia del Ello y entra en conflicto con la presión del Superyó. La dominación de la

ansiedad en el periodo de latencia nos da una pista más de por donde van las cosas. Cuando la adaptación a la realidad y la sublimación imperan, la ansiedad no ocupa lugar, la latencia tiene que ver siempre con la presencia del lazo con los otros, con la superación de la angustia de castración.



En Inhibición, síntoma y angustia, Freud hace referencia a la ansiedad como uno de los afectos junto con la tristeza y el dolor. Si bien puede llevar nuevamente a confusiones de los términos, es claro

cuando afirma que lo que se pone en juego es la falta de la persona “ansiosa”: “La imagen mnémica de la persona ansiosa es objeto de una carga muy intensa en un principio probablemente alucinatoria. Pero ello no trae consigo resultado y parece como si el ansia se transforma en angustia”. Ello va en la línea de Melanie y Klein.

“El ansia es una espera sin resultados. Si la angustia es señal del deseo del Otro, la ansiedad es signo de la falta del deseo del Otro, y por tanto respuesta al goce del Otro”.

De alguna forma, hay un exceso del goce del Otro que el sujeto ansioso intenta expulsar. Esto es, el sujeto repite la primera expulsión, esa que separa al yo del no-yo, es la expulsión a lo que es vivido como goce del Otro.

El problema de la ansiedad es la llamada a lo inmediato, la dificultad de la intermediación simbólica, lo perentorio. La respuesta perentoria por excelencia la da la psicofarmacología produciendo una reiteración y una repetición de un circuito mortal

para el sujeto. Los ansiolíticos tienen esa función de anestesia que aniquila subjetividad, que hacen olvidar todavía más al posible sujeto en ese borde. Un borde entendido como un precipicio. El sujeto es retenido con farmacología, no es sujetado al universo humano, al universo simbólico.

El ser humano nace en el lenguaje, en el campo del Otro, pero no todo es tramitado por el Otro del lenguaje, más en el momento actual donde se multiplica la posición de borde, borde de estructuras, al borde del precipicio. La ansiedad puede considerarse como descarga permanente de ese exceso del Otro, de ese exceso de tensión. Lo único que puede sujetar este estado es la letra, el significante. El deseo del Otro. Esto marcaría claramente la posición del analista y del psicoterapeuta frente a estos sujetos.

Encontramos en la ansiedad una relación significativa con la inhibición. No se trata de la inhibición patológica sino de aquella inhibición que Freud postula en Inhibición, síntoma y angustia... La inhibición es situada como función del Yo ligada a la estabilización del narcisismo y de la imagen.

Tiene un valor fundacional. Klein la sitúa en el periodo de latencia y tiene también un papel fundamental para el desarrollo de la sublimación.

Articulando las cosas, podemos decir que la ansiedad es un efecto de la inhibición no constituida como función del origen del psiquismo.

Si queremos preguntarnos entonces por el sentido de la ansiedad, tenemos que ir a ese borde de la ansiedad, a ese borde con lo subjetivo, con la angustia, la ansiedad sostiene lo continuo y es, en este sentido, un goce continuo que hace borde a la angustia.

Cuando la pulsión se articula en la demanda del Otro, tenemos la angustia. La angustia media entre el goce y el deseo y posibilita la inscripción de la falta. La ansiedad, en cambio, no media, no admite la falta, falta la falta y cualquier cosa vale.

La ansiedad es una respuesta inmediata a la imposibilidad de satisfacción pulsional, instaurando la creencia de que la satisfacción es posible con cualquier tipo de objeto que responda a la inmediatez de la exigencia. En la angustia no existe la creencia en ese objeto. La libido insatisfecha deviene angustia. Pensemos en los señuelos, el ser humano necesita señuelos, por ejemplo, el chupete, la droga, el coche con tal potencia o de tal marca.

Cuando no hay señuelos aparece la angustia y malestar, sin embargo, la ansiedad aparece allí donde hay una absoluta fe en el señuelo. Esto lo va a marcar el grado de subjetividad del sujeto donde se pone en juego el pasaje de la angustia de castración o una cierta renegación del mismo.

Decimos que la ansiedad sostiene lo continuo... Lo continuo caracteriza al goce y facilita el camino al Superyó más primitivo que ordena gozar, bajo la demanda pulsional donde el objeto en tanto parcial es vivido como total, poniendo en cuestión todo el ser del sujeto. Víctima del exceso de goce, el sujeto encontrará en la ansiedad una salida aparentemente vital. En realidad, se defiende de ser suprimido, pero no llega a la angustia. La ansiedad tiene que ser suprimida, el sujeto no tiene nada que decir y ahí se necesita el ansiolítico que produzca la anestesia. En realidad, va en el camino de lo más mortal en la medida que el sujeto es cada vez más objeto de goce, incluso de esa sustancia que se mete para dentro, ese trozo de otro que le posee.

Nos resulta necesario hacer aquí una puntualización. No queremos decir con esto que los medicamentos o ansiolíticos tienen que ser desterrados. Lo que pretendemos es poner un contrapunto al uso extensivo de ellos en situaciones traumáticas. Es necesario valorar cada caso individualmente y muchas veces ante la irrupción traumática masiva como es en el caso de las emergencias y catástrofes, son recomendables para que el sujeto pueda salir de una situación de bloqueo. Pero la psicoterapia, la curación es otra cosa.

La angustia

La angustia nos interesa en la medida que buscamos al sujeto, en la medida que la clínica y la escucha que podemos ofrecer tiene que ver con ese deseo que contraponga un límite al goce. En la medida que es la angustia la que regula esas relaciones entre el deseo y el goce y ofrece la oportunidad de establecer un discontinuo, un lapsus, un impasse en el continuo del goce del sujeto.

Según Chemama, podemos definir la angustia como “un afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar”.



Freud, después de 1926 y en la elaboración que hace en “Inhibición, síntoma y angustia”, define la angustia en dos sentidos de acuerdo a dos fuentes diferentes: una, involuntaria, automática, inconsciente, explicable

cuando se instaura una situación de peligro parecida a la del nacimiento y que pone en riesgo la vida misma del sujeto; otra, voluntaria, consciente, que sería producida por el yo cuando una situación de peligro real lo amenaza. La función de la angustia sería la de señal para evitar ese peligro.

Vemos, por tanto, en Freud, dos niveles para definir a la angustia. En el primer nivel, la angustia sería un afecto que está entre la sensación y el sentimiento, una reacción a una pérdida. Esta sería la angustia originaria, la que sería producida por el estado de

desamparo del lactante. Este nivel de la angustia sería el más cercano a la ansiedad, en tanto que la ansiedad propone buscar objetos sin demoras, sin aceptar un determinado pasaje. Pero ya hay una diferencia, se trata de una madre investida, de una madre articulada de alguna forma en el lenguaje, más instaurada en el campo del Otro.

En el segundo nivel, Freud propone a la angustia como afecto señal, como reacción al peligro de castración en un tiempo en el que el yo del sujeto intenta sustraerse de la hostilidad de su superyó. La irrupción de la angustia, para Freud, es siempre articulable a la pérdida de un objeto fuertemente investido, ya se trate de la madre o del falo.

La angustia como estructura neurótica es una de las derivaciones más importantes de las emergencias. La encontramos definida en Freud en las llamadas neurosis de angustia. Allí, en su formulación volvemos a encontrar elementos que nos ayudaban a la diferenciación entre angustia y ansiedad. Freud caracteriza la neurosis de angustia como un conjunto de síntomas, donde destacaríamos tres apartados:

- En primer lugar, un fondo de excitabilidad general es algo habitual en la neurosis de angustia. En la neurosis de angustia no hay defecto, hay exceso. Ello lo podemos articular con el exceso que proclama Lacan como ya veremos.
- En segundo lugar, tenemos a la expectativa angustiada. Se trata de un estado de angustia permanente, presto siempre a fijarse sobre la menor ocasión o sobre el menor pretexto. Según Freud es la acentuación de un fenómeno normal, que corrientemente se llama ansiedad. De alguna forma, Freud presupone un estado más complejo al de la angustia y supone que existe un quantum de angustia libremente flotante.
- En tercer lugar, estarían los ataques de angustia. Unas veces el acceso se produce sin contenido representativo y otras veces, sí, o con un vago contenido representativo como destrucción de la vida o locura que amenaza. Otras, se asocia a un trastorno sensitivo o un trastorno de la función corporal: respiración, función cardíaca, vasomotora, glandular, etc.

Hoy en día, en muchos casos este aspecto somático es el que se sitúa en primer plano. A ello ayuda el discurso social y médico. El sentimiento de angustia parece en segundo plano y queda ligado a una sensación somática. Es ello lo que está en la base de lo que se llama psicossomático.

La angustia flotante, presente como fondo, puede fijarse de manera puramente ocasional, sea sobre síntomas somáticos o sobre representaciones. La fijación sobre representaciones es la fobia. Sin duda podemos encontrar cierta relación con un acontecimiento histórico en estas fijaciones, pero sin que este sea verdaderamente determinante, no se trata de un traumatismo.

En el camino de la elaboración que hemos tomado, camino que incluye la articulación con el momento social, nos es especialmente productiva la posición de Lacan respecto de la angustia. Lacan toma de Freud la cuestión de la angustia como un afecto señal, pero para Lacan no es la consecuencia de un peligro externo o interno. Es, más bien, el afecto que captura al sujeto, en una vacilación, cuando se ve enfrentado al deseo del Otro. Y reseñamos la cuestión del deseo del Otro. En el campo de la angustia, siempre estamos dentro del campo del deseo y del Otro.

Para Lacan, la angustia no es sin objeto. Surge siempre en cierta relación entre el sujeto y ese objeto perdido antes aún de haber existido, se trata de la cosa, del Das Ding al que se refería Freud. El objeto de la angustia, el que está en la angustia tiene que ver con las marcas del objeto, tiene que ver con el objeto "a". Ese objeto "a", tiene que estar constituido. El objeto "a" es el objeto sin el cual no hay angustia.

Pero andemos un poco más en este recorrido de lo fundante para el sujeto.

Comentábamos que el yo es una percepción de una imagen proyectada en una superficie, en un soporte. Bien, este soporte tiene que ver con el deseo de un otro, con el deseo de la madre más concretamente hablando.

Podemos entender el yo como un resto que ocupa o sustituye al objeto perdido, el objeto del que se trata es el “a”, que es residuo de un corte, un corte que tiene que ver con la entrada del sujeto en el mundo simbólico y que primordialmente surge como resto del desencuentro con el Otro.

Efectivamente, surge allí donde la dialéctica de la madre con el pecho no es complementaria de la dialéctica del infans con el pecho, pero al decir dialéctica de la madre estamos aludiendo a su deseo, lo cual nos lleva a pensar que así esta madre no funciona, si su deseo no funciona, si elude la castración, ese objeto estará precariamente formado. Es ahí donde lo imaginario y lo real se confunde a falta de un orden simbólico: mas que de a, de lo que se trataría es de un enrevesado objeto que no delimita el espacio, y que estaría más cerca de la cosa, de ese “Das Ding” de Freud, de ese superyó más primitivo y más cerca de lo real.

La entrada en el mundo simbólico exige el asesinato de la cosa, tal y como diría Lacan. A partir de ahí, se puede hablar de la constitución del sujeto y de cómo éste está dividido por el discurso del Otro, mas para ello hace falta la constitución de ese objeto que tiene que ver con el vacío, la hiancia que implica la falta de objeto.

Esto nos lleva a pensar si en la ansiedad, al igual que en las demás manifestaciones clínicas actuales, se trata del objeto o del no-objeto. Al menos podemos decir que no existe un objeto “a” propicio para poder asentar el yo, la falta está disimulada en el borde y por tanto estamos a las puertas del abismo. Este es el goce, goce en cuanto lo real come al cuerpo, en tanto que se trata a duras penas de un cuerpo libidinal.

El cuerpo

Decíamos que lo real come al cuerpo, que apenas se trata de un cuerpo libidinal. ¿De qué cuerpo estamos hablando?

Tradicionalmente, el concepto de cuerpo ha sido opuesto al de psiquismo. Este dualismo fue transformado tras los estudios de Freud sobre el fenómeno de la conversión y la pulsión y el desarrollo del concepto de cuerpo e imagen llevado a cabo por Lacan.

A través de su actividad clínica con la histeria, Freud descubrió que el cuerpo era especialmente sensible a reflejar los conflictos inconscientes. A este proceso le llamó conversión, de ahí el nombre de histeria de conversión. En 1905, precisó que las representaciones reprimidas hablaban en el cuerpo. Los síntomas histéricos eran mensajes, codificados, semejantes a los jeroglíficos, dirigidos por el sujeto a quién quisiera entenderlos, con la esperanza y el temor simultáneos de que ese otro pudiera descifrarlos.

Lacan aborda el cuerpo desde los tres registros postulados.

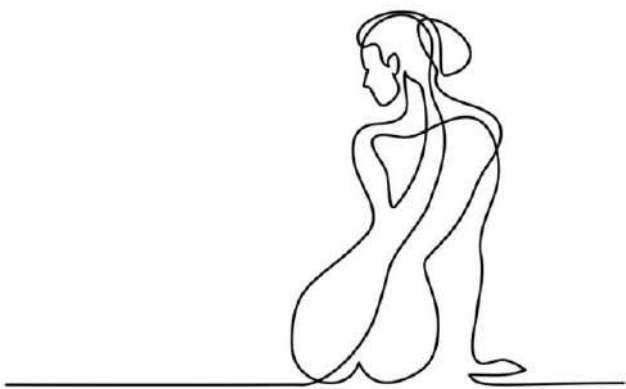
- Imaginario: Desde este registro, lo que se pone en juego es la imagen del cuerpo en tanto totalidad. Esta imagen se construye en los primeros meses de vida, en la fase que Lacan vino a llamar “fase del espejo”. EL nombre de la fase es debido a que Lacan puso como ejemplo, el regocijo que siente el niño cuando descubre su imagen en el espejo, cuando apenas puede todavía coordinarlo neurológicamente. El regocijo tiene que ver con una cierta anticipación, donde el niño se anticipa controlador de su cuerpo allí donde todavía no lo es.

La imagen reflejada en el espejo es en realidad un ejemplo, como decíamos. El verdadero espejo es la mirada del Otro, la mirada de la madre en un principio. Una mirada que anticipa, con su deseo, que es lo que puede ser el niño.

Desde la visión que nos da el registro imaginario, podemos ver la relación que existe entre los tres registros. La imagen especular resulta de la conjunción del cuerpo real en

tanto orgánico, de la imagen del Otro (madre) y de la imagen que del cuerpo propone el otro, así como de las palabras de reconocimiento de ese mismo Otro.

Dicho de otro modo, podemos hablar de un investimento libidinal, vía parental, del cuerpo. Esto es indispensable para la constitución del propio cuerpo y del narcisismo. Todo esto lleva a postular que el modo que tenemos de sentir el cuerpo y sus modificaciones está relacionado con esta construcción que hacemos del cuerpo.



•Simbólico: Aquí hablamos del cuerpo de los significantes. Se trata del conjunto de significantes conscientes, reprimidos o forcluidos de un sujeto, así como su modalidad general y singular de organización. Cuando hablamos de cuerpo de los significantes, estamos aludiendo al sujeto del inconsciente, un sujeto que

comenzó a gestarse antes de su advenimiento al mundo. Estos significantes, conciernen en primer lugar a su identidad (apellido, sexo, raza, medio social, etc.). A esta herencia anterior al nacimiento vienen a agregarse los significantes que vehiculizan el deseo de los padres, de ese Otro para el sujeto.

Algunos de los significantes de las primeras inmersiones en el lenguaje del niño se inscriben en la memoria psíquica, otros se graban en el cuerpo.

Aunque estas inscripciones, son bien sabidas en el caso de la histeria de conversión, se pueden dar en todas las estructuras psíquicas. Este campo lo ha explorado la psicósomática.

•Real: según Lacan, el concepto de real connota lo imposible, lo resistente y el objeto de rechazo.

Cuando connota lo imposible, lo real del cuerpo está constituido por todo lo que del cuerpo escapa a las tentativas de imaginarización y de simbolización. Esto es importante, no se trata de algo que ya estaba ahí, se trata de un resto resistente al nombre o a la fantasía. Es importante porque nos está marcando una forma de ver ese cuerpo y sus transformaciones.

Desde la connotación de lo resistente se trata del real con el que chocamos, el que viene a poner obstáculo a nuestras aspiraciones y a nuestros deseos, especialmente a nuestros deseos infantiles de omnipotencia. Es el cuerpo real donde la muerte está totalmente presente en tanto que tiene que ver con la destrucción inevitable del soma.

Como vemos, el cuerpo, desde el psicoanálisis, es mirado desde una perspectiva distinta que, desde la medicina, incluso dista bastante de la forma de mirarlo de la propia psicología.

Lo siniestro

Para Lacan, la angustia se constituye cuando algo, no importa qué, viene a aparecer en el lugar que ocupa el objeto causa del deseo. La angustia siempre es suscitada por este objeto que es el que dice yo en el inconsciente y que intenta expresarse a través de una necesidad, de una demanda o de un deseo.

Para que un sujeto sea deseante, dice Lacan, es necesario que el objeto causa de su deseo esté constituido en la falta. Cuando ese objeto no falta, es cuando aparece la angustia, la inquietante extrañeza (UNHEIMLICH).

Efectivamente, con la angustia estamos de lleno metidos en el campo de lo siniestro, sin embargo, la ansiedad no remite a lo siniestro en tanto que no hay una resonancia histórica en el sujeto, no hay referencia a lo familiar. Freud nos aclara que lo siniestro tiene que ver con lo familiar extraño, extrañeza que surge de lo familiar reprimido. Existe

una operación de represión y por ello nos remite a una formación del inconsciente.

Esta disquisición nos sitúa bastante lejos de lo que es la ansiedad y los componentes biológicos que la definen.

En lo extraño inquietante, el juego dialéctico de lo familiar y de lo extraño, por el hecho de que está concentrado en el mismo objeto (familiar y extraño a la vez, escondido y desocultado), se complica. Lo paradójico consiste en que la fuente de pavor no es lo extraño en su oposición inmediata a lo familiar, sino que lo que antes era familiar, emerge bajo un aspecto amenazante, peligroso, siniestro y que a su vez refiere algo conocido desde siempre que ha estado oculto, en la sombra. "Todo lo que debería permanecer secreto, pero que se manifiesta".

Lo extraño inquietante aparece siempre que se pierde la distancia a la que normalmente se mantiene el objeto, porque el espacio pierde su dimensión habitual. Y en la vida cotidiana, habrán coexistido momentos en que parecía que lo siniestro se alejaba, pero cada vez que resurgía, anunciaba una enajenación progresiva de los sujetos que intentarían que su percepción permaneciera fiel al objeto que otrora fuera familiar. Así, en esta alternancia, se insinúa la dinámica entremezclada del recuerdo y del olvido.

Para Lacan, el campo de la angustia supone una enmarcación, una estructura, una ventana donde viene a inscribirse lo horrible, lo siniestro del ser humano. La angustia no es la señal de una falta sino la manifestación, para un sujeto, de la carencia de ese apoyo indispensable que es la falta. Lo que genera la angustia en el lactante, por ejemplo, no es que el seno pueda llegar a faltarle, sino que lo invada con su omnipresencia. Es la posibilidad de llegar a faltarle, de la ausencia lo que sumerge al niño en la posibilidad de ir más allá de la demanda, instalándose en el campo del deseo. Es allí donde puede parecer el famoso juego del "fort-da" del nieto de Freud y la instalación en el mundo simbólico.

La angustia no engaña, es la certidumbre, es lo que nos deja dependiendo del Otro, sin

palabra alguna. Es la señal.

Deseo

La angustia viene enmarcada por el deseo del Otro. El deseo es deseo del sujeto en tanto que éste se define como deseo del otro, como deseo de ser causa de ese deseo. El deseo del Otro tiene que ver con la castración en el Otro, es la castración en el Otro, es la instauración de la falta. En la sociedad actual existen dificultades para mostrar ese deseo ya que suele estar obturado. El Otro no da lugar al duelo fundante apareciendo el goce en su más pura expresión. El sujeto no puede inscribirse en ese otro que no admite la falta, en ese continuo que no admite objetos. El sujeto está condenado al goce, al goce del Otro, al imperativo al goce que enmarca el Otro.

El deseo de deseo en Lacan es el deseo del Otro abierto a una suerte de mediación. Ese deseo es deseo en tanto que su imagen soporte es el equivalente del deseo del Otro. No se basa tanto en un reconocimiento de ese Otro como en Hegel.

La imagen está puesta en juego y, por tanto, lo engañoso que este registro conlleva. La angustia está ligada a que toda demanda encierra algo de engañoso y, de alguna forma, preserva el lugar del deseo. Esto explica el contexto angustiante, si ante esa falsa demanda aparece una respuesta calmante. La demanda que pueda aparecer ahí no debe ser tomada al pie de la letra: lo que el niño demanda a la madre no es algo que tenga que ver solamente con obturar, más bien, lo que el niño demanda a la madre es algo destinado a estructurar la relación de presencia-ausencia (fort-da). Con el colmamiento total de cierto vacío a preservar, surge la perturbación donde se manifiesta la angustia.

Concluimos en la dirección que la angustia aparece allí donde se obtura la falta, es una protección, desde este punto de vista, una señal de peligro que obliga a poner remedio al goce. La ansiedad no pone límite, es un derivar continuo que sólo exige lo perentorio.

Angustia y fantasma

En realidad, la angustia estaría en el lugar del fantasma, es el mismo lugar. Se manifiesta como turbación y es, en ese sentido, un afecto no reprimido en tanto que lo que está reprimido son los significantes que lo amarran.

La angustia es esencialmente angustia de castración. La castración es siempre en el Otro. El neurótico la hace propia para preservar esa función del Otro, ese Otro que se escapa en la relación indefinida de las significaciones. Ese Otro donde el sujeto no se ve más que como destino que se pierde en el mar de las historias.

Lo que puede augurar una relación del sujeto con el universo de significaciones es que en alguna parte hay goce (es el ideal) y sólo lo asegura por un significante que forzosamente falta.

En el neurótico, el fantasma defiende contra la angustia en la medida en que a es postizo. El a funciona en el fantasma como cebo que consigue al Otro.

Lacan resalta (en el seminario de la angustia) como el neurótico no quiere dar su angustia, pondrá continuamente el fantasma por delante, ofrecerá síntomas. Uno de ellos es la ansiedad.

Hemos ido por otro camino, pero llegamos nuevamente a la diferencia entre ansiedad y angustia. Ahí aparece un lugar para los otros malestares actuales también, malestares que pueden aparecer en cualquier estructura.

Insistamos. La angustia funciona como soporte del deseo y hace límite entre deseo y goce (del Otro). Este es el lugar del fantasma, que a su vez hace de marco de la angustia y ofrece el engaño. Pero allí está implicado el campo del Otro. Y es precisamente esto lo que se pone en juego desde el principio: la preeminencia del campo del Otro en el sujeto.

La angustia siempre está relacionada con el deseo del Otro, que no tanto con su goce. Lacan pone un ejemplo esclarecedor, el del Otro caracterizado con una Mantis religiosa

gigante, para describir cual es la posición del sujeto frente a ese deseo del Otro y como de lo que se trata es de la angustia surgida ante la imposibilidad de saber si la imagen que se ofrece ante ese Otro corresponde con lo que quiere ese Otro. Lo que se pone en juego es un fantasma de devoración en principio, pero es precisamente el fantasma lo que media. Es allí que aparece el yo (moi) y la pregunta ¿Qué quiere él en lo relativo a ese lugar del yo? La contestación a esa pregunta es lo que va a modelar la imagen especular y delimitar el lugar del yo. Esa pregunta deja en suspenso un vacío y abre un enigma, es ahí donde introduce la función de la angustia.

Desde ahí, la angustia hace bisagra entre la identificación narcisista y el deseo, entre el círculo de la demanda y el círculo del deseo.

El deseo está determinado por la falta. La imagen soporte de ese deseo es el fantasma y es el equivalente al deseo del Otro en el punto en el que se caracteriza como falta.

Clínica

Escuchemos al sujeto que está detrás de la angustia. Según Lacan, el verdadero objeto que busca un neurótico es una demanda, quiere que se le demande, se le suplique. Lo único que no quiere pagar es el precio de la angustia. El sujeto neurótico tiende a dar el síntoma en lugar de la angustia, que es sencillamente nada. En la clínica, al no acudir a la demanda el analista, el paciente comienza a ordenar sus demandas y cuando se agotan las demandas y sus formas, es cuando aparece la castración. Dice Lacan: “La castración se encuentra inscrita en el límite del ciclo regresivo de la demanda”.

Si acudimos a la demanda, obturamos la subjetividad y convertimos la angustia en ansiedad.

En todo caso, tenemos que contar con que la posición clínica está marcada por esa cierta ideología social y por la manifestación no subjetiva del sujeto paciente. Ello nos

llevará a intentar buscar siempre esa subjetividad, esos significantes que den sentido a los síntomas, quizás incluso sentidos neuróticos y angustiosos, pero sentidos. Esto no resulta fácil puesto que el sujeto parece no querer saber nada de su implicación y responsabilidad, está en el borde. En todo caso, si decíamos que lo importante es el campo del Otro, no nos queda otro camino que insistir en el deseo del analista y psicoterapeuta, en el deseo de saber, en la demanda de palabras, en la no satisfacción de la demanda de placebos. Tendremos que ir limando hasta que pueda aparecer, aunque no sea más que un esbozo de sujeto.

La dirección sería la de encontrar la angustia, algo que ya supone una pausa en el continuo del goce.

Teniendo ya una idea más elaborada de la ansiedad y la angustia, corresponde profundizar en el cuadro clínico de la depresión pues constituye una de las manifestaciones más frecuentes a medio plazo en las secuelas postraumáticas. Para ello, haremos un recorrido psicoanalítico del término y haremos referencia a la clínica psicoanalítica. Nuevamente articularemos la posición clínica con la farmacología, y nos centraremos en el porqué de la dificultad para hacer un duelo, cuestión que da sentido al cuadro depresivo.

Depresión y tristeza

El término tristeza es muy antiguo, podemos datarla en la época de la Edad media. G. Agamben en su escritura de “Estancias” dedica unos capítulos a la consideración de la tristeza en la Edad Media, ya que ha sido una preocupación constante entre los monjes y los padres de la Iglesia, pensándola como un pecado. La acedia o la tristia era un azote que se expandía en los claustros de los Monasterios en los que el desdichado cristiano “empieza a lamentarse de no sacar ningún goce de la vida conventual, y suspira y gime que su espíritu no producirá fruto alguno mientras siga donde se encuentra”.

Se hallan descripciones detalladas, casi clínicas por su precisión, acerca de cómo inundaba la tristeza a los hombres religiosos cuando culminaba el sol sobre el horizonte; se conocía como el “demonio meridiano”, ya que se ubicaba en el momento del ocaso. A estos hombres atravesados por esta circunstancia les podía llevar a renunciar a su camino de reflexión.



Esta idea de tristeza como un pecado, como una falta moral introduce una problemática y dimensión de carácter ético, y sin embargo no es vista como un problema. Durante el

romanticismo alcanzaba un lugar que limitaba con lo creativo: no era bueno estar demasiado alegre. Por tanto, tenía una función y representaba un valor.

El primer melancólico griego, Bellérophon, aparece en La Ilíada: desesperado, él se consume de tristeza y, abandonado de los dioses, no cesa de vagar evitando a los hombres. Hipócrates, en su teoría de los humores - humores, como líquidos corporales -, atribuye la melancolía a la bilis negra. El texto más importante de la antigüedad griega acerca del sujeto aparece en "Problemata 30": de pseudo-Aristóteles. Extrae la melancolía de la patología y la ve, sobretodo como un estado límite de la naturaleza humana, como una crisis "natural" si se quiere, reveladora en consecuencia de la verdad del ser. El melancólico sería, entonces, el hombre de genio. Esta concepción fascina a los filósofos modernos, por supuesto.

Pues si lo resumiéramos en una forma lapidaria, esta daría lo siguiente: el estado depresivo es la condición del pensamiento, de la filosofía, de la genialidad. En efecto, porque cambiaríamos el pensamiento, o las formas artísticas si antes no hubiéramos afrontado su banalidad. La depresión, en suma, en el umbral de la creatividad. Pero una depresión nominada y por lo tanto atravesada.

La depresión nos remonta a la Grecia clásica para recoger el concepto de "Melancolía" en Hipócrates. siglo IV A.C., en quien está la primera descripción clínica objetiva - *atrabilis* del individuo deprimido -, y a Areteo de Capadocia, siglo II d.C. quién asoció manía y depresión, considerando a ambas partes de una misma *entidad gnosológica*. Areteo de Capadocia observó que la *enfermedad* reaparecía cíclicamente a pesar de las aparentes remisiones, así como que la remisión después de un episodio no garantizaba la cura. Incluso resaltó la importancia del *factor interpersonal* en la evolución de la depresión, citando el caso de un paciente profundamente deprimido que se recupera al enamorarse. Areteo anticipó claramente los planteamientos que siglos después recogería Kraepelin dándoles forma en la *entidad nosológica* de la Psicosis Maníaco-depresiva:

"...los pacientes se muestran, sin causa aparente, amodorrados y torvos, desanimados o con una apatía irrazonable; así comienza la melancolía. Sufren también mal humor, desaliento e insomnio y suelen despertar de repente de un sueño sobresaltado. Tienden a cambiar de idea rápidamente; se hacen autoritarios, mezquinos y ruines para pasar al poco tiempo a ser simples, extravagantes y generosos, pero no por virtud del espíritu sino por lo mutable de la enfermedad" - Lewis, 1934 -.

Zilboorg (1941,1944) ha subrayado esta *constancia* de la fenomenología de los síntomas afectivos, prácticamente inalterada a lo largo de 25 siglos. Es E. Kraepelin en su trabajo "La Locura maníaco-depresiva y la Paranoia en Psicología Anormal" (1921) quien la

describe de acuerdo al modelo médico de enfermedad (causa orgánica; curso característico; desenlace predecible). Coetáneos de Kraepelin, Sigmund Freud y su discípulo Karl Abraham van a ser los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos depresivos.

Estas referencias son las que quedan como puestas colindantes al término moderno de depresión. La depresión es un término fundamentalmente moderno y que, además, puede ser ligado por la incidencia del capitalismo, en tanto pueda ser asociado a la ética capitalista del trabajo por cuanto el deprimido, con la desgana, atenta contra el imperativo de producción que sostiene el sistema.

En la actualidad la depresión designa la preocupación del Amo para que todo marche. Hoy es común que un sujeto pueda decir que se encuentra deprimido, ya que esta palabra, proveniente de la psiquiatría se utiliza como discurso común, alcanzándose que cuanto más se habla de depresión, más personas se apropian del término y por ello conviven preguntarse por la pertinencia clínica de este concepto, esto es, si tiene una entidad suficiente más allá de la generalización del término dado por el uso y abuso.

La depresión es un fenómeno fundamentalmente moderno. Se extiende, como una epidemia, desde 1970. Una fecha, suele decirse de nacimiento, pero debemos entenderlo como el surgimiento del término "depresión" y no de la "enfermedad" en sí. En efecto, en siglo XIX, este término no existía.

En 1904, el Larousse da un sentido figurado derivado del siglo XVIII: "depreciación". Hay un empleo literario donde el sentido se aplica al alma sin estar vinculada a una patología, y un empleo médico que alude a una "disminución de las fuerzas" físicas y morales. En lo que va de la Antigüedad hasta 1970 la "depresión" era un fenómeno o manifestación que podía presentarse en todo individuo y en toda gran patología, sin ser específica de ninguna en particular. Y en el trayecto que transcurre de 1960 a 1980, en los Estados Unidos, se dio una suerte de enfoque opuesto, del que surge el famoso D.S.M.,

donde es el medicamento y sus efectos los que crean una nueva clínica, y que por consiguiente deshacen así las entidades anteriormente construidas.

La insistencia de pensar ciertos fenómenos clínicos desde la perspectiva de la depresión está atravesado por el avance los medicamentos, del abordaje farmacológico del sufrimiento humano. En las últimas décadas, dicho abordaje en la psiquiatría se ha impuesto de una forma abrumadora produciendo un relegamiento de los aportes de la psiquiatría clásica. Dentro de este nuevo empuje psiquiátrico-farmacológico se encuentra la fluoxetina, más conocida con el nombre de Prozac. Su irrupción el mercado fue saludado como una especie de panacea, como un antidepresivo de última generación que venía- vendía a ofertar sus bondades a la masa de los deprimidos. En este sentido, Kramer lleva las cosas aún más lejos, ubicándose en un paralelismo con la cirugía médica, que lleva a cabo una trasgresión planteando el abandono de su práctica de curación de una enfermedad para pasar a una finalidad estética, introduciendo una perspectiva que denominó psicofarmacología cosmética, cuyo objeto es igualmente abandonar los fines de la psiquiatría clásica de curación de síntomas denominados patológicos para realizar el pasaje a la transformación de la personalidad y tornar al individuo más competitivo, acorde con las exigencias de la realidad del nuevo siglo XXI: se trata, pues, de crear una estética de la personalidad.

Ciertamente Kramer se formula algunas preguntas convenientes, planteándose cual sería el límite de esta utilización de los fármacos, cual sería la diferencia de la utilización de estas químicas y el uso de las drogas. Su respuesta es que la utilización del fármaco es legítima porque puede transformar a un sujeto en forma más apta para la lógica competitiva y productiva; y en cambio las drogas podrían venir a paliar un malestar, pero produciendo en el sujeto una suerte de ensimismamiento, de ruptura del lazo con el Otro – lo cual es cierto-. La diferencia para él reside que en el primer caso favorece la adaptación y el enganche, haciendo lazo social, y en la segunda circunstancia produce una ruptura de ese mismo lazo.

En este sentido, la idea de la depresión aparece como algo que unifica, bajo un mismo término, fenómenos que para el psicoanálisis son de un orden muy distinto. Esta cuestión introduce una serie de problemas que alcanzan al nivel de la clínica; vemos que el avance de los medicamentos genera una clínica ordenada en torno a los efectos que produce el fármaco.

Esta lógica se encuentra en los manuales diagnósticos de la APA, los DSM, porque nos encontramos que van desapareciendo ciertas entidades clínicas que son centrales para el psicoanálisis, como ya hemos dicho, la histeria.



También se asiste en el campo de las psicosis, la entronización de la esquizofrenia, y de un cierto olvido de la paranoia. También nos encontramos con la relativización y desconcierto en el campo de las perversiones, ciñéndolas a trastornos de la impulsividad y de las parafilias. En este mismo sentido, la depresión forma una categoría cada vez más amplia que subsume toda una serie de fenómenos que desde la perspectiva

psicoanalítica es necesario diferenciar. Para una analista es importante distinguir cuando un sujeto dice estar deprimido, si esto corresponde a algo del orden de carácter neurótico o, por el contrario, obedece a un desencadenamiento de carácter psicótico, o también si se trata de un cierto tipo de impasse en una perversión.

Es por ello que el concepto de depresión tiende a diluir estos límites, permitiendo borrar estos bordes que son fundamentales de distinguir porque implican a la estructura clínica desde el campo psicoanalítico. Si se diluyen es porque justamente introducen algo de carácter cuantitativo, del orden de "un más" o "un menos" referido a un estado de ánimo.

Desde lo que llevamos diciendo, apuntamos a la idea de que el abordaje farmacológico de la depresión deja de lado la cuestión, para nosotros fundamental, del sujeto, reduciendo la problemática a un estado de ánimo, y que desde la ciencia imperante responde a un "desequilibrio" químico. Por esto, los planteamientos señalados anteriormente sobre la tristeza pueden ser más fecundos porque introducen una dimensión ética que en cambio es soslayada por la ciencia farmacológica. Ésta, sostiene que la fluoxetina, que es un medicamento que interviene a nivel intersináptico en la recaptación de la serotonina, alcanza la idea de que un sujeto que está deprimido es porque se encuentra en un nivel bajo de serotonina, y por tanto creándose un mayor nivel de ella devendría en un cambio de estado de ánimo. Se impone una universalización, de trata de un más o un menos, de algo común a todos, reducido a una sustancia química, pero que en cambio hace desaparecer toda la dimensión de la subjetividad, y por ello del sujeto.

Jacques-Alain Miller señala cómo una clínica se construye en función del elemento que se pone en juego. La clínica farmacológica trata de estudiar los fenómenos en función de cómo se organizan por la incidencia, por la presencia de un fármaco, produciendo el reverso de que es el objeto fármaco lo que va a permitir organizar los fenómenos; y es

por esto que cada vez pierden más interés las entidades clínicas como la histeria, y se entroniza a la depresión: se definen los trastornos por su respuesta a un medicamento. En cambio, la clínica psicoanalítica se organiza en función de la introducción en el campo de otro tipo de objeto, que es el analista mismo. Es una clínica de transferencia, tomando en cuenta cómo se organizan estos síntomas bajo la transferencia, que es la relación que cada sujeto establece con el objeto-analista.

Para los psicoanalistas, la depresión no es una entidad clínica, no constituye un campo homogéneo, abordándose a partir de los dichos de un sujeto particular. El psicoanálisis no rechaza a quien dice estar deprimido, pero se tratará de ubicar este fenómeno en la estructura y en la particularidad de ese sujeto, de su subjetividad. No es reducible a un problema del humor o de lo afectivo, asentamos la idea de que eso remite a otra cosa, y por ello instamos a ese sujeto a que hable.

La perspectiva freudiana con respecto a los afectos ha sido muy clara: Freud siempre sostuvo que los afectos siempre portan algo de engañoso. La idea del inconsciente se funda en la represión, la cual implica una suerte de ruptura en el lazo de una representación con un afecto, produciendo lo que Freud denominaba un “falso enlace” – véase a los obsesivos como una representación determinada no se corresponde con el afecto que suscita, la angustia -: se trata de la ligazón del afecto con una representación que sustituye a la reprimida. Por lo tanto, cuando un sujeto atribuye un afecto a una determinada representación esto presenta siempre algo del orden de lo engañoso. De ello nos deriva, al apunte de Lacan, a verificar el afecto. Y eso nos lleva a interrogar sobre qué cosa dice ese afecto más allá de lo que el sujeto pueda decir en primera instancia. El único afecto que no engaña es la angustia. No miente porque es el único afecto que no se liga con una representación.

En el texto de Lacan en Televisión señala que el sujeto deprimido rechaza el inconsciente, lo cual no significa que haya una forclusión en este rechazo, pues

precisamente la inhibición funcional y extensa del yo en la depresión supone un trastorno de la relación del sujeto con el saber.

En un excelente seminario dictado en la NEL de Miami, Guy Trobas caracteriza a la depresión como una verdadera “anorexia epistémica”, en la que el saber del sujeto está afectado por la misma desinversión libidinal que los demás objetos del mundo. Se constata clínicamente. Los sujetos depresivos suelen expresar una ausencia de demanda de tratamiento. No significa que no atribuyen a su interlocutor un saber, se trata más bien de una posición en la cual el sujeto consiente en poner a prueba un saber hacer sin querer verificar el saber que lo sostiene, ni tampoco querer poner en claro el motivo de su estado de sufrimiento ni, menos aún, hacerse el agente de cualquier elaboración del saber. La inhibición presenta algo del tipo “*es así, hay pocas cosas que añadir*”. A diferencia del sujeto angustiado que anticipa eventos sombríos y catastróficos, el sujeto deprimido habla como si dichos eventos ya se hubieran producido en el pasado. Su estado no produce enigma en él. Cuando viene a consultarnos generalmente es por alguna indicación o algún impulso fuerte dado por otro sujeto.

Las referencias freudianas sobre la depresión son muy interesantes, aunque no son demasiadas. En los estudios sobre la histeria señalaba que en el neurótico muy pocas veces falta “un rasgo de depresión y expectación angustiosa”. También ubicó en la histeria casos en los que hay un escaso montante de conversión, lo cual implica que una parte del afecto concomitante perdura en la conciencia, como estado de ánimo, lo cual puede dar lugar al síntoma psíquico de depresión.

Freud también afirmaba que en las neurosis existe primariamente una tendencia a la depresión anímica y a la disminución de la conciencia del propio yo, tal y como la encontramos, como síntoma aislado y altamente desarrollado en la melancolía.

En inhibición, síntoma y angustia, Freud se interroga por el estado depresivo, y lo liga con lo que denomina “inhibición generalizada”. Esta se produce cuando el sujeto es requerido a una “tarea psíquica especialmente gravosa”, como, por ejemplo, un duelo, una enorme sofocación de los afectos o la necesidad de frenar la insistencia de ciertas fantasías sexuales. Derivando de ello que la energía disponible se empobrece debido a su convergencia en la tarea que la solicita de manera tan excluyente. Facilita Freud el ejemplo de un obsesivo que caía en una fatiga paralizante, de uno o varios días, a partir de ocasiones que habían debido provocarle, un estallido de ira. Es un modo de decir que la inhibición generalizada es el costo de sofocar la ira para ese sujeto obsesivo. Puede ser, por ello, otro modo de verificar el estado depresivo en la neurosis.

En Duelo y Melancolía destacaba que la pérdida del interés por el mundo exterior era una inhibición debido a la entrega incondicional del sujeto al duelo. El trabajo del duelo implica quitar la libido de sus enlaces con el objeto perdido que, en cambio, continua en lo psíquico. También Freud, en el mismo texto, sitúa una “depresión de cuño obsesivo” como consecuencia del duelo patológico que se produce cuando el conflicto de ambivalencia no permite la sustracción libidinal del objeto y el duelo queda detenido en los autorreproches “que uno mismo es el culpable de la pérdida del objeto de amor”.

De esta forma encontramos una serie freudiana de los modos en que se declina la depresión en la neurosis: su relación con el rasgo de depresión, la histeria con poco montante de conversión, el duelo patológico y la inhibición generalizada.

El interés del psicoanálisis está más en lo que el sujeto dice que en categorizar un estado. Un sujeto a través de sus dichos puede hacer destacar que no tiene fuerzas, que no puede dar más, no encontrarle sentido a las cosas, no tener valentía o puede utilizar toda una serie de metáforas corporales que se introducen para definir ese estado: estar inmovilizado, estar detenido, parado, caída de brazos, hacer huelga de esfuerzo, sensación de vacuidad, de dejarse llevar. etc. Todas estas palabras que se utilizan para

describir ese estado indican que hay algo del orden que causa el movimiento de un sujeto, que es la causa de su deseo.

Aquello que mueve a un sujeto hay que ubicarlo al nivel del deseo. La suspensión de aquello que causa el deseo produce, concomitantemente, un cierto abandono del sujeto; desde el abandono de sus actividades, intereses hasta el abandono que pasa por el decir. En el momento en que un sujeto puede empezar a hablar de aquello que le ocurre, empieza a generar algo que concierne al deseo, empieza a generar un movimiento en esa dirección y sostenido por el objeto-analista. Entonces, el psicoanálisis introduce cierta interrogación en torno al deseo, produciéndose, a diferencia del abordaje de los fármacos que tratan de responder al problema del estado de ánimo bajo el sustento cuantitativo, en relación a la depresión un “hay algo que decir”. Un “hay que decir que concierne al sujeto en su particularidad, ya no en sus funciones químicas, sino más bien en su relación a la particularidad.

Lo que se pone en juego es algo que debe de ser dicho de su relación al goce y al deseo, que si bien es verdad que presenta un lado que se escapa sólo es posible situarlo en relación a la palabra. Por ello es que Lacan Plantea que la ética del psicoanálisis es una ética del bien decir: se trata de decir aquello en lo que el sujeto está concernido en ese punto de impasse que causa lo que lo aflige. Y es aquí donde podemos ver la importancia de los escritos que situaban la tristeza como un pecado, como una falta moral. Para el psicoanálisis también lo es, pero con relación a la ética del bien decir que lleva al sujeto a situarse en la estructura, a que se produzca el reencuentro con el inconsciente.

El analizante, para el psicoanálisis, es alguien que quiere saber, que no quiere ser solamente alienado a su estado de ánimo, sino que se abre a una interrogación, abriéndose a un querer saber sobre “eso”, querer saber sobre la causa de lo que le sucede.

La depresión, en la clínica de la neurosis, se destaca por indicar una suspensión de la causa del deseo debido a que se pone en juego una recuperación del plus de goce que se paga con ceder en el deseo. Esta es una de las dos posibilidades que apunta Skriabine en un trabajo sobre la depresión. Esta vertiente está ubicada en función de los dos términos que componen, desde Lacan, el matema del fantasma: el sujeto y el objeto.



Esto se relaciona con lo que Freud aporta en el abordaje del duelo: la libido debería desinvertir el objeto para cancelar la inhibición. La libido que inviste al objeto en el fantasma se puede pensar como el

plus de goce, que es ese objeto que se conserva en lo psíquico del cual el sujeto está llamado a separarse para que pueda relanzarse la causa del deseo. Se trata del goce que hay que hacer pasar por la ética del bien decir.

Otra posibilidad es cuando el sujeto se ve destituido de su posición imaginaria, pierde el brillo fálico y encontrándose despreciado se desprecia, se hace él mismo desecho. Dicha destitución la podemos relacionar con los modos de fracaso de la estrategia en que, por ejemplo, la histérica sostiene el deseo del Otro en la insatisfacción o en que el obsesivo responde a la demanda del Otro. Son, pues, posibilidades distintas de ubicar entonces la depresión en la clínica de la neurosis y que muestran que aún dentro de ese campo puede tener lógicas distintas que es importante situar en la estructura y en la particularidad de cada caso.

Freud señala algunas cuestiones acerca de la cura y que las podemos aplicar a la depresión. Señaló, con fuerte valor conceptual y ético, – que el psicoanálisis va a operar sobre lo que él llamó “miseria neurótica”, y quizá nos podemos atrever a decir que una de las formas que adopta hoy la miseria neurótica es la de la depresión.

El deprimido tiene buena razón al decir que nada tiene sentido, ese sentido que pensábamos que tienen las cosas y que es de lo más vacuo, de lo más evanescente y frágil. En todo caso, si las cosas pueden tener un valor para alguien es debido a cómo él se sitúa en relación con su deseo, pero no porque las cosas tengan un sentido ya dado o sostenido por el Otro sino en la relación que cada sujeto mantiene con la causa de su deseo. Es en este sentido, que Freud no promete la felicidad, sino la forma de buscar más digna en la que el sujeto puede enfrentar las fuentes de dolor e infortunio.

Freud, en Duelo y Melancolía parte de la comparación entre la melancolía y la pena llamada normal. Ésta sobreviene por la pérdida del ser amado, o sus equivalentes como la libertad, los ideales, la patria. En este duelo, la pérdida del objeto es real, el mundo se ha hecho pobre y vacío, no produciéndose un marcado descenso de lo llamado autoestima.

Por su contrario, la Melancolía constituye un estado de ánimo doloroso en profundidad, cesando el interés por el mundo exterior, alcanzando la pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y autodepreciación. Esto se traduce en autorreproches y autoacusaciones, que pueden llevar al sujeto a las ideas delirantes de autocastigo y suicidio.

En la melancolía, la pérdida es desconocida para el sujeto, algo se ha perdido en el yo por el cual este es el que ahora se ha vuelto pobre y vacío. En cambio, en el trabajo del duelo es sobre la base del lento desasimiento de la libido del objeto perdido que se ejecuta pieza por pieza, con un fuerte gasto de energía y tiempo y que, una vez cumplido el trabajo de duelo, el yo se vuelve libre y desinhibido-.

En la melancolía se postula que existe una pérdida de objeto que se llama “afrenta o desengaño real o imaginario”, y cuyo resultado no es como en el duelo un lento desasimiento y desplazamiento hacia otro objeto, sino que la libido retirada del objeto se dirige hacia el yo por medio de la identificación del yo con el objeto resignado: “la sombra del objeto recae sobre el yo, quien en lo sucesivo puede ser juzgado por una instancia particular como un objeto, tal como lo fue el objeto abandonado. Se convierte o da lugar a un conflicto entre el yo y la persona amada, acabando por transformarse en un conflicto entre el yo crítico y el yo resultante tras el proceso de identificación.

Podemos ver que la pena normal, el duelo, esperamos que el tiempo la supere, que el principio de realidad se imponga sobre la frustración devenida para el sujeto en tanto la pérdida del objeto. Y en la melancolía, también sabemos qué objeto es el que se ha perdido, ignorando el propio sujeto lo que con él ha perdido.

Para Freud el objeto perdido es valioso por cuanto uno está identificado a él, tanto en el duelo como en la melancolía, pero en esta última la identificación del yo con el objeto es de tanta calidad, debido a su carácter primigenio, histórico, que en realidad la pérdida del objeto equivale a la pérdida del yo. De ahí que la persona que se ha identificado con ese objeto tiene que reprocharse la pérdida del mismo, equivalente a si la causa real de la pérdida es por culpa de la persona misma o por el objeto mismo. Por ello, al descubrir de Freud, los autorreproches en el depresivo están dirigidos no a sí mismos sino al objeto y en la medida en que este no es el yo, aunque con él se identificara fuertemente, puede externalizar estos autorreproches impudicamente, siendo en el fondo reproches al objeto y no a sí mismo.

La persona que se ha identificado con ese objeto tiene pues que reprocharse la pérdida del mismo, lo mismo si la causa real de la pérdida es por culpa de la persona misma que si lo es por el objeto mismo. Una identificación de esta índole con el objeto se verifica si el modo de relación del sujeto con los objetos – relaciones objetales- son de tipo oral.

Inmadurez del yo. Ésta es la que hace factible que, al sobrevivir la pérdida del objeto, aparezca la melancolía y ésta exprese la regresión del sujeto a los estadios primigenios. Una persona de estructura narcisista no puede ligarse al objeto amoroso en una relación de intercambio recíproco, porque es siempre un sujeto necesitado de gratificación. Si el sujeto amado no gratifica, en el sujeto aparece agresividad hacia él. Se postula que los autorreporches se deben a impulsos agresivos dirigidos a un objeto introyectado en el yo, ante el cual se tienen sentimientos ambivalentes de amor y odio, surgiendo a partir de ver frustradas sus necesidades de amor y dependencia.

Debido al intento de prevenir la pérdida traumática, vía identificación e introyección del objeto, el sujeto se convierte ahora en el blanco de sus propios ataques agresivos. Estas instancias agresivas sobre el objeto amado no se llevan a cabo sin la aparición de sentimientos de culpa. El superyó tiene que reprocharse de alguna manera haber deseado la pérdida de ese objeto, que efectivamente, tiene lugar más tarde. Se cierra así el círculo: pérdida del objeto, culpabilidad por la misma, depresión. Se puede ver en este modelo tradicional que existe en el sujeto depresivo actitudes, catexias ambivalentes frente al objeto: lo quiere en la medida en que le gratifica y lo rechaza en la medida en que no.

Tras estas tempranas formulaciones, en las que Freud no diferencia especialmente a la melancolía de las demás neurosis, la primera aproximación sistemática a la construcción de un modelo para la Depresión la realizó Abraham en su trabajo "Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maníaco-depresiva y condiciones asociadas", 1911. En esta época la *Psiconeurosis* era interpretada como consecuencia de una represión de la libido, lo que llevó a Abraham a comparar siguiendo a Freud Depresión con Ansiedad, ambas resultantes de instintos reprimidos.

En este primer trabajo Abraham realizó un esfuerzo para incluir los desórdenes afectivos dentro de la comprensión psicoanalítica, valiéndose para ello de los

principales conceptos analíticos formulados hasta entonces: los mecanismos de Represión y Proyección: " La Depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales (...) el individuo no puede sentirse amado, ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional" - Abraham, 1911, Abraham insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás; la búsqueda de amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez estaban reprimidos debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad, la cual vendría seguida de una posterior proyección: "Las personas no me aman, me odian".

En esta formulación la culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes. Por ello el sujeto coloca el goce en los autorreproches. La manía aparece como manifestación clara, manifiesta, de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva. La explosión de "amor" y "odio" que se observa en la fase maníaca - *frenesí de libertad* en palabras de Abraham - es interpretada por él como una vuelta al periodo de la infancia previo a la instalación de la represión emocional.



En un trabajo posterior, "La primera etapa pregenital de la libido"; Abraham, 1916, y tras el intercambio de opiniones con Freud, Abraham varía su posición incorporando los periodos libidinales del desarrollo derivados de las teorías expuestas por Freud en la 3ª edición de los *Tres*

ensayos sobre una teoría sexual (Freud, 1915), afirmando: "La Depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual. oral, (...). En las honduras de su inconsciente hay una tendencia a devorar y arrasar el objeto" - Abraham, 1916 -.

Probablemente Abraham se apartó de su primera formulación sólo para adecuarse a las etapas psicosexuales freudianas, pero ello permitió anticipar el papel de la Introyección en la Depresión.

Debemos a Melanie Klein la atención acerca de los estados depresivos en la primera infancia, y la conexión de los mismos con las pérdidas de objetos y el duelo subsiguiente que ha de aparecer con posterioridad. En el niño se da lo que M. Klein llama la posición depresiva: consiste en el hecho de que las pérdidas de objeto, entiéndase, frustraciones, que en estos estadios tienen lugar, suscitan la elaboración a su modo de las mismas. Estas frustraciones más precoces son las que tienen lugar en los primeros meses de vida, durante el amamantamiento. La oralidad del niño exige su satisfacción y la insatisfacción que el abandono del pecho materno provoca, cada vez que es retirado, da lugar a una poderosa impulsión oral. El niño que muerde el pecho materno lo hace con miras a sujetarlo ante el temor de perderlo. La reiteración ulterior de tales impulsos canibalísticos en el adulto es de sobra conocida, cada vez que se indaga a cerca de las actitudes que se adoptan en situaciones de dependencia afectiva, concretamente cada vez que se verifica el amor en tales condiciones.

En la regresión narcisística del melancólico se detectan con frecuencia tales instancias orales que implican la introyección del objeto que teme perderse. Rado señala algunos puntos que coexisten con las tesis kleinianas. El ciclo posesión-agresividad se completa con la necesidad de expiación. El niño que siente hambre experimenta rabia si no es amamantado. Al mamar satisface las necesidades alimenticias y de gratificación. La rabia cesa. Sobreviene entonces la coexistencia de dos instancias opuestas: rabia frente al objeto que se desea y es más; rabia por conseguir el objeto que se desea. Es una conducta infantil, cuando el objeto se pierde, la rabia se vuelve sobre sí mismo, culpándose, responsabilizándose de la misma. La rabia puede cesar, de hecho cesa, aún sin haber conseguido por esta vez el objeto, y se intenta obtener ahora por vía de la aflicción.

Otras huellas psicoanalíticas sobre la depresión

Estas que hemos tratado hasta ahora son las teorías más conocidas y clásicas desde el psicoanálisis sobre la depresión. Pero también trataremos, tres interesantes trabajos sobre los estados depresivos y los mecanismos de la depresión. Se trata de Bribing, Rubinfine y Mahler.

Bibring sostiene en esencia la tesis de que la depresión es un "estado yoico", un estado afectivo, y partiendo de algunos ejemplos clínicos, llega a las siguientes conclusiones:

- 1) La depresión constituye la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del yo.
- 2) Es el resultado de la tensión entre unas aspiraciones narcisistas sobrecargadas y la conciencia que tienen el yo de su desvalimiento y su incapacidad de mantenerse a la altura de esos patrones.

Bribing nos muestra que lo definitorio es la representación que la persona se hace de sí misma como incapaz de alcanzar sus metas, entre ellas la presencia y el amor del objeto. Consideró que la predisposición a la depresión está dada por la fijación a experiencias de impotencia / indefensión, que dejan su huella en el psiquismo, de modo que cada vez que la persona se sienta impotente con relación a sus aspiraciones se reactivará todas aquellas experiencias, reales e imaginarias, en que dominó ese sentimiento.

Los elementos que conformarían el estado depresivo en tanto condiciones necesarias que definen su estructura son:

- 1) Existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía libidinal del sujeto.
- 2) Sentimiento de impotencia para realizar un deseo.
- 3) Impotencia para la realización del deseo que no queda restringido al presente, sino que abarque también el futuro; es decir sentimiento de desesperanza.

4) Las consecuencias motivacionales, abulia e inhibición psicomotriz y afectivas, tristeza, del sentimiento de impotencia / desesperanza.

Rubinfine parte de la pregunta ¿por qué algunas personas logran dominar el efecto depresivo, en tanto que otros sucumben a la enfermedad depresiva? Rubinfine examina la insistencia de Bribing en el rol que desempeñan en la depresión el narcisismo y la autoestima, o sea, las pulsiones libidinales, y llama la atención sobre su omisión de la agresión.

Nos recuerda la cólera infantil en respuesta a una frustración prolongada, la cual precede al agotamiento y desvalimiento. Rubinfine menciona además que la persona depresiva adolece, sin duda, de una incapacidad de alcanzar constancia de objeto. Nos dice también que el depresivo nunca abandona las esperanzas, ni siquiera cuando llega al suicidio. Por último, Rubinfine indica que la capacidad de soportar la depresión y la angustia representa una medida importante de la fortaleza del yo.

Mahler descubrió que la falta de aceptación y comprensión emocional de la madre ocasiona una disminución de la autoestima del niño y conduce a una ambivalencia. Estas actitudes hacen que la agresión se vuelva contra el self, además de provocar un sentimiento de desvalimiento que genera el afecto depresivo básico. Mahler intenta demostrar que la llamada depresión básica es el resultado de un conflicto agresivo, causado por una falta de comprensión y aceptación materna que reduce la autoestima del niño.

Lacan. El espejo y el narcisismo

Parece que el depresivo se estuviese viendo constantemente en un espejo negro. Esta formulación imaginaria implica tener presente un modo de concebir al Yo. Lacan enseñó que el yo aparece en lo que podría denominarse la etapa del espejo, vivida por el niño desde los 6 a los 18 meses de edad. En esta época el infante se descubre como él, en el

reflejo que le devuelve el espejo. Su júbilo ante esta experiencia es un observable. De aquí se deduce que la experiencia del yo es un imaginario que se construye según el modo como se visualiza a sí mismo, fuera de sí, en el espejo. Vale decir “el Yo es otro”, al decir de Rimbaud.

Es necesaria esta imagen del espejo que ordena y organiza el esquema corporal del niño en su primer año de vida. Winnicott señala que esta función especular la otorga, en lo emocional, la mirada de la madre, como sostenimiento y no como vigilancia. Es así, con Winnicott, una experiencia que estructura funciones, pero sostenidas en una mirada que integra lo emocional. Antes de esa experiencia en el espejo, el niño experimentaba su cuerpo de manera fragmentaria y desintegrada. La imagen del Yo es básica para poder vivir en un contexto humano. La imagen de un sí mismo como un Yo es la que permite situarse en el mundo y operar cotidianamente en una relación con los demás. Pero vale la pena subrayar que, desde estos criterios teóricos, el Yo es imaginario, no real, ni simbólico, aunque estrechamente ligado a lo real y a lo simbólico. Porque eso permite definir el carácter centrado en sí mismo del Yo como una instancia que centrípetamente la concepción del mundo. El mundo, en el fondo, es imaginado como se imagina al propio yo. Es una inevitable condición narcisística de la inserción en lo social. Es necesariamente narcisística. El narcisismo del yo que posibilita no ser arrasado por sus objetos. En este sentido en el trastorno depresivo hay un fracaso del narcisismo, entendido como la investidura del propio yo.

La experiencia del espejo descrita por Lacan fracasa en el depresivo. El yo se refleja como lo negro, lo que no delimita, lo que no hace perfil, lo que no diferencia de los otros, sumido en la opacidad de un sí mismo al centro del refulgir de los demás. Es la minusvalía y el autoreproche como constante.

Sin embargo, hay otra dimensión de lo narcisístico que impera en lo depresivo. Es aquella que señala que, al tender el narcisismo a la total investidura del yo, este se

retrotrae del mundo en un potente rechazo a necesitar del otro. En un narcisismo total, que triunfe absolutamente sobre el objeto, la fantasía de independencia conduciría paulatinamente a marchitarse en la esterilidad y la muerte. En este caso podríamos invertir la frase freudiana diciendo que la sombra del yo cae sobre el objeto. En el depresivo, especialmente en su estrato melancólico, hay algo de esto. Hay una oscura arrogancia depresiva. El analista puede llegar a sentirse incapacitado de lograr algo fecundo, llegando muchas veces a experimentar desconcierto e irritabilidad ante lo impenetrable de los autoreproches y autodesvalorizaciones de su paciente. En este sentido al ennegrecerse el imaginario del yo en el espejo, se ennegrece la presencia de lo otro, sumiendo toda relación, incluida la terapéutica en un aislamiento narcisístico. Los otros brillan, pero lo hacen a la distancia del sol, mirado desde un entorno neblinoso y helado. El mundo del depresivo no reconoce el calor que podría nutrirlo y se retira hacia un yo, imaginado como no imaginario, un yo que no se imagina desde su descubrimiento



en el espejo como otro, llevando al sujeto, a veces, hasta el suicidio. Un yo que se radica absolutamente en su extremo más narcisístico. Detrás de los autorreproches y la autodesvalorización se oculta una crítica radical al entorno.

Es necesario anteponerle una diferenciación entre yo y sujeto. El yo no es el sujeto. El yo, como se estableció, está centrado en si mismo, es narcisista. El sujeto, en cambio, es sujeto de la socialización y, desde allí, sujeto de lo inconsciente. Hay una tradición psicoanalítica que ha gestado ideas que llevan a imaginar a lo inconsciente como situado en un interior del si mismo. Algo que se continuaría en comunidad con este yo centrado. El inconsciente aparece allí, contra todo lo que se declare como principio conceptual,

como una parte del individuo. Como una parte. Sin embargo, la consistencia relativa a las afirmaciones freudianas requiere pensar en cómo se da un inconsciente entramado a toda acción cotidiana, en cada acto consciente. Algo como una consciencia inconsciente. Esto se alcanza al pensar en el sujeto. Como sujeto de lo inconsciente. La idea de sujeto se entiende si uno lo piensa como sujeto de Sujeto de la nacionalidad, sujeto del género, sujeto de un oficio. La subjetividad, como preeminencia del sujeto, no es el fracaso de la objetividad, como lo implicaría el positivismo. La subjetividad surge de la condición de sujeto de la cultura.

Hacerse cargo de si mismo, hacerse responsable, supone hacerse cargo del lugar en que se encuentra uno en la trama de los determinantes culturales. El sujeto es sujeto, entonces, de lo intersubjetivo, de aquello que ocurre entre los sujetos que se configuran en una malla infinita, por las intersubjetividades que dan lugar a los distintos sujetos. Esto tiene que ver con lo que Lacan llamó cadena significativa. Tomar en cuenta esta idea de lo significativo permite pensar en la cultura como el determinante simbólico, como la red simbólica que nos constituye desde afuera. Una red inconsciente, un tejido simbólico que nos hace sujetos de distintas condiciones que, en su definición más exacta, son inconscientes. Interesa hacer valer esta noción de sujeto como diferente del yo, para precisar algo más sobre la depresión. Especialmente en lo que atañe al sujeto como expresión movable de un simbólico que constantemente lo contextualiza, de acuerdo a las circunstancias dinámicas e históricas.

La escucha y la mirada. Mirar proyecta el mundo hacia fuera. Escuchar atrae el mundo hacia las interioridades del sujeto. Mirar distancia, escuchar acerca. Lo visual es la materia sensorial de la objetividad racional, de su temporalidad. Lo auditivo es la materia sensorial del ritmo al interior del sujeto, de su temporeidad. Temporalidad alude a pasado, presente y futuro separados, verdaderas indicaciones espaciales del tiempo. Hacia atrás, hacia delante, hacia aquí, ahora. El presente es la dimensión menos espacial de la temporalidad. El ahora no es espacial. En cambio, la temporeidad permite

pensar en una cronología en la cual pasado, presente y futuro se constituyen en una unidad interior. No hay imaginaria espacial en la temporeidad. Casi ni hay diacronía. Con Heidegger podríamos decir que la verdadera diacronía es la que se da como el horizonte de la muerte. El ser humano cuyo único saber definitivo sobre si mismo es que está volcado hacia la muerte. Todo lo demás tiene que tramitarse como imaginario. Escuchar el ritmo del ser dentro del sujeto es escuchar el ritmo de la temporeidad, no de la temporalidad. Es conectarse con el ser, no con el hacer, que se organiza desde la dimensión de la mirada. En la depresión la mirada está vacía. La presencia de las cosas, la presencia de lo imaginario está obturada por la negrura del yo. El mundo es ese espejo negro que está allí afuera, pero no refleja nada más que una exterioridad.

En el interior del sujeto resuena la temporeidad volcada hacia la muerte. No hay deseo, la pulsión se derrama sobre las articulaciones de lo simbólico, sin constituirse en deseo. Si pensamos que lo más propiamente pulsional es la pulsión de muerte, cada orden que aparezca en lo simbólico es diluido por esta presencia de la muerte. Sólo hay deseo de muerte. No hay simbólico que organice un imaginario volcado al hacer de la vida cotidiana. No hay deseo de placer.

Desde Lacan se podría decir que sólo impera un deseo de goce, entendiendo éste como el anhelo de alcanzar una disolución de las diferencias en una totalidad nirvánica que promete la paz de la nada. Se podría entenderse así la melancolía narcisística del suicidio. Lo que llaman la paz de los cementerios.

Bajo esta perspectiva, hagamos una nueva diferencia entre duelo y melancolía. El primero corresponde a una pérdida de hecho respecto a algo o alguien querido. Hay un agente externo. La depresión melancólica implica, en cambio, una pérdida en el sujeto, quizás una pérdida progresiva del imaginario. Algo que ennegrece el reflejo. Cuando el duelo se origina en un agente cultural, el duelo puede volcarse en depresión, no por culpas relativas al sujeto individual, sino por el dolor de participar como víctima en el

sadismo de la cultura, algo que refleja una condición del sujeto como sufriendo el dolor de algo ejecutado por su propia especie. Lo dice Paul Celan en el poema que llamó “Fuga de muerte”, relativo a la vivencia de los campos de concentración nazis: “leche negra del alba te bebemos de noche, te bebemos de día la muerte es un amo de Alemania te bebemos al atardecer y a la mañana bebemos y bebemos la muerte es un amo en Alemania su ojo es azul”.

Cuando ocurren estas violencias inconcebibles en que el hombre violenta cruelmente al hombre, como ocurrió en el Holocausto que padeció Celan, el ojo azul, la mirada límpida que no escucha el gemido del otro, allí el duelo de la pérdida real se entrama con la pérdida de la propia cultura, dada vuelta de revés y, allí, entonces, el duelo no puede elaborarse y se desliza hacia lo depresivo, por razones que no tienen que ver con el sujeto de su individualidad. En 1970 Paul Celan, 25 años después de haberse librado del horror, se suicidó arrojándose al río Sena. Esto no podría, sino eventualmente, ser considerado psicopatológico. El ser humano es más que su psicopatología y la depresión, y a veces es inevitable.

Pulsión de muerte y depresión

La melancolía es un agobio de tristeza, de un dolor intransmisible que nos absorbe a veces, y a menudo, perdurablemente, al punto de hacernos perder el gusto por toda palabra, por todo acto, el gusto mismo por la vida. El término cubre realidades muy diferentes; se pueden distinguir tres significaciones referidas al término "melancolía". Por una parte, para la psiquiatría es una dolencia grave que se manifiesta por una lentificación psíquica, ideatoria y motora, por una extinción del gusto por la vida, del deseo y de la palabra, por el cese de toda actividad y por la atracción irresistible del suicidio. Por otra parte, existe una forma más suave de este abatimiento que, como la primera, alterna a menudo con estados de excitación, forma ligada a estados neuróticos

y que llamamos depresión.

Los psicoanalistas suelen tener que vérselas muy a menudo con la depresión. Para el sentido común, para una opinión difusa la melancolía sería una "ola del alma", un "spleen", una nostalgia de la que se reciben los ecos en el arte y la literatura y la que, siendo del todo una enfermedad reviste el aspecto a menudo sublime de una belleza.

Reflexionando acerca de la depresión y la muerte, Freud encara la segunda parte de su obra, en "Más allá del principio del placer", 1920: si continúa siendo verdadero para él que la vida psíquica está dominada por el principio de placer, le aparece más y más claramente que la tendencia portadora de la pulsión es la pulsión de muerte. Es una verdadera revolución, que numerosos analistas rechazan, pero que es indispensable reconsiderar frente a ciertas psicosis, y por supuesto, frente a la melancolía. En tanto Eros significa creación de lazo, Thanatos o pulsión de muerte, quiere decir desintegración de lazos, ruptura de los circuitos, comunicaciones, relaciones con el otro.

Podemos hablar de un "conjunto melancólico-depresivo". Porque más allá de las diferencias se encuentran por lo menos dos particularidades comunes. Por una parte, la "desinvertidura de los lazos", la ruptura de las relaciones. Parecen decir los melancólicos y los deprimidos deprimidos que nuestra sociedad, nuestras actividades, nuestras palabras no les interesan, que están en otra parte, que no están, que no son, o que están muertos.

Por otra parte, la "desvalorización del lenguaje". El discurso deprimido puede ser monótono o agitado, pero la persona que lo sostiene da siempre la impresión de no creer en él, de no habitarlo, de mantenerse fuera del lenguaje, dentro de la cripta secreta de su dolor sin palabra. Este interés por la palabra depresiva parece ser el aporte a la escucha y a tratamiento psicoanalítico de la depresión.

En efecto, todo el problema está allí. Si el depresivo se desprende del lenguaje, si considera el lenguaje como banal o falso, cómo podremos entrar en contacto con su dolor "por la palabra", puesto que es con la palabra que opera el psicoanalista). Es importante entonces la importancia de la voz, o de los signos, que pueden devenir nuestra mediación hacia el depresivo. Es importante el mostrar también como este sufriente, a menudo mudo que es el depresivo, es un afectivo secreto, un apasionado o un incomprendido. La melancolía sería, en suma, una perversión innombrable, blanca. Nos toca a nosotros conducirla a las palabras y a la vida.

Estas observaciones clínicas tienen múltiples implicaciones. Por ejemplo, si la melancolía es nuevamente el "mal del siglo", si el número de las depresiones se acrecienta, ¿no es también dentro de un contexto social donde los lazos simbólicos están cortados? Vivimos una fragmentación del tejido social que no puede ofrecer ningún socorro, más bien al contrario, un agravante, en la fragmentación de la identidad psíquica que vive el depresivo. Por otra parte, el acento puesto por Freud sobre la pulsión de muerte, lo que se llama el "pesimismo freudiano", lejos de ser un síntoma personal del médico vienés debido a la proximidad de la Segunda Guerra Mundial, nos permite cambiar nuestra concepción de la identidad psíquica tal como el mundo moderno- trastornado, caótico, saturado de violencia y de criminalidad nos lo presenta cotidianamente. ¿Y si el "deseo" no fuera sino una película genial y entretenida pero extremadamente frágil que se desarrolla sobre el océano de la pulsión de muerte? La cultura aparece entonces como un bien precioso pero fugaz. El melancólico que rehúsa la vida porque ha perdido el "sentido de la vida" nos obliga, entonces, a buscar los medios para reencontrar el sentido: entre nosotros, para él, pero también para toda una generación. Es decir que una preocupación clínica, al nivel profundo en donde nos sitúa el depresivo respecto del sentido de la vida, es una preocupación que toca las raíces, antaño religiosas, de la cultura.: una civilización que ha abandonado el sentido de lo Absoluto del Sentido no es necesariamente, una civilización que debe enfrentarse a la

depresión? O también: ¿el ateísmo es implícitamente depresivo? O incluso: ¿Dónde se encuentra la inmanencia optimista del ateísmo implícitamente moroso? ¿En la forma? ¿En el arte?

Lacan y la depresión

Lacan teoriza sobre el duelo en los seminarios dedicados al análisis de Hamlet, dentro del seminario "El deseo y su interpretación", donde muestra como se entrelazan el deseo del sujeto con el deseo del Otro.

Reconoce el duelo del fin del análisis, y la depresión correlativa. Pero toda otra depresión es catalogada como "cobardía moral", escapatoria defensiva, para no asumir el propio deseo y el precio a pagar, falta ética enmascarada por el goce sufriente. El surgimiento del deseo solo es posible para un sujeto que asuma la castración simbólica, correlativa de un imposible, que se presenta en lo real de la estructura. Falta real que Lacan enuncia como: "no hay relación sexual".

La falta es un hecho de estructura que proviene de la ley del lenguaje, y que puede aparecer como pérdida de objeto, como castración o, en la variante de falta como pecado, relacionada con la culpa. En el registro de lo imaginario, se establece una dialéctica entre falta y completud, ligada a la constitución del Yo y de los Ideales, en términos de la adecuación objeto- demanda del Otro expresado en los fantasmas antes mencionados. Las identificaciones simbólicas, provenientes del Complejo de Edipo, a la vez que estabilizan la dialéctica imaginaria, introducen al sujeto en la culpa y la deuda simbólica.

Este nuevo eje, se agrega al anterior, completando el círculo de la ciclotimia cotidiana: Más amado versus menos amado y más culpable versus menos culpable. Por la estructura del Complejo de Edipo, el objeto causa del deseo resulta ser correlativo de un duelo por la madre. El objeto para siempre perdido y la nostalgia que le es propia, está

en el horizonte de todo reencuentro con él, que se realiza en el encuentro con cada nuevo objeto del deseo. Al reencuentro con el objeto se agrega, simultáneamente, el asesinato del padre, fuente de deuda y culpa. De modo que pérdida y culpa y pérdida y castración, presiden la constitución del objeto causa del deseo. Algunos autores ven en esto la marca de un duelo fundamental en la constitución del deseo.



La función del Nombre del Padre, correlativa a la represión del Complejo de Edipo, presidirá las modalidades del síntoma, propio de cada estructura neurótica. Si se descartan la Melancolía y la Psicosis maníaco-depresiva,

aquellas que se pueden llamar depresiones neuróticas, siempre estarán adscriptas a una estructura neurótica determinada, y no constituyen de por sí una estructura.

A diferencia de la psiquiatría que confunde el cuadro de la depresión, descrito fenomenológicamente, con el de la entidad, el psicoanálisis, en general, lo enmarca en una estructura determinada. Así existen depresiones neuróticas, psicóticas y perversas.

Dentro del amplio abanico de las depresiones neuróticas, se encuentran rasgos estructurales, que permiten diferenciarles entre sí. Diferencia que resulta importante si se acepta que no existe una cura tipo, y que la dirección de la cura depende de una correcta evaluación de los elementos estructurales presentes.

Elementos que se manifiestan en variadas configuraciones transferenciales: Todas las neurosis son un modo de responder a lo imposible de la estructura, un modo de tratar la falta, la castración, y un modo de recibir la función paterna a través del Nombre del

Padre.

En términos generales, y sin desconocer la abundancia de histerias masculinas, la histeria es un desvío en el recorrido de la niña para alcanzar la posición femenina. Lo mismo podemos afirmar de la neurosis obsesiva, pero como desvío con respecto a alcanzar la posición fálica que caracteriza la posición masculina. Es otra manera de nombrar el proceso de normativización del deseo en ambos sexos. La fobia es una alternativa peculiar en el camino de la constitución del deseo, que es bastante semejante para ambos sexos.

¿Cómo aparecen las depresiones en las distintas neurosis? Dijimos antes que la histeria es un desvío del proceso que lleva a la asunción de la posición femenina. Esta posición tiene como características fundamentales: una renuncia al falo en el registro del tener, una asunción del mismo en el registro del ser y una delegación de las insignias fálicas en el hombre, que puede ser el compañero, los amigos, etc. Esta renuncia y esta delegación permiten el pasaje de una posición fálica a una posición correspondiente al "no toda", y un pasaje al goce Otro, goce suplementario y específico de los seres hablantes que se alinean del lado de lo femenino.

En el caso de una mujer histérica, en tanto que la castración simbólica no es aceptada, pues no acepta que el padre del Complejo de Edipo no la elija a ella en lugar de a la madre, tiene la tendencia a tratar lo simbólico como si fuera lo imaginario. Esto se expresa en dos actitudes basadas en el mismo hecho de la no-aceptación de la ley del padre, pero que son diametralmente opuestas: pues o bien se dedica a protestarle al Amo, a rebelarse contra él, mostrando al mismo tiempo que este Amo está castrado, (tal como ocurre en la estructura del discurso histérico), o bien se somete tan exageradamente al deseo del padre, que asume la representación de la castración imaginaria, y toda ella deviene la expresión de la más absoluta impotencia, "no puede, no sabe, no contesta". Es como si pusiera en escena otra forma de protesta; "¿me quieres

castrada? La depresión histérica se expresa como un trastorno típico del eje narcisista del Yo y los Ideales, como la respuesta a una pretendida falta de amor. Si bien una reacción depresiva ante un desengaño amoroso, o ante una pérdida en cualquier orden de la vida, no es para nada patrimonio de la histeria, existe en ella una especial sensibilidad al aspecto de herida narcisista que conlleva todo duelo.

La frustración, junto con la castración y la privación, es una de las modalidades de la falta de objeto, y es un elemento uniformemente presente en la neurosis histérica.

Junto con la ya mencionada actitud de impotencia e inhibición, una peculiar sensibilidad a la frustración provoca reacciones depresivas frecuentes, que tienen en la histeria un carácter de ofensa al amor propio, que brinda un aire de "princesa humillada". Son cuadros muy aparatosos, a veces, acompañados de alguna actuación suicida.

En el caso de la neurosis obsesiva, encontramos a un hombre en una posición imposible: está atrapado entre el amor al padre y el odio asesino hacia ese mismo padre. Freud resalta la intensa ambivalencia afectiva que se presenta en esta neurosis. El camino hacia la asunción del deseo está bloqueado por la inminencia del crimen edípico: el asesinato del padre. Los sentimientos de culpa tienen la misma intensidad que si se hubiera cometido el crimen, cuando sólo es una realización fantasmática. Las inhibiciones impiden la asunción de una posición fálica propia de la posición masculina, posición que conlleva la rivalidad con otros hombres por la posesión de las mujeres.

Pero también, el neurótico obsesivo, está amenazado por la feminización que conlleva el intenso amor al padre, que es el otro polo de la ambivalencia. Es frecuente que en el encuentro erótico con alguna mujer se cortocircuite su potencia fálica por una identificación especular con la mujer, que le hace tener una conducta de fuga, ya sea través de la eyaculación precoz o de la impotencia eréctil.

Tanto los fallos de la potencia, como el fracaso en las relaciones amorosas son una

fuente de depresión frecuente. Así como los problemas laborales provocados por los conflictos de rivalidad, ya sea con las figuras que representan la autoridad paterna, o con los rivales fraternos, cuando no se trata de los efectos devastadores del superyó, que atormenta al obsesivo, y que se hace presente a través de diferentes mandatos.

La depresión en el neurótico obsesivo es muy similar a la de una melancolía leve por la presencia de los autorreproches. Se diferencia en que los autorreproches no provienen, en el caso del obsesivo, de una identificación con el objeto perdido, sino de la intensa culpabilidad proveniente de un superyó acusatorio y cruel.

La fobia parece perder cada vez más el carácter de una neurosis diferenciada, en beneficio de un síntoma o conjunto de síntomas fóbicos que pueden aparecer en otras estructuras. No obstante, hay rasgos estructurales específicos para esta entidad, que son tributarios del modo peculiar en que se accede al deseo, en el ser hablante.

El deseo humano se dibuja en el campo compartido con el deseo del Otro. Desde el deseo del Otro y desde su demanda, el niño al nacer ocupa alternativamente la posición de ser objeto de ese deseo, o de esa demanda, y la posición de ser el falo de la madre. Podrá desprenderse de esa atadura gracias a la intervención doblemente castrante del Nombre del Padre. El Nombre del Padre a través de la operación de la Metáfora Paterna, produce un corte en la relación madre-hijo. Este corte revela al hijo que la madre desea algo que está más allá de él, sacudiéndole de su posición de objeto y/o de su posición de falo, y revela a la madre que no puede reintegrar su producto.

La fobia se produce ante una acción insuficiente del Nombre del Padre. El deseo y la demanda del Otro anula al ser del sujeto al poner en primer plano su ser de objeto, éste es el origen de la angustia. Esta angustia se puede ligar posteriormente, (aunque no en un sentido cronológico sino lógico) a cualquier objeto o situación, que devendrá fobígeno.

Se trata de encontrar en dichos objetos una cierta suplencia al Nombre del Padre, no

faltante del todo, por que en ese caso estaríamos frente a una psicosis, sino más bien del orden del fallido de la función.

La estrategia defensiva frente al deseo del Otro provoca una serie de limitaciones en la vida de los sujetos afectados de esta manera, lo que conduce en muchos casos a situaciones de depresión, o a la instalación de un cuadro depresivo. Éste es muy frecuente en la adolescencia, en jóvenes con serias restricciones sociales, con dificultades de salir de casa tipo agorafobia, fobia a los exámenes, etc.

En términos generales las neurosis se caracterizan por una modalidad determinada de la dificultad de la asunción del deseo: deseo insatisfecho en el caso de la histeria, deseo prevenido en el caso de la fobia, deseo imposible en el caso del obsesivo. Pero cuando aparece un cuadro depresivo en estas estructuras, lo que ocurre es una defeción del deseo. "No tengo ganas de nada", es una afirmación típica de un sujeto deprimido, ocurre un desinvertimiento libidinal general. Si bien por lo anteriormente expuesto podríamos enumerar las características predominantes de las depresiones:

Histeria: herida y frustración Neurosis obsesiva: culpa y dolor Fobia: angustia y tristeza.

En todos los casos de aparición de depresión se observa un abandono del goce fálico. Los fenómenos de inhibición, propios de lo imaginario, afectan en particular al cuerpo que comienza a pesar, lo real del cuerpo muestra su consistencia de cadáver, el sujeto es conducido a colocarse en una posición de goce sufriente.

Es por eso que Lacan caracteriza a la depresión como una "cobardía moral" por el abandono de la defensa del propio deseo, falta ética que el lenguaje corriente expresa con una claridad meridiana.

Bibliografía

- Abraham, K. (1911). Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas. En *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé.
- Abraham, K. (1916). La primera etapa pregenital de la libido. En K. Abraham, *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales.
- Abraham, *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Adler, K. (1961). Depression in the Light of Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 17.
- Agameben, G. Estancias. Edit. Pre-textos. Valencia, 1995
- Alain Miller, Jacques. Recorrido de Lacan. Ediciones Manantial. 1990.
- Anthony, E.J. y Benedek, T. (Eds.) (1975). *Depression and Human Existence*. Boston, MA: Little Brown & Co. (Trad. castellana: *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvar, 1981).
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1978). Severe and Mild Depression. The Psychotherapeutic Approach. New York: Basic Books. (Trad. castellana: *Psicoterapia de la Depresión*. Buenos Aires: Paidós, 1981).
- Benedek, T. (1956). Toward the biology of the depressive constellation. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 4, 389-427.
- Benedek, T. (1975). Ambivalencia y constelación depresiva en el Sí mismo. En E.J. Anthony y T. Benedek (Eds.), *Depression and Human Existence*. Boston, MA: Little,

- Brown & Co. Boston. (Trad. castellana: *Depresión y existencia humana*. Barcelona: Salvat, 1981).
- Bibring, E. (1953). The mechanism of Depression. En P. Greenacre (Ed.), *Affective Disorders* (pp. 14-47). New York: International University Press. (Trad. castellana: *Perturbaciones de la Afectividad*. Buenos Aires: Hormé).
- Bleichmar, H. (1976). *La Depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Chemama, Roland & Vandermersch, Bernard (2004), *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
- Fenichel, O. *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Paidós. Barcelona. 1984
- Freud, S. Estudios sobre la histeria, Duelo y Melancolía, Inhibición, síntoma y angustia, el malestar en la cultura, Análisis terminable e interminable. Duelo y Melancolía (1917), Pulsiones y destinos de pulsión (1915), Más allá del principio de placer (1920). *Obras completas*, Amorrortu. Buenos Aires, 1976.
- Kramer, P. *Escuchando al Prozac*. Seix Barral. Barcelona, 1994.
- Lacan, J. *Psicoanálisis, radiofonía y Televisión*. Anagrama, Barcelona, 1980. Legil, F. *Las depresiones*. El Caldero de la Escuela. n. 46. Eol, 1996.
- Lacan, J. *Escritos y seminarios. En especial: Volumen 10. La angustia*, Buenos Aires Paidós.
- Laplanche, J. *La angustia*. Problemáticas I. Amorrortu editores. 1972.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1996), *Diccionario de Psicoanálisis*, Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Editorial Paidós.

- Melanie Klein. Obras completas. Barcelona: Paidós.

El Desarrollo de un Niño

El Complejo de Edipo a la Luz de las Ansiedades Tempranas

- Moore, B.E y Fine, B.D. Biblioteca nueva. Madrid. 1997.
- Skriabine, P. La depresión bon Eur. du sujet? En la Cause Freudienne, Revue de Psychanalyse. N. 35. Silhouettes du déprimé. Edit. Navarin Seuil. Paris.

Cuestiones

1. Articula una posible relación entre ansiedad, angustia y castración.
2. Tus comentarios acerca de una posible clínica.
3. Cualquier otro tipo de reflexión.
4. Desarrolla el concepto de depresión a nivel histórico.
5. Relaciona la depresión con la pulsión de muerte.
6. Aporta la idea que se hace de la depresión.