



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN
UNA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.**

**T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
DARÍO RODRÍGUEZ BARRERA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Noviembre, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias Maestra Blanca Elena Mancilla sin su dirección jamás hubiera sido posible concluir este trabajo, sin usted no hubiera sido posible para mí dar este paso que considero tan importante en mi vida. Realmente admiro el empeño que pone en sus acciones y la gran ética con la que se conduce. Su orientación, análisis y comentarios han permitido que concluya con este proceso académico que tanto he dudado cerrar en mi vida...realmente muchas gracias.

Un agradecimiento a cada uno de mis sinodales que a pesar del enorme trabajo que llena sus vidas aún se dieron tiempo para leer y comentar mi trabajo. Muchas gracias porque sin su dedicación, orientación y confianza no hubiera sido posible terminar este esfuerzo.

Un agradecimiento sincero a Juan Manuel Gálvez coordinador y representante de la DEC en el programa de apoyo a la titulación. Me parece que tu trabajo y seguimiento exige un esfuerzo constante y la búsqueda incesante de este objetivo que nos planteamos algunos meses atrás. Muchas gracias por tu apoyo.

DEDICATORIAS

Este trabajo y lo que el significa ha sido por ti, porque con tu fuerza, energía y amor hacen que todo sea posible en mi vida. Por ti es por quien he tomado fuerza y motivación para emprender mis deseos, por ti que me has brindado la oportunidad de amar y de desear vivir, por ti que con tu llegada la vida me ha dado todo lo que es posible desear, por ti que eres única.

Por ti que con tu sonrisa integrada has permitido que como un reflejo yo también sonría a la vida, no basta con decir que eres esa persona que me motiva, que me acompaña en cada momento aunque no estés presente, no basta porque no hay palabras para describir lo mucho que significas y significaras cada día de mi vida.

Porque la fuerza para llegar hasta aquí ha sido fuerza que emana de tu fuerza, porque con tu llegada a mi vida los logros se me hicieron sujetables...muchas gracias por esto, por creer en mí y sobre todo muchas gracias por compartir tu vida conmigo, muchas gracias te doy con todo mi corazón mi dulce niña.

Es por ti este trabajo
Minerva García De la Paz.

A mi madre ahora ausente pero siempre presente, muchas gracias por tu esfuerzo para que mi vida saliera adelante, sin duda creo ahora que fue un esfuerzo que no valore durante tu vida como ahora lo valoro. Muchas gracias por preocuparte siempre por mí, por confiar en que podía salir adelante, muchas gracias por sacrificar tu vida por mí; no sabría explicarte mi deseo tan grande porque estuvieras aquí para este momento tan importante en mi vida. Muchas gracias porque sé que en donde estés te sentirás orgullosa, muchas gracias porque con tu sencillez y amor hicieron que yo pudiera salir adelante y lograr mis metas. Eres porque así siempre vivirás en mi memoria una mujer única, buena y comprometida. No solo fuiste la mejor hija que tu mama pudiera tener...también

fuiste la mejor madre que un hijo pudiera tener. Muchas gracias por haber sacrificado tu vida por mí. Te amo y te amare siempre Marielena Barrera Sandoval.

A mis hermanos Alejandra, Roberto y Mariana que por paradójico que parezca con su ejemplo, enseñanza y admiración me han motivado para seguir adelante e intentar llegar a donde jamás pensamos llegar. Este logro no es solo mío, es de una familia que me ha acompañado y me acompañara siempre; los quiero mucho.

INDICE

Resumen.....	01
Introducción.....	02
1. Los trastornos mentales de la melancolía y la depresión en la historia.....	10
1.1 Una búsqueda en la historia.....	10
1.2 La melancolía es en los griegos.....	12
1.3 La melancolía en los estoicos [entre el desequilibrio y la razón.....	17
1.4 La acedia “aproximación o distanciamientos al trastorno”.....	18
1.5 Hacia una epistemología de la melancolía y la depresión.....	21
1.6 La concepción de la melancolía y la depresión en el siglo XX.....	39
2. La comprensión de la melancolía y la depresión en psicoanálisis.....	48
2.1 Las primeras teorizaciones [el nacimiento de los trastornos en psicoanálisis o el psicoanálisis acuña los trastornos].....	48
2.2 La concepción freudiana [Duelo y Melancolía].....	49
2.3 La metapsicología de las depresiones en M. Klein.....	66
2.3.1 La contribución de Klein al estudio de las depresiones.....	67
2.3.1.1 De la paranoia y su relación con la depresión.....	77
2.3.1.2 De la manía para Klein.....	78

2.3.1.3 Del suicidio para Klein.....	80
2.3.2 Una mirada profunda de Klein al duelo.....	81
3. Metapsicología, melancolía y depresión.....	93
3.1 Melancolía, depresión y organización pulsional.....	93
3.2 Melancolía y depresión “una explicación desde la elección narcisista de objeto”.....	99
3.3 Estructuras, melancolía y depresión.....	105
4. De la teoría a la clínica de la melancolía y la depresión.....	118
4.1 Del castigo a la comprensión de las estructuras psíquicas [historia de un relato o Job el que sufre].....	120
4.2 De la desesperación a la espera [un camino triste y eclipsado en donde el tiempo es circular...].....	125
5. Conclusiones.....	138
Lista final de referencias.....	151

RESUMEN

La depresión y la melancolía se encuentran presentes en la clínica psicológica, su incidencia va en aumento; lo inmensurable del mundo actual genera hueco y hace síntoma en los seres humanos. Hemos considerado que la comprensión subjetiva de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía es fundamental para realizar un adecuado diagnóstico diferencial. Nuestra búsqueda por comprender y diferenciar estos trastornos nos condujo por el estudio histórico, por la revisión teórica que el psicoanálisis clásico ha otorgado a estos trastornos y que consideramos constituye una de las pocas posibilidades que se tienen para la comprensión profunda de estas afecciones; llegando hasta su aplicación clínica en la psicoterapia psicoanalítica. El análisis nos mostró la necesidad del sujeto por encontrar-se y diferenciar-se de su objeto, acto que le permite acceder al vínculo con otro; vínculo que aunque dañado, permite el desarrollo de una patología neurótica como pudimos observar es la depresión y no así una patología psicótica que consideramos es la melancolía; en esta última pudimos observar se establece por una ausencia de objeto. Nuestros hallazgos nos mostraron que la capacidad de amar, de introyectar y de vincularse se constituyen como las únicas posibilidades que el sujeto tiene para salir de su estado patológico y a nosotros como clínicos nos permiten realizar el diagnóstico diferencial entre la depresión y la melancolía.

Palabras Clave: Melancolía, Depresión y Psicoanálisis

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo constituye un esfuerzo por encontrar las diferencias y similitudes entre los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía desde una perspectiva psicoanalítica. Este camino que ahora se emprende no se vislumbra como un camino sencillo pero si necesario para la comprensión clínica de ambos trastornos. Conocer si la historia, la clínica, la etiología, las manifestaciones físicas y psíquicas se diferencian o equiparan es el camino que ahora emprendo en búsqueda del sentido de ambas categorías diagnosticas a partir de su comprensión contextual, conceptual, social, subjetiva, diagnostica, de pronostico y de tratamiento.

El lector observará que durante el desarrollo del documento, en ocasiones caeremos en el uso indistinto de los conceptos de depresión y melancolía; esto no resulta meramente arbitrario, ya que durante la revisión bibliográfica es común encontrarse con esta problemática que confunde, que obliga a dejarla pasar por la comprensión unificada e indistinta que se ha hecho de estas dos categorías diagnósticas, por esta frontera difuminada e indeterminada que existe entre *la depresión y la melancolía* y de la cual nos habla Julia Kristeva en su *Sol Negro* (Kristeva, 1991). El lector quizá pueda encontrar mayor sentido a esta unificación conceptual a la cual ahora hago referencia, si recuerda cuando en su lectura se encuentra con cualquiera de estas dos entidades nosológicas --se nos presenta como encontrarnos con lo mismo--. Es difícil cognoscitivamente que nuestro recuerdo y conocimiento clínico evoque diferentes entidades diagnosticas o cuadros clínicos ante cada uno de estos padecimientos.

Como ejemplo basta recordar la cita que hace James Strachey en la introducción del texto Freudiano sobre duelo y melancolía, el cual nos dice *“En época muy temprana (probablemente en enero de 1895), Freud había enviado a Fliess un detallado intento de explicar la melancolía (termino bajo el cual Freud incluía, por*

lo común, lo que ahora suele describirse como estados de depresión) en términos puramente neurológicos” (Freud, 1917/2006 p. 239).

Podemos observar que Freud se está refiriendo concretamente a la entidad nosológica nombrándola “Melancolía” y Strachey nos explica que es a lo que ahora suele describirse como *estados de Depresión* (Freud 1917/2006). Este uso indiscriminado de ambas categorías diagnósticas es precisamente lo que nos ocupará durante el presente trabajo. Más adelante en el capítulo sobre la comprensión de la melancolía y la depresión en psicoanálisis profundizaré en este texto freudiano y trataré de revisar si Freud no deseaba transmitir con su escrito sobre la melancolía, un cuadro clínico diferente al de la depresión.

Resulta evidente e incuestionable que hablar de *Depresión y de Melancolía*, es hablar de afectos, emociones, ideas, síntomas y respuestas fisiológicas; de un estado alterado de estas y por lo tanto de enfermedad y de malestar en él sujeto y en la sociedad. Pero entonces ¿Qué diferencia ambas categorías diagnósticas? ¿Los cuadros clínicos que se nos presentan en la consulta son iguales o diferentes? O como contraparte ¿será que estamos hablando de la misma categoría diagnóstica? y entonces ¿Por qué nombrarla diferente? Y ¿Nombrarla diferente ha tenido alguna repercusión social o subjetiva?

Si podemos corroborar que tanto la Depresión como la Melancolía son categorías diagnósticas diferentes, necesariamente nos tendremos que plantear la problemática de saber clínicamente cuándo estamos en presencia de un estado Depresivo y cuándo en presencia de un estado Melancólico y con ello poder hacer un diagnóstico diferencial que permita el adecuado tratamiento de cada una de estas enfermedades afectivas. Sin embargo si entendemos y podemos comprobar que ambos estados afectivos son iguales, el problema a plantearnos sería entender porque existen dos conceptos para este estado afectivo y entender si esta bifurcación del concepto de la enfermedad tiene consecuencias clínicas, sociales y subjetivas.

Nuestro estudio está destinado a la búsqueda y reflexión de ambas categorías diagnósticas; es conveniente señalar ya de inicio, que aún y cuando es necesario y por lo tanto impensable dejar fuera algunas consideraciones y pensamientos psiquiátricos, psicoterapéuticos e históricos de índole diferente al psicoanálisis, a lo largo de este trabajo se hará un abordaje teórico desde los escritos psicoanalíticos y por lo tanto esta ventaja puede concebirse también como una limitación.

Bleichmar (2008), señala que:

Bajo la denominación de depresión se designa habitualmente tanto al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida, etcétera, como al estado afectivo de la tristeza. Se suele decir que alguien está deprimido cuando se encuentra triste, aun cuando falten todos los otros elementos mencionados (p. 11).

Mientras que desde la psiquiatría, podemos tomar la definición que nos da De la Fuente (1996):

La depresión es el término que se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañando a otros estados patológicos. Es el trastorno cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquicas, somática y conductual (p. 437).

Con respecto a la melancolía, esta se nos presenta como una concepción más añeja al cuadro clínico de la Depresión. Para su estudio y comprensión histórica

haremos nuestro recorrido tomando como referencia uno de los principales estudios históricos sobre estas dos entidades clínicas: el estudio de W. S. Jackson de 1986 en el cual como señala Seides (1989) *“No puede haber duda de que Jackson ha logrado lo que se propuso. Su trabajo exhaustivo y su amplia investigación son evidentes. Él nos ha provisto de un buen documento, de un detallado compendio de los pensamientos sobre la melancolía y la depresión incluyendo a todos los autores importantes tanto de la medicina como de la psiquiatría a través de los siglos. El libro de W. S. Jackson, podría ser utilizado como libro de consulta sobre los temas de La Melancolía y la depresión”* (p.140). Posterior al análisis histórico de las entidades clínicas, enfocaremos nuestros esfuerzos en la comprensión psicoanalítica de ambos trastornos. Revisaremos el escrito freudiano sobre Duelo y Melancolía de 1917, en el cual Freud retoma el concepto *Melancolía* de los griegos y hace todo un desarrollo del tema; también revisaremos los importantes escritos de Melanie Klein en los cuales realiza su contribución metapsicológica al estudio de la depresión. Estos documentos los revisaremos a profundidad en el capítulo sobre la comprensión de la melancolía y la depresión en psicoanálisis.

Polaino-lorente (1985), señala que de acuerdo con Sigerist en 1961, Los griegos fueron los primeros en hablar de cuadros clínicos en los cuales se hacían presentes problemas afectivos. En la historia se considera que Hipócrates fue el primero en hablar y desarrollar los conceptos de melancolía, Frenesí y Manía. Hipócrates caracterizó a la Melancolía como una aversión a la comida, como un estado de irritabilidad, enojo, agotamiento, falta o exceso de sueño; relacionó la locura con la reacción conjunta de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema.

Con Hipócrates, los griegos sujetaron de la palabra griega *Melancholia* a este padecimiento físico y muy poco se preguntaron sobre su etiología; para este tiempo la Melancolía estaba lejos de ser considerada lo que en nuestra actualidad se vislumbra como Depresión.

Es importante señalar que no encontramos en los griegos, un estudio etiológico ni de la Melancolía, ni de la Depresión. Pero sí y para fines de esta revisión del estado del arte, observamos que en un primer momento lo que se observaba en estos estados fue identificado por su reacción fisiológica “vomitar bilis negra” y esto fue descrito, entendido y clasificado con la palabra “Melancolía”.

Cuando Freud (1917/2006), teorizó sobre los estados melancólicos en su texto sobre Duelo y Melancolía mencionó:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (p. 242).

Podemos observar, que la teorización sobre ambos cuadros clínicos es bastante amplia y que su ligadura la tendremos que buscar en el tiempo, en la teorización, en la investigación y en la formulación de hipótesis. Sin embargo podemos adelantar que se trate de depresión, de melancolía o de ambas como iguales, estaremos hablando de una o dos categorías diagnosticas que por igual evocan un malestar en el sujeto, un malestar que se inscribe en las áreas de su desarrollo social y subjetivo.

Otra definición que se ha dado a la Depresión desde la psiquiatría es la de Calivillo (2003) quien señala: *“La palabra depresión incluye todos los estados de tristeza patológica que antes recibían la denominación de melancolía, y en su camino ha ido abarcando todos los estados de tristeza, desde los neuróticos sin causa aparente hasta los relativos a una pérdida”* (p. 23).

Al igual que para Strachey, en la definición de Calivillo podemos observar que la melancolía está incluida y es parte del cuadro clínico que hoy se conoce como Depresión. Sin embargo no encontramos en ninguno de estos dos autores una justificación que nos proporcione elementos para clarificar porque están realizando esta conjunción de ambas categorías diagnósticas; no encontramos justificación al uso de ambos conceptos en un mismo párrafo, algo que a nuestro entender lejos de despejar puede nublar más nuestra concepción sobre ambos cuadros clínicos.

Quien nos permite aproximarnos al entendimiento de la diferenciación de ambas categorías diagnósticas de *la Depresión y la Melancolía* es Julia Kristeva (1991), quien en su *Sol Negro* nos dice:

 Escribir sobre la melancolía no tendría sentido, para quienes la melancolía devasta, si lo escrito no proviene de la propia melancolía. Trato de hablarles de un abismo de tristeza, de dolor incommunicable que nos absorbe a veces, y a menudo duraderamente, hasta hacernos perder el gusto por cualquier palabra, cualquier acto, inclusive, el gusto por la vida. Esta desesperanza no es un hastío que me hace capaz de deseo y de creación, negativos cierto, pero existentes. En la depresión, si mi existencia está a punto de dar un vuelco, su sinsentido no es trágico: me parece evidente, deslumbrante, ineluctable (p. 13).

Kristeva piensa que *La depresión y La melancolía* son un conjunto que podría denominarse *melancólico-depresivo*. Lo piensa de esta forma porque argumenta que las fronteras están en realidad difuminadas e indeterminadas y es en la separación y desligue de esta amalgama conceptual y nosológica que Julia Kristeva en su *Sol negro* trabajó para poder difuminar esta frontera (1991). Al igual que Kristeva, me aventuro a trabajar en búsqueda de aquella frontera, de aquella

amalgama conceptual creada por la historia y por los teóricos, y que si bien pueda parecer ocioso o sin sentido tratar de diferenciar ambas categorías diagnósticas, hoy en un inicio me parece que el innegable incremento de estos padecimientos pueda tener su raíz en lo indeterminado, en lo confuso de los términos mismos. No puedo mentirme, quizá pueda ser que en este camino de intentar dilucidar ambos cuadros clínicos yo mismo me pierda y pido una disculpa anticipada por ello; sin embargo el saber no puede ser construido sino a partir del arrojo y la desventura.

Por otra parte y de acuerdo con De la Fuente (1996), *“La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido aun suficientemente reconocida; no obstante que es una de las condiciones que más frecuentemente se presentan en la clínica y posiblemente la fuente más importante de sufrimiento humano”* (p. 439).

En el mismo grado de preocupación por el estudio de este trastorno afectivo Klerman y Weissman (1989) comentaron que:

Se nos presenta indudable, que los trastornos afectivos son un problema grave de salud pública internacional, los cálculos del estudio de la escuela de salud pública de Harvard, patrocinado por el banco mundial, indican que para el año 2020 el trastorno depresivo mayor ocupará la segunda posición como causa de incapacidad y de costo para la sociedad, superado solo por las enfermedades cardiovasculares (p. 26).

Estos estados afligidos producen cada vez un mayor estrago social; tenemos que reconocer que la sociedad está siendo golpeada con incrementos en su tasa de suicidio, de ausencias laborales, de afectación social que perjudica. Es por ello que considero que hacer una revisión psicoanalítica de los conceptos de

Depresión y Melancolía, quizá pueda ayudar a esclarecer el padecimiento que actualmente nos aqueja en lo social y más importante aún en lo *subjetivo*.

Por esas personas que su discurso está marcado por la tristeza, por esas personas que la cama se ha vuelto su único espacio, por esas personas que la separación no deseada se ha vuelto un tormento continuo, por esas personas que no descansan en la búsqueda de un objeto perdido --aun y cuando están rodeadas de otros objetos--, por esas personas que derraman lagrimas sin entender *ya el porqué*, por esas personas que la vida --aún con sus tremendos huecos-- las espera, por esas personas que sufren y están más cerca de lo que creemos, por esas personas que su lamento es silencioso, por esas personas que amo. Por ellas me aventuro esperando poder legitimar un término conceptual que las legitime a ellas. Por ellas intentaré dar un nombre y por lo tanto un espacio y un lugar a la categoría diagnóstica que las nombre; porque es solo a partir del conocimiento de lo que se es, como se puede llegar a ser y por lo tanto también a No-ser.

1. LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA MELANCOLÍA Y LA DEPRESIÓN EN LA HISTORIA

1.1 Una búsqueda en la historia

De inicio me parece válido cuestionarme sobre la dependencia e independencia de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía. Pues como veremos en esta búsqueda histórica, ambas categorías diagnósticas aparecieron en el tiempo con el fin de clasificar una serie de desórdenes afectivos y, aunque en un inicio la depresión aparece como síntoma de la melancolía, pronto adquirió independencia y cada vez más por su recurrencia apareció como cuadro clínico independiente y correlativo a la melancolía.

Del Valle (2010) señala que:

A lo largo de la historia, el interés por la melancolía y su estudio ha ido mucho más allá de la estrecha acepción nosológica a la que solemos confinarla. Se le ha asociado con estados de ánimo, enfermedad y locura por un lado; con genialidad, romanticismo, misticismo, erotismo y creatividad por otro. Si bien ha sido motivo de interés para médicos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, de la misma manera lo ha sido para artistas plásticos, poetas, místicos, astrólogos, alquimistas, religiosos, historiadores y filósofos. Esta diversidad es reflejo de su naturaleza polisémica, razón por la que las aportaciones para su estudio provienen de fuentes muy diversas que podrían distribuirse de manera arbitraria en tres diferentes tesis: *mitológica, médica y filosófico religiosa*, además de su relación con el amor y la idealidad, tanto en la historia como en la literatura (p. 29).

Durante este camino que ahora emprendo, intentaré recorrer y comprender desde su aparición como entidad clasificatoria de enfermedad en la Grecia antigua, el estado de jovialidad que en ocasiones se observa que la acompaña, su concepción a partir de la teoría de los cuatro humores corporales que durante más de 2000 años estuvo presente en el pensamiento de los estudiosos; pasaremos por entenderla como punto de desequilibrio en aquel cuerpo que la presenta hasta su instalación popular para designar-se y nombrar-se como un tipo de personalidad particular. Así el tiempo y la historia nos permitirán ubicar y conocer cómo se ha presentado la evolución de este padecimiento que sin duda ha acompañado a los hombres durante toda su historia.

El estudio y ubicación de la entidad nosológica de la melancolía y de la depresión es muy amplia y aunque el tema exige una revisión que por lo menos refiera a todos aquellos grandes pensadores que han sido parte del saber sobre este padecimiento, esta tarea resulta impensable e imposible por la atracción misma del concepto y quizá por su identificación con ella.

Jackson (1989) menciona que las descripciones clínicas de la melancolía en el correr de los siglos están dirigidas a la comprensión de rasgos principalmente de miedo y tristeza. Señala que estos estados emocionales o pasiones o perturbaciones del ánimo o del espíritu, fueron denominados en tiempos anteriores y a través de la historia como síntomas de una enfermedad llamada "Melancolía".

Las emociones y los humores parecen inherentes a la raza humana; se puede pensar que las experiencias de estar deprimido o melancólico es tan humano en tanto muestran un estado emocional; no es sino a partir del desorden y el desequilibrio que se hace necesario la comprensión de estos estados; sin embargo vale la pena de entrada comenzar a cuestionarse si no será que igualmente el desorden afectivo es inherente a la raza humana.

1.2 La Melancolía es en los griegos

De acuerdo con Jackson (1989), es imposible determinar a aquel que fue el primero en emplear el término *melancolía*; sin embargo los registros muestran que si de alguien se tiene que hablar es de Hipócrates. Este filósofo griego es quizá el primero en emplear el término *Melancholia* que deriva del griego “*Melaina*” que significa negro y “*Chole*” que significa Bilis y que fue traducido al latín como *Atra Bilis* y a las lenguas vernáculas como *Bilis negra*. Al parecer, este término era con el que se identificaba a aquellas personas que se decía enfermaban de *Bilis Negra* y que se podía observar que su estado emocional era irritable, ansioso y triste; también se observaba que estos paciente presentaban evacuaciones gástricas de color oscuro. Hipócrates dijo: Si el miedo y la tristeza duran mucho es melancolía, sí duran poco es depresión.

Así mismo Jackson (1989), determina que: “*El término Melancholia alcanzó una gran popularidad entre los habitantes de la Grecia antigua; pronto el término adquirió un uso popular para nombrar a aquellas personas que denotaban una conducta loca o nerviosa*” es decir se popularizó el término (p. 27).

Otro griego importante en los inicios de la descripción del cuadro clínico de la *Melancholia* fue Soranos de Ephus quien señaló como síntomas principales la tristeza, el deseo de morir, la suspicacia acentuada, una tendencia al llanto, irritabilidad y *muy importante*: “en ocasiones jovialidad” <<este aspecto es quizás el que después fue tomado por los pensadores del siglo XVII para pensar la manía en relación con la melancolía>>.

Los mayores representantes de la cultura Griega antigua (Hipócrates, Platón, Aristóteles, Galeno) hicieron grandes aportaciones al estudio de la *Melancholia*. Hipócrates en su *De la naturaleza del hombre* describe la teoría que habría de conocerse con el nombre de teoría humoral o teoría de los humores en la cual une los cuatro humores corporales –sangre, bilis amarilla, flema y bilis negra- para

explicar las enfermedades. Esta teoría fue de gran importancia y tuvo un impacto entre los pensadores durante varios cientos de años.

Jackson (1989) señala que:

Si bien la bilis negra aparentemente no se estableció como uno de los cuatro humores naturales hasta su aparición como tal en *De la naturaleza del hombre*; si era considerada como una degeneración nociva de la bilis amarilla. Con el nacimiento dado a este cuarto humor, *la bilis negra parece haber pasado de su categoría de producto tóxico a la de otro de los ingredientes naturales básicos del cuerpo* (p. 18).

En Jackson (1989) podemos encontrar y pensar que esta *Bilis Negra* hace aproximadamente dos mil años era el principal elemento de la patogénesis de la melancolía; pues esta idea Hipocrática de los humores corporales prefiguraba que la salud estaba dada en términos de equilibrio y la enfermedad como ruptura de este equilibrio; he ahí que en la Grecia antigua la llamada *Melancholia* estaba atada a un desequilibrio en el organismo del sujeto que la padecía, siendo prominente el humor de la *Bilis Negra*. Hipócrates describió el cuadro clínico de la melancolía, refiriéndose a la aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad. Afirmaba que el miedo y la tristeza en una depresión que se prolonga supone melancolía.

Posteriormente y a través de Galeno, se observa que a cada uno de los humores corporales se les asocia con una determinada estación del año. Al humor de la bilis negra se le relaciona con la estación de *otoño*; y sus cualidades asignadas eran el *frio* y *lo seco*. Así se mantuvo por más de dos mil años, asociada a una temporada concebida como triste, sin esperanza, y que puede ser observada como desfallecimiento de la naturaleza.

Para Platón, el exceso de dolor o de placer equivalía a una enfermedad del alma en el sentido en que un gran dolor o una gran alegría hacen que disminuya la capacidad de razonamiento. La alegría y la esperanza estaban catalogadas como *especies de placer*, y la pesadumbre y el miedo como *especies del dolor*; este esquema sugiere la cuádruple clasificación de las pasiones que había de surgir posteriormente.

Jackson señala (1989) que:

Es de especial interés observar que Platón veía <<la intemperancia de la pasión amorosa>> como <<una enfermedad del alma>> y creía que el amor era una de las cuatro formas principales de locura, así que encontramos intermitentemente la locura de amor o la melancolía amorosa entre las categorías o formas de la melancolía en Grecia. Al planteamiento de Platón, Aristóteles agregó que esas pasiones sentidas por todo ser humano, debían ser sometidas al control de la consciencia (p. 26).

Otro de los griegos importantes en el inicio del estudio de este padecimiento fue Epicuro a quien también se le asocia con las teorías del placer y la pasión. Este griego al igual que muchos otros pensaba que la enfermedad se trataba de un desequilibrio, pensaba que la ausencia de dolor corporal y de aflicción espiritual era un estado de salud; pensaba que los hombres debían estar libres de dolor, de deseo desenfrenado y, de afectos que perturban el alma. Epicuro concebía *La imperturbabilidad* como “El Bien Supremo”.

Galeno es sin duda uno de los grandes pensadores de Grecia; él pensaba que la melancolía abarcaba un grupo de enfermedades que eran conocidas y agrupadas bajo ese nombre. Galeno sugiere que la descripción hipocrática es acertada, que

los síntomas esenciales se contenían en la afirmación de que el miedo o el humor depresivo cuando duran mucho tiempo convierten a los pacientes en melancólicos. Jackson (1989) señala: *“Galeno pensaba que aunque cada paciente melancólico actúa bastante diferente que los demás, todos ellos muestran miedo o desesperación. Creen que la vida es mala y odian a los demás, aunque no todos quieren morir. Para algunos el miedo a la muerte es la preocupación fundamental durante la melancolía, otros bastante extrañamente, temerán a la muerte a la vez que la desean”* (p. 48).

Galeno extendió la teoría de los cuatro humores corporales que propuso Hipócrates; agrupó y asoció las cualidades con que ya se observaba la medicina (frio, calor, húmedo y seco) a los humores <<sangre con el calor y con lo húmedo, la bilis amarilla con el calor y lo seco, la bilis negra con lo frío y lo seco y la flema con el frío y lo húmedo>>. De acuerdo con Jackson (1989), Galeno consideró que estas asociaciones tenían una forma normal y otra anormal. En su estado de equilibrio, las cantidades normales eran útiles y necesarias para el buen funcionamiento del cuerpo; pero en las cantidades anormales el desequilibrio produciría enfermedad.

Jackson (1989), indica que:

De la teoría humoral, Galeno deriva su propia teoría sobre los “temperamentos” y sus nueve tipos diferentes. El temperamento ideal era el equilibrio entre las cuatro cualidades (caliente, frío, seco, húmedo). Había cuatro temperamentos más en los que dominaba una de las cuatro cualidades y otras cuatro derivadas del sistema de la teoría humoral; estos cuatro habían de ser conocidos como sanguíneo, colérico, melancólico y flemático. El término

Galénico de temperamento pronto pasó a referirse a las tendencias psicológicas.

Galeno pensó que había tres tipos de melancolía, siendo la bilis negra en todas ellas el factor etiológico esencial y que esta afecta a la sustancia del cerebro. Uno de estos tipos es una enfermedad principalmente cerebral, con solo un exceso local de bilis negra. En los otros dos tipos el cerebro solo es afectado secundariamente (p. 49).

De lo anterior Galeno desprende su pensamiento sobre la existencia de casos en que toda la sangre se veía afectada; pensaba que en esos casos había que continuar utilizando el conocido tratamiento de las sangrías; pero que había que examinar en todos los casos la primera sangre extraída para observar si tenía un aspecto irregular y contaminado; y que en caso de ser positivo se debía continuar con ese tratamiento. Sin embargo Galeno observó que también había ocasiones en que la afección solo era a nivel del cerebro y pensó que en esos casos las sangrías eran innecesarias y que en este tipo de casos, como en aquellos en que no se soportaban las sangrías, se recomendara baños de agua caliente con regular frecuencia, una dieta fluida y bien equilibrada y dejar de lado otros remedios. Sin embargo jamás dejó de considerar que si la enfermedad ha caído en un estado crónico, deben siempre usarse métodos más fuertes.

En la Grecia antigua, más de un filósofo pensó que el bien anhelado era la búsqueda de la paz interior y veían las pasiones como un desorden en el alma; este desorden era producto de una falta de equilibrio y una ausencia de razón y de conciencia contrarias a la naturaleza. Así se concebían las enfermedades y entre ellas a la *Melancolía*.

La teoría de los cuatro humores corporales fue sumamente extendida y estudiada; sin lugar a dudas debemos reconocer que esta teoría permitió conocer y explicar las diferentes enfermedades <entre ellas la melancolía> durante más de 2000 años, e incluso trascendiendo los años anteriores y posteriores a nuestra época y así hasta el siglo XVII en que las ciencias sustituyeron al pensamiento griego y la explicación trascendió hacia la medicina científica y psiquiátrica.

1.3 La melancolía en los estoicos [entre el desequilibrio y la razón]

La tradición estoica o estoicismo fue fundada por Zenón de Citio en los 300s a.C. este movimiento, que fue acompañado por una descomposición social en el periodo greco-romano, es catalogado como un periodo de nacimiento y auge del cristianismo. Durante el estoicismo algunos estados emocionales como la tristeza, el dolor, la pesadumbre, etc. fueron concebidos como pasiones básicas. Es posible observar que ya no estamos hablando de los griegos y su concepción de equilibrio; ahora las pasiones son y forman parte de lo humano y no así de un estado de desequilibrio y de presencia de enfermedad. Jackson (1989), señala que: *“Importante fue el periodo estoico en el estudio y concepción de la melancolía, el estoicismo colaboró al naciente reconocimiento de la antítesis fundamental entre la exaltación y la melancolía”* (p. 27).

Considero que esto es necesario e importante para el nacimiento de una nueva doctrina como lo fue el cristianismo; pues es necesario pensar que para establecer un modelo cristiano de pasión, es necesario que esto no sea visualizado como un desequilibrio o desorden provocador de enfermedad, sino como una exaltación y por lo tanto algo del orden de la razón. *“La tristeza ha sido comúnmente un síntoma fundamental de la melancolía, fue frecuentemente una de las pasiones básicas de varias teorías de las pasiones y la tristeza y el dolor fueron durante mucho tiempo uno de los pecados cardinales de la iglesia cristiana”* (Jackson, 1989 p. 26).

Jackson (1989), menciona que los estoicos antiguos dividieron la filosofía en tres partes:

- a) La lógica “teoría del conocimiento y de la ciencia”.
- b) La física “ciencia sobre el mundo y sobre las cosas”.
- c) La ética “ciencia de la conducta”.

Todas ellas se refieren a aspectos de una misma realidad: el universo en su conjunto y el conocimiento sobre él. Este puede ser explicado y comprendido globalmente porque es una estructura organizada racionalmente de la que el hombre mismo es parte integrante, siendo la faceta más importante la ética.

Al hacer el mundo tan real y tangible, los estoicos le dieron la posibilidad y necesidad de creer en algo superior a esta realidad. ¡Es en este mundo! que a partir del registro de los estoicos parece todo tan palpable y sujeto a una organización racional, que permite la posibilidad de tener algo no propiamente racional. El hombre es parte integrante pero no un todo; el todo se mira como algo divino, en un orden superior inalcanzable desde la lógica y el razonamiento pero si alcanzable desde la fe.

1.4 La acedia “aproximación o distanciamientos al trastorno”

Jackson (1989) señala que:

Para finales del siglo IV a.C. la iglesia cristiana había dado en utilizar el término *acedia* para designar toda una constelación de sentimientos y conductas consideradas como poco habituales, no deseables, e indicativas de una *necesidad de atención* para remediarlas. Algunos autores modernos han

interpretado el término como poco más de lo que hoy llamaríamos *estado depresivo* o como *sinónimo de la melancolía en su época*. Otros lo han visto como un término que tan sólo indica pereza y negligencia. Tanto una interpretación como la otra son simplificaciones. Este estado no implica sólo aflicción y tristeza, aunque desde un principio estuviera asociado a la tristitia (aflicción, tristeza, pesar), y la relación continuará a través de los tiempos; en los tratados sobre la acedia se encuentran frecuentes referencias a la *desperatio* (desesperación), y a finales de la edad media intermitentemente se le asocia con la *Melancholia* (p. 68).

Se puede observar que algunos estados afectivos asociados en los primeros tiempos a la melancolía, eran durante la edad media y épocas posteriores tomados y referidos a partir de una falta a las normas divinas "*Pecado de Negligencia o de 'Pereza'*". La acedia era un agrupador de actitudes y conductas no aceptadas <<inactividad, pereza, despreocupación, negligencia>>. Esto nos permite comprender que los síntomas que en un principio fueron concebidos por los griegos como naturales para la comprensión de la melancolía, pronto tomaron tintes de una afección espiritual o del espíritu.

En los escritos de la edad media y de mucho tiempo después, La *acedia* aparece como explicativa de un sentido de dejadez, fatiga, agotamiento, apatía, angustia, desesperación, tristeza, abatimiento y pereza o negligencia. Estos fenómenos podían ser observados en aquellas personas que se consideraba eran atacados con una excesiva intención por los asuntos terrenales. Eran considerados personas que el mundo los desbordaba, los abatía y por lo tanto vivían en pecado.

De acuerdo con Jackson (1989), para estos tiempos, el padre Casiano dejó establecido que los pecados capitales se trataban de un estado conflictivo en el

contexto del sistema de pensamiento del cristianismo y sus ocho pecados capitales. Durante muchos siglos, estos –siete u ocho- constituyeron el marco de referencia básico de la historia de la *acedia*. Casiano había reconocido ocho vicios capitales –gula, lujuria, avaricia, ira, *tristitia*, *acedia*, vanagloria y orgullo-. Sin embargo se debe a Gregorio Magno (540-604) quien alteró la composición de esta lista y redujo el número de vicios a siete –vanagloria, ira, envidia, *tristitia*, avaricia, gula y lujuria-.

La edad media se distinguió por dos aspectos centrales en la concepción de la tristeza; por un lado, una buena parte del conjunto de síntomas asociados a la melancolía se agruparon para describir el *pecado de acedia* o también conocido como *Pecado de Pereza*; pronto este término adquirió cierta vida propia en los escritos religiosos y seculares del medievo y de años posteriores. La segunda concepción se dirigió directamente al estado afectivo de la melancolía concebida por los médicos de este periodo; estos retomaron el término y describieron la sintomatología considerando que se presenta un terrible miedo a lo desconocido, que se pueden observar claramente *remordimientos religiosos excesivos* y ansiedad; mencionaban que la llamada bilis en cantidad excesiva era causante de la melancolía.

Es con el establecimiento de la doctrina cristiana que las enfermedades mentales <<*llamadas del Alma por los griegos*>> se inundan de una extraordinaria tristeza, una melancolía predominante se percibe entre la enfermedad mental, la debilidad del corazón, de los sentimientos y de las emociones que son a partir de su falta de presión “*de-presión*” un significante de la falta de espíritu, un significante que nombra el ánimo triste y el decadente abandono de la fe. La Pasión es igual a amor y no así correspondiente a un desequilibrio (*ver capítulo 4 la historia de Job*).

1.5 Hacia una epistemología de la melancolía y la depresión

Varios son los periodos de la historia que han participado y aportado a favor de esta búsqueda; quizá el primero de ellos pueda ser considerado el renacimiento <<desde finales de la edad media y hasta el nacimiento de la Europa moderna>>, siguiendo sucesivamente por la ilustración, el siglo de las luces, los siglos XVII Y XVIII en donde como señala Seides (1989) *“El tema de la pérdida era frecuente, a menudo en relación con el alma de la víctima que podía ser abandonado por Dios”* (p. 138), el siglo XIX llamado por muchos como el siglo de la psiquiatría y el cual tiene gran importancia en el estudio de las enfermedades mentales, el siglo XX marcado por el nacimiento del psicoanálisis y así cada uno de los periodos de la historia en que el hombre ha buscado el conocimiento.

La transición de la edad media al renacimiento es una época confusa, los límites históricos no están bien trazados y es difícil ubicarle dentro de una línea del tiempo respectiva. Sin embargo durante este periodo y quizás por la rigidez del mismo, no se presentaron cambios sustanciales o fundamentales en las descripciones clínicas y tratamiento de la melancolía.

Uno de los principales pensadores de este periodo fue el alquimista y médico suizo *Paracelso*, quien considero que la melancolía era una de las cuatro clases de locura; describía que aquellos que la padecen pierden la razón y enloquecen.

Jackson (1989) señala que:

Paracelso habla también de los cuatro temperamentos tradicionales – colérico, sanguíneo, melancólico y flemático- y los asocia con cuatro gustos básicos –amargo, salado, agrio y dulce, respectivamente-. Rechaza la teoría humoral y asocia el temperamento melancólico con lo ácido y lo agrio, <<la

acritud hace al melancólico>>, pero mantiene la tradicional asociación de la naturaleza melancólica con las cualidades de <<frialdad y sequedad>> que relaciona con lo agrio (p. 81).

Otro médico recordado por sus ideas útiles y de fácil acceso es André du Laurens quien en su *Discurso de las enfermedades melancólicas* define la melancolía en términos de “Un Delirio”; menciona que la melancolía puede observarse como una chochez sin fiebre (*término conocido para nombrar a aquellas personas cuyas facultades mentales como la imaginación o la razón se pervierten*), la cual habitualmente se nos presenta acompañada de miedo o tristeza sin que al parecer exista una razón que la justifique. Observó que la melancolía es una enfermedad que frecuentemente se presenta perturbando al sujeto y su mente. Este médico francés consideró que el frenesí, la locura y la melancolía eran las tres principales manifestaciones de la locura.

Jackson (1989), indica que en sus escritos sobre melancolía Du Laurens en 1594, realiza una descripción clínica de la melancolía y dice:

El melancólico propiamente dicho esta siempre descorazonado, siempre temeroso y temblando, hasta el punto de que tiene miedo de todo, y se aterroriza de sí mismo, como el animal que se ve en un espejo; quiere salir corriendo y no puede, suspira continuamente, atormentado y con una inseparable tristeza, que numerosas veces se torna desesperación; está siempre inquieto tanto de cuerpo como de espíritu, es presa de desvelo, que lo consume por un lado, y del sueño, que lo atormenta por el otro, porque si pensara en dar tregua a sus pasiones y tomarse un descanso, tan pronto como cerrara los párpados se vería asaltado por miles de vanas visiones y monstruos

espantosos, con invenciones fantásticas y sueños horribles; querría llamar a cualquiera para que lo auxiliara, pero se le corta el habla antes de terminar de decir lo que quería, y lo que dice le sale de manera rápida y entrecortada, no puede vivir con compañía. En conclusión, se convierte en una criatura salvaje, que busca los lugares sombríos, sospechoso, solitario, enemigo del sol, alguien a quien nada place, sólo el descontento, que se forja miles de ideas falsas y vanas (p. 87).

Du Laurens retoma la bilis negra descrita por los griegos para indicar ya en el Renacimiento, que como resultante del humor melancólico frío y seco deviene una destemplanza fría y seca del cerebro. Este enfriamiento, indica Du Laurens, afecta al corazón y ocasiona que el paciente se haga por un lado temeroso pero por otro ande triste por la vida. Otro médico que durante el Renacimiento realizó importantes aportaciones al estudio de la melancolía fue el suizo Feliz Platter; quien al igual que Du Laurens y que muchos pensadores desde los griegos hasta el Renacimiento opinaba que la melancolía era llamada así por la ya conocida *Bilis Negra*.

Jackson (1989), indica que Platter en 1614 realizó una descripción sobre la melancolía que decía:

Es un tipo de alienación mental en la que la imaginación y el juicio se pervierten de tal manera que sin causa alguna sus víctimas se ponen tristes y llenas de miedo. Me han confesado *decía Platter* entre muchas lágrimas y sollozos, con toda la angustia en el corazón y temblando todo el cuerpo, que, cuando les da esto, se ven conducidos a blasfemar y cometer cosas horribles, a cometer actos violentos contra sus propias personas, matar a sus maridos o a

sus esposas, o a sus hijos, o a sus vecinos, o a sus gobernantes, no por motivos de celos, y no por envidia hacia ellos, que por el contrario aman tiernamente, sino por una compulsión involuntaria (p. 96).

Otro periodo que marca una distinción en el estudio de la melancolía es el periodo Isabelino (1550-1610), durante este periodo la melancolía ya representaba una amplia gama de fenómenos mentales; sin embargo son dos conceptos los que imprimen una preponderancia al pensamiento de la melancolía durante este periodo.

El primero sugiere que la melancolía es una anormalidad mental degradante asociada con el miedo y con la tristeza que se puede presentar por un estado mórbido de abatimiento mental, un alargamiento embrutecido o una locura acompañada de ideas obsesivas de tristeza y de temor que puede percibirse en algunos casos incluso como ridículas. Esta concepción se puede observar sobre todo en los dramaturgos que en sus creaciones aparece la representación de la tristeza como base de su literatura.

El segundo pensamiento que se tenía con respecto a la melancolía es que esta era concebida como una *forma de ser*; forma que da agudeza, que da capacidad intelectual, que da capacidad artística, *forma de inspiración divina*, forma que nombra, que enaltece, que separa, que registra y que da identidad.

Fue en el siglo XVI y XVII que la melancolía se hizo una moda; esto ocurrió en diferentes países con gran tradición artística; por ejemplo entre los intelectuales ingleses, franceses e italianos quienes atribuían su estado melancólico a sus ambiciones artísticas no alcanzadas. Otra causante de este estado afectivo era la idea de que la labor intelectual generaba melancolía. Sin embargo la principal razón por la que se piensa que el término se hizo popular {sino es que ya lo era desde la Grecia antigua como pudimos verlo} es por la idea de que la melancolía

es un estado atributo de las mentes superiores, de los grandes artistas y de los genios. Jackson (1989), concuerda con Richard Napier en 1629 en que tanto en aquel momento como hoy, la propiedad social del uso del término *Melancholia* era un diagnóstico para determinadas clases y, además, <<la gente de rango e instrucción frecuentemente se califican como melancólicas en vez de decir sencillamente que están tristes, turbadas o con miedo>>.

Fue durante los siglos XVII y propiamente en el siglo XVIII que la teoría humoral pierde su lugar; fueron las ideas químicas del médico inglés Thomas Willis las que permean y establecen un nuevo modo de formular las ideas sobre la etiología y la patogenia en las enfermedades. Sin embargo aunque fueron estas ideas las propulsoras del cambio para concebir la melancolía, pronto se realizó un viraje hacia explicaciones mecanicistas.

Jackson (1989) señala que las grandes influencias de los mecanicistas con respecto a la melancolía fueron de:

Archibald Pitcairn (1652-1713) desde una influencia mecanicista describió a la melancolía en los términos que ya nos son familiares como un delirio (pensamiento desordenado) sin fiebre y acompañado de miedo y tristeza, e introduce su idea mecanicista indicando que la enfermedad procede de un <<defecto>> de las <<mociones vividas>> normales.

Friedrich Hoffmann (1660-1742) quien define que el delirio se manifiesta en los pacientes que padecen melancolía como <<*perversión de la razón en pensamiento y palabra*>> comentando además que los delirios son los sueños de quien está despierto. Incluyó además como síntomas de la melancolía: la ansiedad mental, los pensamientos fijos en una cosa

determinada y el sueño escaso e intranquilo. Agrega al igual que han hecho otros ya, que la manía puede convertirse fácilmente en melancolía y viceversa (p. 114).

Posterior a estos tiempos y para poder pensar la melancolía en el siglo XIX, es importante pensar en Philippe Pinel, médico francés dedicado al estudio de las enfermedades mentales.

Jackson (1989) señala que:

Philippe Pinel presenta en 1801 un esquema muy simplificado de los desórdenes mentales formado por *manía, Melancholia, dementia e idiotism*. Consideró que la melancolía se trataba de una enajenación parcial, afirma que <<los síntomas comprendidos generalmente por el término melancolía son: taciturnidad, aire pensativo, sospechas lúgubres y amor a la soledad. Para Pinel no hay forma sistemática de explicar cómo aparecen los síntomas de la melancolía; como él dice: *mi experiencia me autoriza a afirmar que no hay ninguna conexión necesaria entre el carácter específico de la locura y la naturaleza de su causa excitante*. Por el contrario, creía que los casos de locura eran salidas individuales únicas (p. 142).

Pinel formuló una serie de ideas novedosas con respecto a los pacientes que enfermaban de melancolía, mencionó que el tratamiento usual --sangrías, baños con agua fría o caliente y una dieta pobre-- no eran el método adecuado para sanar esta enfermedad. Pinel defendió un programa de tratamiento moral, en el cual sobresalía la idea de agitar con fuerza el sistema perceptual a fin de

interrumpir la cadena de ideas lúgubres que aquejan a estos pacientes. Consideró que debía llevarse a cabo un método con el cual estos pacientes se interesarán en el mundo exterior a partir de impresiones fuertes y continuas de sus sentidos.

Jackson (1989), señala que uno de los opositores de las ideas de Pinel es el Médico Estadounidense Benjamín Rush; Jackson señala:

Es Benjamín Rush padre de la psiquiatría Americana quien no coincide para esta época con Pinel. Rush argumenta que la melancolía cuando sólo se relaciona con personas, asuntos o condiciones del paciente, y va acompañado de angustia, se ha llamado hipocondría. Cuando se ha ampliado a objetos exteriores al paciente, y va acompañado de placer, o ausencia de angustia, se ha llamado melancolía. No son sino diversos grados de la misma acción morbosa del cerebro, y en ocasiones mezclan sus síntomas unos con otros (p.143).

Parece Notable que tanto en Europa como en América, las teorías de este tiempo <finales de los 1700 principios de los 1800> calificaban a la melancolía como una forma de delirio *parcial, establecido de manera crónica y nunca acompañado de fiebre.*

Un seguidor de las ideas de Philippe Pinel es Dominique Esquirol quien fuera su alumno en el famoso Hospital de la Salpetriere. Esquirol fue un psiquiatra francés que contribuyó con importantes ideas al estudio de la melancolía en el siglo XIX; desarrolló una detallada tabla de causas de la melancolía y fue el primero en hablar de una predisposición hereditaria como causante de la enfermedad. Esquirol reconoció diversas causas del padecimiento, entre ellas mencionó los

problemas familiares, los reveses de la fortuna, la miseria, la desilusión amorosa y algunos periodos críticos de la vida como son: partos, menopausia, libertinaje, etc. Para Esquirol la cura del padecimiento de la melancolía no podía ser encontrada en las medicinas; Esquirol consideró que la medicina moral que busca en el corazón las causas del mal, que simpatiza, que siente, que consuela y que comparte con el desafortunado sus sufrimientos y que revive la esperanza en su pecho es preferiblemente la cura más adecuada.

Otro momento importante en la historia del hombre y su búsqueda de conocimiento es el que comprende la ilustración; varios fueron los filósofos que estudiaron la melancolía durante este periodo y uno de los más importantes en la historia es sin duda Immanuel Kant, filósofo y pensador alemán cuyas ideas han influido en la era moderna.

Bartra (2004), señala que Kant al igual que como se pensaba en el siglo XVI y XVII, consideró a partir del famoso mito del “hombre de las cabras” que la melancolía confluye con el genio y con la capacidad de prever el futuro. Bartra menciona que el famoso mito le permitió a Kant publicar su ensayo “Sobre las enfermedades de la cabeza”; en el cual se puede observar que Kant piensa a la melancolía como un mal de la sociedad. De hecho consideraba que todos los males de la cabeza tienen su origen en la sociedad.

Bartra (2004), señala que:

Kant pensaba que el hombre en estado de naturaleza pocas veces puede volverse loco y difícilmente puede caer en la bufonería y sostuvo que los hombres naturales están demasiado ocupados en las tareas básicas de sobrevivencia como para fantasear o delirar. El cerebro de los salvajes no genera aberraciones y fantasmagorías (p. 24).

Bartra (2004), menciona que Kant toma como punto de partida para investigar las enfermedades mentales las llamadas pulsiones de la naturaleza humana, pulsiones que son básicamente fuerzas motrices de la voluntad y que sobrepasan en potencia al entendimiento del ser humano. Kant sostuvo que cuando estas pulsiones o fuerzas motrices de la voluntad adquieren una gran fuerza se convierten en pasiones y, que son estas pasiones las que sin duda afectan la razón. Cuando Kant aborda las formas más graves de enfermedad mental es ahí en donde introduce sus estudios sobre la melancolía; mencionando que este padecimiento se muestra como una forma hipocondriaca y que es solo así, como puede explicarse las increíbles fantasías, alucinaciones y delirios que se apoderan de la mente de las personas que la padecen.

Kant hace una clasificación de las enfermedades de la cabeza, dividiéndolas en dos grupos:

- a) Las llamadas enfermedades de *impotencia* “idiotez”

- b) Las llamadas enfermedades de *inversión* o trastornos del espíritu, las cuales divide en tres:
 - 1) El desequilibrio <la inversión de las nociones empíricas>

 - 2) El delirio <el desorden de la facultad de juzgar las experiencias cercanas>

 - 3) La demencia <el trastorno de la razón entre los juicios más universales>

Bartra (2004), señala que:

Del desequilibrio Kant dice que se sufre generalmente de *hipocondría*, un mal que recorre en forma errática los tejidos nerviosos en diversas partes del

cuerpo y que de manera especial genera “un soplo melancólico en torno a la sede del alma”. Este desequilibrio se halla muy cerca de la vida normal: el afectado por este mal es un soñador despierto que vive en un mundo fantástico poblado de quimeras, alucinaciones y formas grotescas similares a las que todos hemos experimentado y que Kant define con el nombre de “*fantastas*”. Desde este punto de vista, el *Melancólico* es un fantasta que se concentra en las desgracias de la vida; Kant concluirá: *que al Melancólico todo le parezca tan trascendente constituye la causa de su tristeza.*

Del delirio Kant dice que el melancólico es un delirante desde el punto de vista de sus tristes y enfermizas percepciones, es un hombre triste a partir de cómo se percibe.

De la demencia lo ubica como el estado más grave pues trastorna la razón y produce juicios ilusorios y aberrantes sobre los conceptos universales.

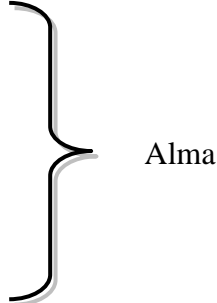
Para Kant las enfermedades de la cabeza, de los fantastas, se les debe tratar con juicios racionales, ya que no es su capacidad de entendimiento lo que se halla alterado. Para los otros dos, es mejor dejarlos tranquilos (pp. 27-29).

En el siglo XIX otro de los principales autores en el estudio de la melancolía es el físico alemán Christian Heinroth; este autor introduce temas novedosos en el estudio de la melancolía sin embargo sus aportaciones sin duda complicaran mi tarea de intentar dilucidar las entidades clínicas de la melancolía y la depresión.

Christian Heinroth (1773-1843), desarrolló un esquema nosológico novedoso pero elaborado; a través de su concepto de clase o superior que nos refiere a las perturbaciones del alma (*vesaniae*). Desarrolla una clasificación de tres niveles:

- a) Exaltaciones
- b) Depresiones
- c) Mezcla de exaltación y debilidad.

Y dentro de cada una de estas incluyó tres diferentes tipos de género o facultades:

- 1) Perturbaciones del carácter o temperamento
 - 2) Perturbaciones del espíritu
 - 3) Perturbaciones de la voluntad
- 
- Alma

C. Heinroth estableció la melancolía en el primer género *-perturbaciones del carácter o temperamento-*, mientras que incluyó en el segundo género a las Depresiones *-perturbaciones del espíritu-* dentro de las cuales se identificaron algunas características anteriormente familiarizadas con las descripciones clínicas de la melancolía. Algunos de estos estados ahora asociados con la depresión habían sido subtipos de la melancolía en anteriores sistemas nosológicos.

Jackson (1989), señala que:

La idea de *alma* para Heinroth incluía el *carácter, el espíritu y la voluntad* como facultades. La disposición era el *temperamento, el animus, o el corazón* en el sentido figurado de capacidad de deseo. Creía que esta disposición o

temperamento era el receptor de alegrías y tristezas, el «lugar» de las emociones que experimentamos.

Para Heinroth la Melancolía seguía siendo una *depresión* de la disposición, un encerrarse en sí mismo, un apartarse del mundo exterior, sin interés por nada mejor que este mundo.

Heinroth también habló de otras especies de Melancolía que se presentaban como un desorden grave de la conducta y del funcionamiento mental más extremo que juntó con las *depressiones graves*. Esta descripción de Heinroth nos hace pensar en las descripciones del siglo XX sobre la esquizofrenia y la catatonía (pp. 148-49).

Jackson (1989), señala que C. Heinroth consideró que la forma más efectiva para tratar el padecimiento de la melancolía era a través de *simpatía amistosa y persuasión*; intentando con cada aproximación encontrar el origen mismo de la enfermedad. Heinroth sugirió que la posible causa de la melancolía podría encontrarse sin duda en *las grandes pérdidas*. Sugirió que la causa de este padecimiento no era algo que se solucionaría encontrándose de una sola vez, sino que era necesario repetir una y otra vez los esfuerzos y ser persistente y si aun así el paciente no respondía, había que usar la fuerza estimulando violentamente su disposición. Heinroth sugirió que sin duda los viajes podrían funcionar como medicina universal contra la melancolía.

Durante esta revisión histórica, encontramos en C. Heinroth la primera clasificación de las entidades diagnósticas de la melancolía y la depresión como cuadros clínicos independientes en una misma tabla de clasificaciones

nosológicas. Heinroth señala a la Depresión como una perturbación del espíritu e indica que en este padecimiento se pueden catalogar algunos estados anteriormente asociados con la melancolía. Mientras que la melancolía es una perturbación del temperamento que se observa como receptor de alegrías y tristezas aludiendo que este temperamento es el lugar de todas aquellas emociones que experimentamos. Siguiendo a este autor, estamos autorizados a comprender que la melancolía era vista por él, como una enfermedad, desorden o desequilibrio del contenedor de las emociones o lo que es lo mismo, una enfermedad del temperamento; mientras que la Depresión estaba de lado de la perturbación del espíritu en tanto voluntad.

Jackson (1989) considera que posterior a Heinroth, los demás médicos, investigadores y estudiosos de los fenómenos psiquiátricos comenzaron a realizar sus investigaciones y teorías acerca de la melancolía siempre con su visión puesta en la *depresión* observada en este cuadro clínico. Como ejemplo podemos citar a diferentes autores entre ellos al neurólogo y psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868) quien introdujo el término de *estados de depresión mental* para identificar estados de profunda perversión emocional que mostraban un carácter deprimente y triste y, el cual denominó *stadium melancholicum* o estadio melancólico inicial.

Jackson (1989), señala que:

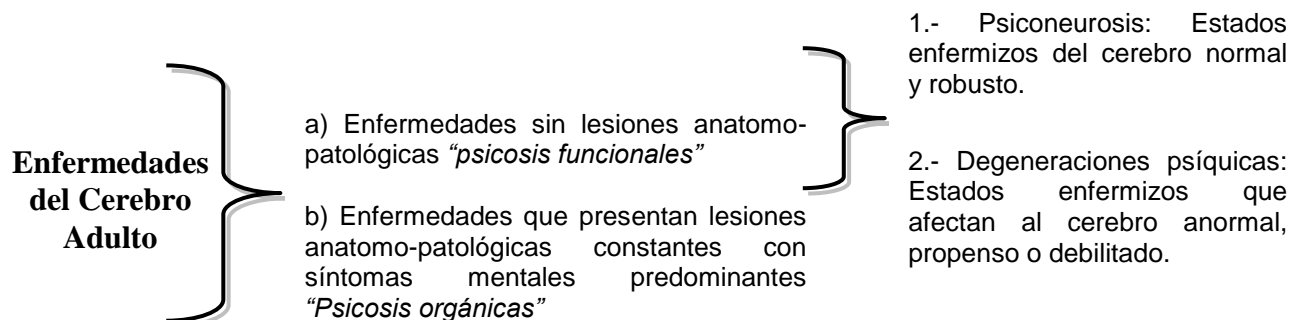
Para Griesinger la melancolía se daba en periodos de duración mayor o menor, periodos en los cuales aparecía un estado de vaga incomodidad mental y corporal que se asociaba frecuentemente a una complicación hipocondriaca o a depresión e intranquilidad. A veces aparecía junto con el temor de volverse loco y el estado de dolor mental se iba haciendo cada vez más dominante y persistente; Griesinger consideró que cada impresión mental exterior hacía

aumentar este dolor. Este es el desorden esencial de la melancolía y, en lo que concierne al paciente, el dolor mental consiste en un profundo sentimiento de *no estar bien*, de incapacidad para hacer cualquier cosa, de desaparición de la energía física, de depresión y tristeza, y de total degradación de la autoconciencia (p 154).

Otro autor que abre camino en la búsqueda de conocimiento sobre la melancolía es sin duda Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), psiquiatra alemán de extensa publicación bibliográfica y grandes aportaciones a la psiquiatría. Krafft-Ebing redactó uno de los escritos psiquiátricos con mayor divulgación científica; en su texto divide en dos categorías los desórdenes mentales:

- 1) Enfermedades mentales del cerebro adulto
- 2) Paro del desarrollo psiquiátrico

Sus estudios sobre la melancolía describen principalmente las enfermedades mentales del cerebro adulto; Krafft-Ebing (1840-1902) propone la siguiente subdivisión:



Es dentro de las psiconeurosis que Krafft-Ebing ubicó la melancolía y la manía. Con respecto a la melancolía Krafft-Ebing afirma: “*el fenómeno fundamental de la melancolía está formado por una depresión emocional penosa, que no tiene causa externa, o la tiene insuficiente, y una general inhibición de las actividades mentales que pueden quedar totalmente paralizadas*” (Jackson 1989 p. 164). A partir del aporte de Krafft-Ebing podemos pensar que la melancolía no está en lo externo y que ocasiona una inhibición total de las actividades del sujeto.

Krafft-Ebing pensó la melancolía como un estado anormal del órgano psíquico; sugirió que por un lado este estado de dolor psíquico era una manera de reaccionar de toda la conciencia ante la neuralgia psíquica, en donde la inhibición de las actividades mentales como los sentimientos, el intelecto y la voluntad podían llegar en la melancolía hasta un extremo de ser paralizadas en su totalidad. Pero también pensó en términos de un *estado deprimido* en donde sugirió que este era el estado principal de los estados de locura melancólica cuya aparición se presenta de manera espontánea e independiente; sin embargo el dolor psíquico orgánico es decir, el estado de depresión dolorida se une a otros fenómenos psicológicos.

Consideramos que Krafft-Ebing va más allá de la tristeza, la desesperanza y la neurosis al argumentar que aquel que vive en estado de depresión melancólica vive en un mundo sombrío, *cambiado*, de una tonalidad y color diferentes. Los objetos que en otras circunstancias debían producir impresiones agradables, al depresivo melancólico le aparecen como el espejo de su sentido del yo que se encuentra “*anormalmente cambiado*” y sobre todo *digno de aversión*.

Otra fuente de dolor psíquico que pensó Krafft-Ebing podía producir un estado de depresión melancólica, es el hecho de que el intelecto se halle bajo la influencia motriz de los sentimientos; es decir que la conciencia este gobernada por el sentir y de esta manera sólo pueden mantenerse en la conciencia aquellas ideas que están en armonía con el estado de las emociones. Según esta ley, el melancólico

es incapaz de retener en la conciencia nada más que imágenes e ideas tristes y deprimidas; el resultado inmediato de esto es la monotonía del pensamiento y el consiguiente hastío de la vida.

Jackson (1989), señala que:

Krafft-Ebing consideró que junto con la depresión melancólica, también se ve estorbada la actividad formal del proceso de pensamiento y por tanto se presenta una notable inhibición del aspecto psicomotor de la mente. Supuso que conforme la enfermedad progresa y aumenta la perturbación de la conciencia, el paciente tratará de explicar su depresión y, dado que lo más natural para él es buscar la causa en algo del mundo exterior o en experiencias anteriores <más que en una afección de su sistema nervioso central> finalmente encuentra falsos motivos para ella (<<Delirios>>).

Krafft-Ebing señaló que si predominan los sentimientos dolorosos, la depresión adopta rasgos *hipocondríacos* y que por tanto se debe pensar que la *depresión dolorosa anormal* es en sí sin objeto (p 165).

Jackson (1989), cita a Krafft-Ebing y nos señala que este último para definir los síntomas de su llamado *estado de depresión melancólica*, pensó en que el aparato psíquico debía mantenerse nutrido y que esta nutrición necesariamente se veía alterada ante el dolor psíquico, la tristeza y la depresión. Consideró que ante la necesidad mental de tranquilidad, el paciente se retira de la sociedad en búsqueda de una soledad que le regrese el estado perdido; evitar impresiones y actividades emocionales que lo alteren es sin duda el objetivo del paciente en este estado.

Como lo mencioné hace un par de párrafos, sin duda hoy tendríamos que entender que la propuesta de Krafft-Ebing va más allá de la neurosis psicoanalíticamente hablando. Jackson (1989), señala que Krafft-Ebing consideró como el rasgo común de los estados de *depresión melancólica* las ideas delirantes de sufrimiento y, señaló en correspondencia con la paranoia, indicando que en esta última las ideas delirantes de persecución corresponden a las ideas delirantes de tristeza del estado depresivo melancólico. Krafft-Ebing señaló que estas ideas delirantes se deben y deben estar referidas a la culpa personal.

Es para pensar, que Krafft-Ebing se está refiriendo a un cambio subjetivo a partir de las ideas delirantes surgidas durante *el estado depresivo melancólico* similares al de la paranoia. Este cambio aunque sin duda debe de ser bien estudiado, nos hace pensar en su cercanía con la psicosis *<en su grado más severo>*. Krafft-Ebing denomina a la forma más leve de este padecimiento *Melancolía sin delirio*, seguida por la *Melancolía con angustia precordial* en la cual todavía no se presentan ideas delirantes; hasta el nivel más severo el cual nombró *Melancolía con ideas delirantes y errores de los sentidos*; es aquí en donde sin habérselo señalado, tendremos que pensar que Krafft-Ebing se está refiriendo a aspectos psicóticos.

Krafft-Ebing fue otro de los autores que pensaron en los estados maniacos durante la melancolía. Jackson (1989) señala:

Krafft-Ebing sugirió que el carácter fundamental de la melancolía es la ausencia de energía, la pasividad. Sin embargo, en estos casos, por lo menos episódicamente, es posible una actividad muy violenta y tormentosa, que puede llegar al grado de *furor*. Esto se explica por el hecho de que la inhibición ha sido vencida temporalmente por la emoción intensa (p. 167).

Krafft-Ebing recomendó que todo paciente que sufría de melancolía debía conservar un total descanso físico y mental, recomendó que se hacía necesario vigilar al paciente para protegerlo de sí mismo y a los otros de él; sugirió que se debía cuidar el estado general del paciente sin olvidar la cantidad de comida que ingiere y el insomnio que resulta muy agotador en este tipo de pacientes y que favorece el desarrollo de delirios y alucinaciones; también señaló que en caso de no ceder el padecimiento, se debía continuar a través de tratamientos con métodos adecuados y con el uso de remedios sintomáticos aprobados por la experiencia.

Como hemos podido observar durante esta revisión histórica, el siglo XIX fue testigo de una gran investigación acerca de la melancolía. Sin embargo también es posible observar que el uso del término *depresión* se hizo frecuente y se asoció y difuminó en sus fronteras con la *melancolía*. Ambos términos se emplearon en textos literarios, médicos y filosóficos para denotar un espíritu bajo, decaído y triste. Sin duda el empleo de los dos términos en contextos médicos fue aumentando gradualmente y aunque durante el siglo XIX no alcanzaron el estatus de categoría diagnóstica, si fue este siglo el que abrió paso a que así sucediera.

Jackson (1989) indica *“Durante la última parte del siglo XIX los usos descriptivos de depresión para indicar estados de ánimo se hicieron crecientemente comunes, pero el término diagnóstico básico seguía siendo el de melancholy o Melancholia”* (p. 172). El mismo autor señala: *“Daniel Hack Tuke en su dictionary of psychological medicine de 1892, anotaba la expresión mental depression como sinónimo de Melancholia y definía la depresión nerviosa como un término que se aplica a veces a una inclinación morbosa o melancolía de duración temporal”* (p. 174).

1.6 La concepción de la melancolía y la depresión en el siglo XX

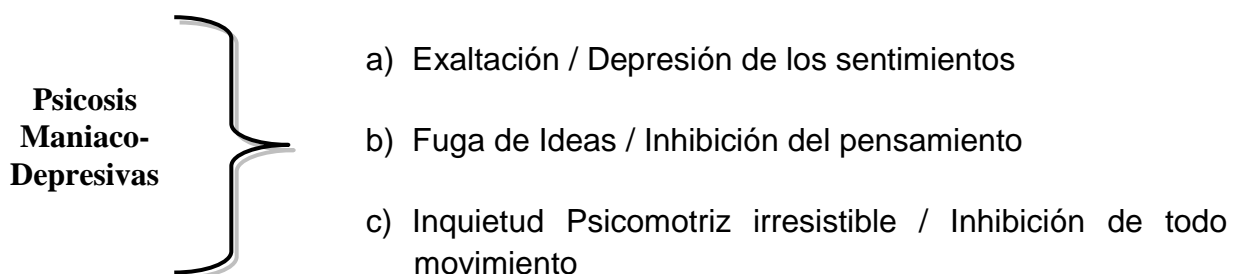
Para Jackson (1989) no hay mayor representante en el siglo XX para el estudio de fenómenos psiquiátricos que el llamado padre de la psiquiatría científica moderna, el alemán Emil Kraepelin (1856-1926), quien contrario a clasificar a los pacientes basándose en los síntomas mentales, está a favor de guiarse por el curso a largo plazo de los síntomas físicos y mentales que acompañan al padecimiento.

Kraepelin fue un estudioso de los pensamientos propuestos por Krafft-Ebing, al principio se basó en la clasificación propuesta por este último; sin embargo introduce su propio esquema nosológico. Kraepelin comenzó por agrupar las psicosis en deteriorantes y no deteriorantes. El primer grupo ocuparía el lugar de las llamadas *dementias praecox*.

Jackson (1989) señala que:

Es en la sexta edición de su *Psychiatrie* que Kraepelin sustituirá el término psicosis por el de psicosis maniaco-depresiva (grupo en el que están incluidos estados maniacos, estados depresivos y estados mixtos). Y es en esta misma edición que agrupa a la melancolía como una de las enfermedades del periodo involutivo, permaneciendo clasificada aparte como melancolía o depresión (p.178).

Con la introducción de las ideas de Kraepelin, las psicosis llamadas maniaco-depresivas consideraban un diagnóstico que comprendía una triada de pares de síntomas:



Jackson (1989) señala que:

Kraepelin consideró que las formas maniacas se caracterizan por excitación psicomotriz, fuga de ideas, gran distractibilidad, actividad desaforada, actitud emocional feliz pero inestable, ideas delirantes inestables, algunas alucinaciones, y comparativamente poco oscurecimiento de la conciencia. Mientras que las formas depresivas se caracterizan por enlentecimiento psicomotriz, ausencia de actividad espontánea, muerte de ideas, actitud emocional de aflicción, importantes delirios y alucinaciones, y en la mayor parte de los casos oscurecimiento de la conciencia.

Las formas mixtas presentan una combinación de síntomas característicos de estos dos estados (p.179).

Kraepelin confirma y sostiene la idea de Krafft-Ebing sobre los *estados depresivos melancólicos*, en los cuales aunque no planteado de esta forma, tendremos que pensar que la melancolía está del lado de las psicosis. La llamada melancolía involutiva por Kraepelin se puede corresponder a los estados depresivos melancólicos propuestos en el siglo XIX por Krafft-Ebing y ambas entidades nosológicas estar del lado de las psicosis.

Kraepelin presentó su llamada *melancolía involutiva* que abarcaba tres formas de enfermedad mental:

- a) La melancolía
- b) La Insania Delirante presenil
- c) La Demencia Senil

Para Kraepelin el diagnóstico de su llamada *melancolía involutiva* estaba limitado a determinados estados de depresión mental que justo aparecen durante el periodo llamado involutivo. Considero que habría que diferenciarlo de la melancolía descrita por otros autores que sujetan el padecimiento a cualquier tipo de depresión.

Jackson (1989), señala que:

La melancolía tal como la comprende Kraepelin se caracterizan por la depresión uniforme con miedo, variadas ideas delirantes de autoacusación, de persecución y de carácter hipocondriaco, con un moderado obnubilamiento de la conciencia y desórdenes del curso del pensamiento, que llevan en gran número de casos, tras un curso prolongado, a un moderado deterioro mental (p. 182).

Antes de continuar con la exposición de las ideas de Kraepelin y de los autores que durante este periodo estudiaron la melancolía y la depresión siempre en su relación directa con la manía, es necesario señalar que para fines de nuestro trabajo de comprender si la historia, la clínica, la etiología, las manifestaciones físicas y psíquicas se diferencian o equiparan en la melancolía y la depresión, se vuelve así la manía un término que aunque de gran importancia en el estudio de estas entidades nosológicas no estudiaré en profundidad; pues no es lo que ocupa al presente trabajo.

Kraepelin propuso que lo primero y de gran importancia en pacientes que presentaban un estado melancólico era establecer una cura a través del descanso; había que separar al paciente de aquellas personas y objetos que causaran su irritación, guardar cama con atención frecuente y constante, evitar distracciones, viajes largos, el turismo y la constante compañía. La dieta debía

estar constituida por alimentos realmente nutritivos y debía ser administrada en horarios constantes. A fin de evitar la falta de sueño, recomendó los baños constantes de agua caliente y siempre evitar los somníferos.

Jackson (1989) señala que *“Es hasta la octava edición que Kraepelin desaparece la categoría de melancolía involutiva; incluyéndola en los desórdenes maniaco-depresivos; añadiendo las entidades nosológicas de la manía, la depresión y la melancolía y señalando que pasan la una sobre la otra sin fronteras reconocibles pero incluso más aún, puede la una reemplazar a la otra dentro de un mismo caso”* (p. 183).

Otro psiquiatra del siglo XX contemporáneo a Kraepelin pero que dista sus ideas de este, es el psiquiatra estadounidense Adolfo Meyer (1866-1950). Este médico de origen suizo destacó a diferencia de Kraepelin la importancia de toda la vida de la persona para *comprender su experiencia única* con la enfermedad. Meyer consideró firmemente que los desórdenes psiquiátricos se deben a una reacción de maladaptación y que dependen de la constitución de la persona que la padece y de sus experiencias vividas para que se presenten. Jackson (1989), señala que Meyer introduce un enfoque genético-dinámico que sin duda se entreteje con el enfoque psicoanalítico.

Jackson (1989) señala que:

Meyer en 1902 observa que en su uso actual, la descripción clínica de la melancolía se aplica a todos los estados anormales dominados por la depresión, y añade: las variedades comúnmente clasificadas son la melancolía simple, la melancolía con estupor, la melancolía con delirio, la homicida, la suicida, la posparto, la aguda, la melancolía atónita crónica, etc. Es evidente que de esta manera se meten dentro de una misma etiqueta muchas

enfermedades diferentes, simplemente por estar dominadas por la depresión (p. 184).

Esta ambigüedad percibida por Meyer en la clasificación de estados dominados por la depresión, lo condujo a realizar y proponer su propia tabla diagnóstica sobre este padecimiento; Meyer propone una clasificación simple que alberga por un lado el diagnóstico de depresión constitucional y por el otro el diagnóstico de melancolía simple como él la llamó.

Sobre la *Depresión Constitucional* Meyer señala (en Jackson, 1989): Se percibe en aquellas personas que presentan un temperamento pesimista inclinado a ver el lado oscuro de todas las cosas; la tristeza y la desesperación se presentan ante la menor provocación. Los periodos de desesperación y tristeza presentan un carácter temporal, violento e injustificado que no obstante y “a diferencia del siguiente grupo, pasa bastante rápido”. Se observa que después de estos periodos sobreviene una general mejoría en el estado del paciente y que estos ataques se ven a veces acompañados de marcados sentimientos de ansiedad.

Mientras que de la *Melancolía Simple* Meyer nos dice (en Jackson, 1989): Se percibe en estos pacientes un estado de depresión excesiva y totalmente injustificada; son pacientes muy susceptibles ante el aspecto desagradable y preocupante de las cosas. La naturaleza injustificada de su estado, los conduce a pensar en lo negativo de continuar viviendo o de ser tratados con amabilidad. Este tipo de pacientes frecuentemente encuentran dificultad para dormir, sufren de dolores precordiales, inquietud, autodepreciación, incapacidad, indecisión y en ocasiones sentimientos de encontrarse viviendo en pecado.

Regularmente la *Melancolía Simple* se acompaña de una enajenación conocida como maniaco-depresiva; durante esta fase se presenta una dificultad para pensar con claridad y una retardación o inhibición de la actividad espontánea.

Jackson (1989), señala que:

En 1905, hablando < sobre la clasificación de las melancolías >, Meyer indicó que estaba deseoso de eliminar el término melancolía; que este término implicaba un conocimiento de algo que no poseemos y que había sido empleado en formas específicas y de manera diferente por diversos autores. Meyer consideró que si en lugar del término *melancolía*, aplicáramos el término *Depresión* a toda la clase, este término designaría de forma no presuntuosa lo que se entiende en el uso común del término melancolía; y nadie dudaría de que con fines médicos el término tendría que ser ampliado para denotar el tipo de depresión, pudiendo distinguir los tipos pronunciados de las depresiones simples insuficientemente diferenciadas, las depresiones maniaco-depresivas, las psicosis de ansiedad, los delirios y las alucinaciones depresivas, los episodios depresivos de *dementia praecox*, las depresiones sintomáticas e incluso puede presentarse un tipo de depresiones no diferenciadas (p. 186).

Como es posible observar aunque no esté así pronunciado, Meyer plantea la posibilidad de unificar ambos conceptos *Depresión* y *Melancolía* en uno solo. Proponiendo a su vez, que este término unificado bajo el término < *Depresión* > sea ampliado en su estudio y clasificación para una mayor comprensión.

Después del largo y fructífero camino de la historia y su relación con los trastornos mentales de la depresión y la melancolía, continuaré con el análisis de ambos padecimientos desde la teoría psicoanalítica.

El psicoanálisis o teoría psicoanalítica nace a finales de los años 1800s y principios de los años 1900s, el clima que caracterizaba al mundo durante la génesis de esta disciplina estaba trazada por un surrealismo resultante de un romanticismo decadente, por una época en donde la jerarquización de las clases sociales se hacía cada vez más evidente como resultado de la Revolución industrial y de la explotación del trabajador, una época en donde el crecimiento poblacional mundial se aceleró en más de un 50%, una época en donde la medicina permitió el incremento del índice de vida con la introducción de las vacunas, una época en donde el auge y los avances en los medios de transporte se extendió y con ello la posibilidad de movilización ocasionando que la migración se hiciera presente en todos los países, una época en donde la gente del campo migraba a las ciudades en busca de mejores oportunidades de vida, una época en la cual la familia era de tipo nuclear (formada por un padre, una madre y los hijos), una época en que la familia se cimentaba sobre una fuerte autoridad paterna, una época en que la mujer trabajaba en el hogar y cuidaba los hijos, una época en que las mujeres existían bajo una fuerte vigilancia moral que marcaba su comportamiento en todas las áreas sociales, una época en que las mujeres que triunfaban era a través de ocupar nombres y lugares que correspondían a hombres y haciéndose pasar por estos, una época en que el capitalismo y el socialismo eran los sistemas económico-políticos preponderantes. Bajo estas condiciones nació la llamada psicología profunda o mejor conocida como *psicoanálisis*.

Los últimos años del siglo XIX y con mayor fuerza el siglo XX, cobijaron el nacimiento y auge de la teoría psicoanalítica. Una de las obras que marcan el nacimiento del psicoanálisis es la obra Freudiana de mayor divulgación “la interpretación de los sueños”. Mueller (1992) señala que el término psicoanálisis es un término que durante su nacimiento estaba referido única y exclusivamente a Freud <<padre del psicoanálisis>>.

Mueller (1992) señala que:

Freud, más que descubridor del inconsciente como tal, tuvo el genio de determinar el papel del psiquismo inconsciente. Muchos antes que él, filósofos del siglo XIX, empezando por Schopenhauer, afirmaron la primacía de la vida instintiva, y revelaron a su manera algunas de las ilusiones propias de la concepción intelectualista del comportamiento humano. Por otra parte, en la segunda mitad del siglo XIX, muchos fisiólogos, neurólogos, psicólogos, médicos que se interesaban en la histeria, en la hipnosis y en la sugestión, advirtieron que la vida psíquica desbordaba singularmente el campo de la conciencia clara (p. 35).

A Freud sin duda lo impresionaron desde el primer momento los trabajos sobre las sugestionamientos post-hipnóticos; es decir las realizaciones de un sujeto en estado de vigilia después de haber sido sugerido en estado hipnótico. El sujeto *por absurdo que pareciera*, manifestaba toda una preocupación por explicar su acto e intentaba atribuirle un saber consciente que hacía pensar a un observador externo que dicho acto se había desencadenado en todo momento bajo propia iniciativa del sujeto.

El nacimiento del psicoanálisis tiene que ver con un Freud renovando relaciones amistosas con el Dr. Breuer. Después de un periodo de distanciamiento se unen en sociedad para dar grandes frutos como por ejemplo: *los estudios sobre la histeria* de los años 1893 y 1894. Cuando nuevamente surgen diferencias entre estos dos médicos, el Dr. Breuer se inclina por atribuir la inconciencia de ciertos recuerdos a un estado mental particular y fortuito engendrado por ciertas condiciones en el sujeto como son: fatiga, monotonía, etc. Mientras que Freud estaba convencido de la existencia de un móvil subjetivo de mayor profundidad

que ocasionaba la presencia de estos olvidos; además Freud sostenía que la sexualidad tenía un papel preponderante en la posición del sujeto.

Freud se preocupó desde un inicio por encontrar un método que con mayor posibilidad que la hipnosis, le permitiera a través de una aplicación útil liberar a sus enfermos de los recuerdos que los perturbaban y que les hacían vivir una vida de pesar. Mueller (1992) señala que *“Freud a través de la asociación libre y la interpretación de los sueños, observó que el inconsciente no es solo el receptáculo de recuerdos olvidados, vergonzosos y reprimidos por el yo; sino un núcleo activo de deseos y tendencias vivos, en lucha constante con fuerzas que tienden a mantenerlos a distancia”* (p. 38).

Etchegoyen en el prólogo de *El psicoanálisis después de Freud* (Bleichmar & Leiberman, 2009) señala que *“El psicoanálisis es uno de los hijos predilectos de este siglo –que se nos está terminando- nadie es dueño de la verdad: las teorías nacieron para morir y dar paso a otras mejores”* (p. 14). Me parece que Etchegoyen indica esto para señalar que al igual que la historia, el psicoanálisis debe continuar en una constante evolutiva que permita a través del estudio y la teorización la ampliación del conocimiento.

El psicoanálisis es un estudio en movimiento y por lo tanto en constante evolución, en sus inicios y gracias a Freud la reconstrucción de hechos y acontecimientos de la vida de un sujeto permitían la comprensión de su presente. Es el enunciado *<<La comprensión del pasado para entender el presente>>* el que fundamenta el quehacer psicoanalítico. La comprensión de la conflictiva infantil para entender la conflictiva actual, ha dado paso a nuevas corrientes que consideran que la consistencia, coherencia y acciones de los hechos clínicos deben de ser revisados a partir del aquí y el ahora.

2. LA COMPRENSIÓN DE LA MELANCOLÍA Y LA DEPRESIÓN EN PSICOANÁLISIS

2.1 Las primeras teorizaciones [el nacimiento de los trastornos en psicoanálisis o el psicoanálisis acuña los trastornos]

En psicoanálisis me parece que encontrar la diferencia o similitud entre depresión y melancolía es igual o más difícil de lo que se nos ha presentado en la búsqueda histórica. Quizá esta dificultad y mi limitada posesión de conocimientos me han sugerido continuar con el estudio de ambos cuadros clínicos de manera conjunta e irlos pensando y desarrollando en su correspondencia y no así de forma independiente.

El psicoanálisis en sus primeras teorizaciones se asió de un estado emocional en donde el cuadro clínico de tristeza, pesadez, desmoronamiento y toda la sintomatología ya referida a la depresión y a la melancolía se presenta como un cuadro normal en cierto estado de la vida. Este estado emocional que aparece y se nos presenta como inherente a la humanidad es lo que se conoce como *Duelo*; estado en donde la presencia de una ausencia "*pérdida*" se hace presente en la realidad.

Para comenzar la exposición y presentación de las ideas que el psicoanálisis y por lo tanto los psicoanalistas han dado a la Melancolía y a la Depresión, considero necesario remontarme a dos autores fundamentales y pilares de esta disciplina; autores que por su lugar en la historia deben ser tomados como punto de partida para la comprensión del cuadro clínico en psicoanálisis. Por un lado se encuentra Freud padre y fundador del psicoanálisis y por el otro Melanie Klein, psicoanalista reconocida y de grandes aportaciones en los cimientos de la teoría psicoanalítica.

- a) De Freud es importante revisar el excelente texto de "*Duelo y Melancolía*" escrito en 1915 pero publicado en 1917 y del cual Strachey se refiere en su

introducción al texto como una amalgama de conceptos psicoanalíticos que les da fundamento y les ratifica consistencia y consonancia.

- b) Mientras que de Melanie Klein son dos textos de inigualable valor que deben ser considerados para la comprensión del cuadro clínico. Por un lado revisaremos su “*Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*” de 1935 y en segundo lugar -solo por su orden en la historia- el texto “*el duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*” de 1940.

2.2 La concepción freudiana [Duelo y Melancolía]

Freud comenzó sus teorizaciones sobre la melancolía a principios del año 1914 (se han encontrado referencias previas pero no suficientemente desarrolladas hasta *Duelo y Melancolía*) sin embargo no escribió y formuló sus ideas al respecto sino hasta 1915. Se considera que fue con la ayuda y aportes de Karl Abraham que Freud comenzó a pensar en la melancolía en conexión con la etapa oral de la libido.

Recordemos que la etapa oral es una de las formas de coordinación relativa de las pulsiones parciales y un modo específico de relación de objeto. En 1915 -mismo año en que Freud está pensando y formulando su artículo sobre *Duelo y Melancolía*- también está pensando en que la *fase oral* es la primera fase de la sexualidad y se refiere a ella como oral o canibalística “*el objeto se encuentra en estrecha relación con el de la alimentación, el fin es la incorporación*” (Laplanche & Pontalis, 2008, p. 153).

Laplanche y Pontalis (2008) señalan que:

Según Freud, la oposición entre actividad y pasividad que caracteriza la fase anal, no existe en la fase oral. Karl Abraham intentó diferenciar los tipos de

relación que intervienen en el período oral, lo que le condujo a distinguir una fase precoz de succión preambivalente (que parece lo más próxima a lo que Freud describió en un principio como fase oral) y una fase oral-sádica que corresponde a la aparición de los dientes, en la cual la actividad de mordedura y devoramiento implica una destrucción del objeto; en ella se encuentra conjuntamente el fantasma de ser comido, destruido por la madre (p. 153).

La dilucidación teórica de la fase oral de la libido, le permitió a Freud pensar que los elementos hostiles hacia las figuras parentales componían un elemento esencial de las neurosis; también observó que estos deseos hostiles propios de estos cuadros clínicos, llegan a la conciencia a través de representaciones obsesivas y persecutorias (delirios de persecución). Continuando con esta línea de pensamiento Freud observó que los impulsos hostiles surgidos como parte y en las neurosis, son impulsos reprimidos que por una parte promueven la compasión por las figuras parentales en la enfermedad y muerte de éstos, y por el otro despiertan intensos deseos de hostilidad reprimida. Freud (1917/2006), señala: *“Entonces es una exteriorización del duelo hacerse reproches por su muerte (las llamadas melancolías), o castigarse históricamente, mediante la idea de la retribución, con los mismos estados [de enfermedad] que ellos han tenido”* (p. 238).

El final de este último párrafo, nos permite comprender otra idea que comenzaba a gestarse en la comprensión Freudiana sobre el duelo y la melancolía. Freud (1917/2006) pensará que la Identificación con las figuras parentales o figuras de amor, genera una investidura de objeto que se ve liberada {quizás forzosamente} durante el trabajo de duelo y también en la melancolía. Freud propone y piensa que esta liberación de investidura no encontró un uso cualquiera sino que sirvió para trazar un camino regresivo en que la libido se dirigirá hacia el Yo y lo

identificará con el objeto resignado (más tarde y durante todo el análisis de este documento, regresaremos e indagaremos sobre este punto).

Esta idea Freudiana, y anticipándome un poco a lo que veremos en el análisis de las Ideas de M. Klein, nos tiene que hacer pensar en la disposición de una posición depresiva infantil (introyección de objetos) como necesaria y como parte de la vida (al menos en las personas neuróticas). Una necesidad de introyectar objetos que para la disposición que propone Freud, tenemos que pensar en introyección de objetos buenos-vivos; pues durante el trabajo del duelo –que como ya dijimos parece inherente a la raza humana- serán los objetos que posibiliten la liberación de investidura libidinal que en los estados de melancolía tenderá a regresionar al Yo identificándolo con estos objetos introyectados y ahora resignados.

Pero continuemos con el análisis de las ideas de Freud; él propuso que es solo a partir de comparar la melancolía como cuadro clínico con los estados normales de duelo, como puede comenzar a pensarse sobre estos estados psicológicos. Freud reabre esta comparación a partir de sus formulaciones teóricas sobre narcisismo e ideal del yo; pues como dirá Strachey en la introducción de duelo y melancolía de 1917 *“el presente artículo puede considerarse, en verdad, una extensión del trabajo sobre el narcisismo que Freud escribiera un año antes. Así como en ese trabajo había descrito el funcionamiento de la <<instancia crítica>>, en este se ve la misma instancia operando en la melancolía”* (p. 239).

Vemos indicado por Strachey, que una serie de conceptos metapsicológicos propuestos por el mismo Freud antes de 1915 [todos ellos estudiados posteriormente por el propio Freud y por otros autores psicoanalíticos], se amalgaman en la comprensión del texto sobre duelo y melancolía. La comprensión de temas como Identificación, Narcisismo, Instancia crítica, fase oral, etc. son de gran importancia para la comprensión de la hipótesis que Freud hará sobre su artículo de Duelo y Melancolía. Pero también lo son para la comprensión de una

instancia sobre la que Freud ya venía pensando y que nombrará “Superyó”. El mismo Freud (1917/2006), señala: *“La instancia del Superyó se ve operando en los cuadros clínicos de la melancolía”* (p. 240) y por otra parte le permite hacer una nueva evaluación del sentido de culpa. En el capítulo tercero del presente trabajo, se hará una revisión de estos conceptos en Freud y en otros psicoanalistas contemporáneos. Conceptos que consideramos necesarios para la comprensión de los cuadros clínicos de la melancolía y la depresión.

Freud piensa que hay una complicación en la idea de comparar y comprender la melancolía en relación al estado normal del duelo. Piensa en que la dificultad se hace presente porque la melancolía es un tabú inaprensible cuya síntesis no se nos presenta reducible a una única y bien definida unidad generadora, sino que por el contrario, se nos presenta como un conjunto de afecciones tanto somáticas como psicógenas. Sin embargo algo es rescatable; ya que tanto el cuadro clínico momentáneo del duelo y los generados de este son o se nos presentan en todo parecidos a los de la melancolía.

Freud inicia sus formulaciones, intentando explicar y explicarse el mecanismo del estado de duelo. Pensó que el duelo es un estado reactivo ante la presencia de una ausencia, pensó que es un estado producto de la pérdida de una persona amada; Freud (1917/2006) señala: *“El duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico”* (p. 241-42) pero además y como una diferencia con el melancólico, Freud mencionó que después de pasado cierto lapso de tiempo, el sufriente mejorará. Mientras que de la melancolía Freud pensó que al igual que en el duelo, se presenta como una intranquilidad acompañada de gran sufrimiento, una cancelación de interés por el mundo exterior, una incapacidad para amar, serias inhibiciones en la actividad y lo más importante y lo cual consideró una diferencia entre la melancolía y el duelo *“Una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo”* (Freud, 1917/2006, p. 242).

Freud observó que la sintomatología entre el duelo y la melancolía era en toda parecida; sin embargo encontró dos síntomas que invariablemente se presentan en estados melancólicos y que no se observan durante el trabajo de duelo. Estos puntos son:

- a) La perturbación del sentimiento de sí que se extrema hasta una delirante expectativa de castigo

- b) La duración de la presencia de la sintomatología

Consideró que estas dos diferencias son esenciales para pensar la incapacidad que las personas en duelo y en estado melancólico tienen para escoger algún nuevo objeto en el cual recaigan sus consideraciones; señalando que esta diferencia en el sufriente en duelo finalmente lo llevará a escoger un nuevo objeto de amor mientras que el melancólico no lo hará.

Siguiendo con las elucidaciones de Freud con respecto al duelo, sugirió que el duelo exige una entrega incondicional que se expresa en un conjunto de inhibiciones y sobre todo en un *angostamiento del yo*. Freud (1917/2006) señala *“En verdad, si esta conducta no nos parece patológica, ello solo se debe a que sabemos explicarla muy bien”* (p. 242). Creo que esta justificación-justificada a la que se refiere Freud tiene el siguiente discurso en el sujeto en duelo: <<yo sufro y mi sufrir está justificado>>

Freud realizó un esfuerzo enorme por explicarse el trabajo que tiene que elaborar el sujeto en duelo, Indicó (1917/2006):

El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces

con ese objeto. ...El hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya se asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo (p. 242).

Freud pensará que lo normal es que exista un acatamiento a la realidad y, aunque no enseguida, durante el trabajo del duelo se llegará a ella. Señalando que durante este trabajo la existencia del objeto perdido puede continuar existiendo aunque sea en lo psíquico.

Todo aquel que piense en el trabajo de duelo, inevitablemente al igual que lo hizo Freud se tiene que preguntar ¿Por qué el examen de realidad resulta tan doloroso? Freud se respondió que el displacer doliente no parece natural. Yo no coincido tanto con la respuesta que se da Freud, yo considero que el dolor por la pérdida es natural e inherente a la raza humana durante un lapso de tiempo y con una intensidad manejable. Sin embargo algo que le parece cierto a Freud y con lo cual coincido es que después del trabajo de duelo el Yo se nos presenta una vez más libre, desinhibido y agregaría yo: *adaptable*.

Sin duda entender el trabajo de duelo ayudó a Freud en su comprensión de los estados melancólicos. Freud señala que la melancolía al igual que el duelo, también sobreviene en algunas ocasiones posterior a la pérdida de un objeto amado que sin embargo, es de naturaleza más idealizada de lo que suele ser la pérdida real del duelo. Esta idealización del objeto perdido en la melancolía cuestiona la pérdida; pues en muchas ocasiones tanto el sujeto melancólico como las personas que le rodean son incapaces de atinar y comprender lo perdido. Entender estas abstracciones le permitió a Freud (1917/2006) señalar que: *“La melancolía es una pérdida de objeto sustraída de la conciencia. ...a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconciente”* (p.243).

Siguiendo los párrafos anteriores, tenemos que pensar qué tanto en el duelo como en la melancolía hay inherente un sentimiento de pérdida. Sin embargo mientras el sentimiento de pérdida en el trabajo de duelo es consciente, palpable, tangible, observable y correspondiente al estado en que se encuentra el sujeto, en la melancolía la pérdida es inconsciente, in-asible, in-sujetable y por lo tanto si no es sujetable, tampoco hay sujeto que la porte. Más tarde con la objetalización del Yo del cual nos hablará Freud se entenderá esta formulación teórica que propongo.

Este elemento inconsciente de pérdida en el melancólico origina grandes incertidumbres pues como ya nos lo señaló Freud, no se tiende a entender lo que el sujeto en estado de melancolía ha perdido. Esta falta de entendimiento se vuelve un enigma tanto para el melancólico como para aquellos que lo acompañan. *“El melancólico nos muestra una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del Yo. ...mientras que en el sujeto en duelo lo pobre y vacío está del lado del mundo exterior, en la melancolía es el propio Yo el que muestra estas cualidades y solo espera ser castigado por ello”* (Freud, 1917/2006, p. 244).

Como resultante de la operación en la cual el melancólico no encuentra ni entiende lo que perdió, vuelve por lo tanto inaprehensible saber lo que hay que desinvertir libidinalmente (no hay objeto a ser desinvertido). Mi propuesta es que quizás esta *falta de objeto* por desinvertir, ocasione la búsqueda incesante de un objeto que se haga cargo de esa carga libidinal. Para Freud (1917/2006) el Yo es el objeto que se hace cargo de esa carga libidinal y por identificación deviene ese objeto que tiene que ser desinvertido. Yo propongo que no puede ser completamente así, ya que el melancólico no encuentra al objeto que se haga cargo de su pérdida (ni dentro del mismo). Como lo mencione párrafos atrás “No hay sujeto que la porte” y quizá “tampoco haya pérdida”.

Otro aspecto importante observado por Freud en el paciente melancólico es el uso del tiempo; observó que el tiempo en que está viviendo el paciente melancólico obstruye su presente --*pues es incapaz de observar que le ha sucedido una alteración*—y realza su pasado --*extiende su autocrítica y su necesidad de castigo al pasado*-- Estas consideraciones le permitieron a Freud pensar que el Yo del melancólico mostraba lo que llamó *un delirio de insignificancia* y a nosotros nos permite pensar en lo que unos años antes ya proponía Krafft-Ebing (*ver capítulo primero*) sobre las ideas delirantes surgidas en este estado, ideas delirantes que lo hacían pensar en la cercanía con la psicosis; a este nivel Krafft-Ebing lo nombró: *Melancolía con ideas delirantes y errores de los sentidos*.

Estas ideas delirantes o estado que por el momento y con mucho cuidado nombraremos como próximo a la psicosis, confunde al observador cercano. Freud menciona que ha observado el que sujeto que sufre de melancolía puede pasar por un sujeto que tiene un gran conocimiento de sí mismo, un conocimiento que le permite hacer este tipo de consideraciones por él mismo y hacia él mismo. Sin embargo sabemos que Freud fue un gran maestro de la duda y pronto se cuestionó: *Si este hombre en estado melancólico es capaz de tal autoconocimiento, si es capaz de tales descripciones de sí mismo que lo aproximan tanto a lo que muestra a sus acompañantes ¿Por qué un sujeto tendría que enfermar para alcanzar una verdad así de sí mismo?*

Me parece que la pregunta que se planteó Freud es una pregunta de difícil o imposible respuesta; pues creo que cuestiona la parte psicótica del padecimiento; consideramos que el sufriente melancólico no solo no puede hacer conciencia del porque enfermo, tampoco puede hacer conciencia de enfermedad, hay en él una desmentida de la realidad. Al igual que Freud, yo también pienso que por el momento no es posible esclarecer la respuesta a su pregunta pero que si permite abrir nuevos paradigmas y dilucidaciones.

Resultante de su pregunta, Freud observó que la conducta del melancólico no pareciera ser la conducta de aquel que se encuentra arrepentido sino que parece faltarle lo que llamó *“la vergüenza en presencia de los otros [y Freud fue aún más allá al indicar que lo que si se observa es el rasgo opuesto] una acuciante franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo”* (Freud, 1917/2006, p. 245).

Freud (1917/2006) encuentra en el Yo del melancólico una contraposición; Por un lado observa una parte apreciando críticamente a la otra *“Una parte del yo toma por objeto a la otra. ...esta otra parte del yo se vuelve una instancia critica escindida del yo”* (p. 245). Aspecto que nos hace pensar en que el Yo no es en lo sucesivo más Yo sino que se *<ha vuelto objeto>*. Freud señala que esta instancia critica que se escinde del propio Yo reviste de autonomía y que esa instancia se llama *conciencia moral* y añade *“junto con la censura de la conciencia que hallamos tan presente en el melancólico y junto con el riguroso examen de realidad que también se halla, ambas forman una de las grandes instituciones del yo”* (Freud, 1917/2006, p. 245)-

Esta institución como ya lo señaló Freud, reviste de autonomía y *puede enfermar por sí misma*, esto es lo que encontramos en el sujeto que sufre melancolía: *un desagrado moral con su propio yo*. Pues el que sufre de duelo ha sufrido una pérdida de su objeto pero el que sufre de melancolía transforma esta pérdida en una pérdida de su Yo. Dirá Freud (1917/2006) *“Así, se tiene en la mano la clave del cuadro clínico si se disciernen los autorreproches como reproches contra un objeto de amor, que desde éste han rebotado sobre el yo propio”* (p. 246). Abraham (1915) coincide con Freud y señala que los autorreproches pueden observarse como sentimientos hostiles reprimidos. Abraham piensa que el sujeto se reprocha a sí mismo porque los reproches hacia la persona amada-perdida se han vuelto inconscientes y son sentidos por él mismo como un gran daño hecho a la persona amada.

Cuando el melancólico no encuentra lo que perdió, no es por lo tanto aprehensible conocer lo que hay que desinvertir libidinalmente <<no hay objeto que deba o tenga que ser desinvertido>>. Esta falta de objeto a desinvertir ocasiona y produce una búsqueda incesante de un objeto que se haga cargo; he ahí que el Yo es en la melancolía y después de ser vuelto objeto por sí mismo, el único objeto a ser desinvertido <<es una venganza del Yo contra sí mismo por no haber sido capaz de mostrar al objeto de desinvertidura>>.

Freud pensará que las quejas del melancólico son querellas; pensará que todo eso rebajante lo dice el melancólico de sí mismo es en el fondo algo que dice de otro. El melancólico se muestra como objeto de injusticia, es martirizador consigo mismo en grado extremo. Freud reconstruye los procesos de duelo y de melancolía y los propone de la siguiente manera:

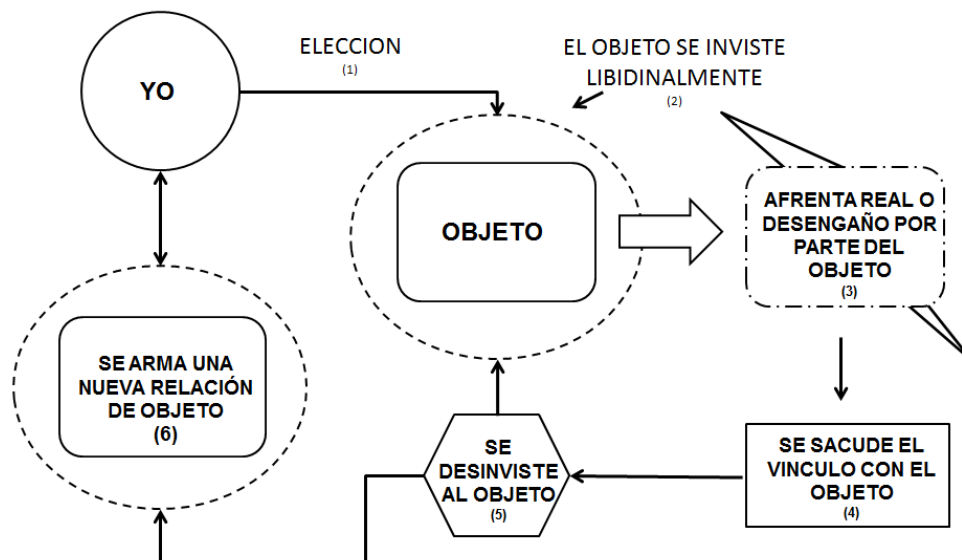


Figura 1. Mi propuesta gráfica del proceso de Duelo para Freud (1917)

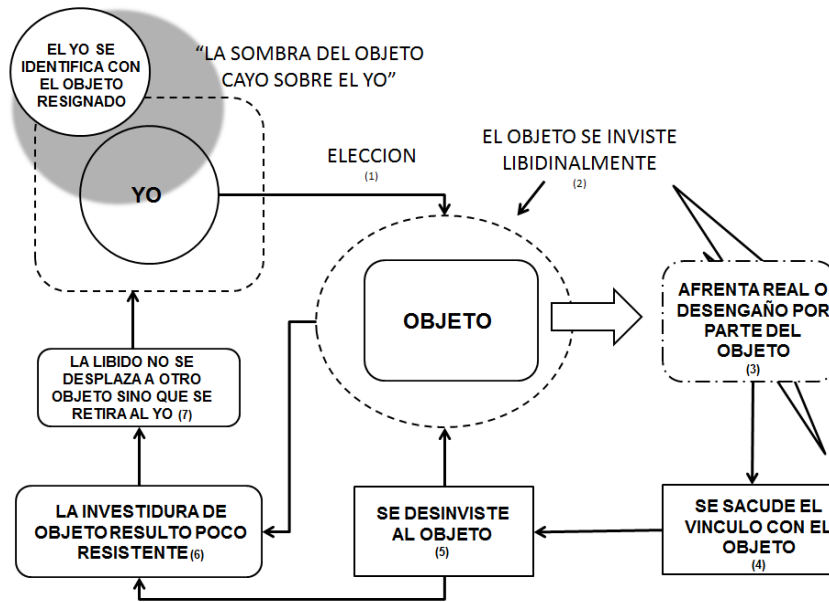


Figura 2. Mi propuesta gráfica del Proceso de la Melancolía para Freud (1917)

Nota. Nos parece que cuando Freud (1917/2006) indica: “*La sombra del objeto cayó sobre el yo*”, tendríamos que entender por sombra, la libido antes puesta en el objeto, los sentimientos antes sentidos por él, que ahora cuando en la melancolía recaen sobre el Yo, el Yo deja de ser Yo para pasar a ser objeto.

Freud continuó pensando en su proceso propuesto; sugirió que en la melancolía el Yo es juzgado por una instancia que lo trata como objeto; la pérdida del objeto se iguala a una pérdida del Yo. Vemos acá que hay una bipartición del Yo; quedando en uno de sus lados un Yo crítico mientras que en el otro ha quedado un Yo alterado por la identificación con el objeto. Para Abraham (1915) la pérdida del objeto tiene que ver con la devaluación del mismo y señala “*The ego mourns because it has lost its object through devaluation*” (p. 304). Pero la proyección de este objeto dentro del Yo, hace que posteriormente la devaluación se encuentre dentro de sí mismo.

Jackson (1989) señala que:

Freud observa que en la pena y en el duelo, es el mundo el que se nos presenta pobre y vacío; debido a esa pérdida en ocasiones un tanto aparente en ocasiones muy real. Mientras que en la melancolía es el propio ego [yo]. Así pues, los autorreproches del melancólico equivalen a abiertos ataques contra sí mismo y al mismo tiempo ataques inconscientes al objeto querido perdido [que ahora comprendemos es el yo mismo] (p. 208).

Freud consideró que para que su modelo de melancolía pudiera ser (ver figura 2), esencialmente tiene que existir una fuerte fijación en el objeto de amor u objeto investido pero también debe de existir en ese mismo lazo, una escasa resistencia de la investidura de objeto. Para ayudar a solventar sus ideas, Freud retoma una de las ideas propuestas por Otto Rank en donde este último señala: esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista; por eso la investidura regresa al narcisismo si tropieza. La identificación narcisista es el sustituto de una investidura de amor y por ello, el vínculo de amor no debe resignarse [porque no hay objeto] y Freud (1917/2006) complementa diciendo *“Un sustituto así del amor de objeto por identificación es un mecanismo importante para las afecciones narcisistas”* (p. 247).

Estas ideas tanto de Freud como de Otto Rank, nos hacen pensar en que el sujeto melancólico es un sujeto que no ama a otro objeto que no sea él mismo [es autoerótico y narcisista]; es un sujeto en el que no hay cabida para el amor sino solo a partir del narcisismo primario. Ya lo señalaba Freud (1917/2006):

Desde luego, corresponde a la *regresión* desde un tipo de elección de objeto al narcisismo originario. En otro lugar hemos consignado que la

identificación es la etapa previa de la elección de objeto y es el primer modo, ambivalente en su expresión, como el Yo distingue a un objeto. Querría incorporárselo, en verdad, por la vía de la devoración, de acuerdo con la fase oral o canibálica del desarrollo libidinal (p. 247).

La identificación con el objeto a partir de un tipo de elección de objeto narcisista es una de las tesis más importantes de Freud con respecto a la melancolía; Freud (1917/2006) señaló que la disposición a contraer melancolía está íntimamente ligada al predominio del tipo narcisista de elección de objeto. Y aún y cuando en su escrito de 1917, Freud no fue capaz de confirmarlo, si supuso y postuló que de ser así, podríamos entender que la melancolía tiene como característica la regresión desde la investidura de objeto hasta la fase oral de la libido a la que pertenece el narcisismo.

Freud pensó que sin embargo había que pensarse aún más; pues la melancolía se presenta muchas más veces que con la pérdida de objeto de amor. Freud (1917/2006) señaló *“la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para que campee y salga a la luz la ambivalencia de los vínculos de amor”* (p. 248). La melancolía aparece ante diferentes situaciones de afrenta, de menosprecio, de desengaño, situaciones que instalan un vínculo ambivalente de amor y odio. Esta ambivalencia que muchas veces aparece como constitucional es necesario sea tomada en las premisas de la melancolía.

Es solo a partir de la ambivalencia como también pueden comprenderse las tendencias sádicas que acompañan al sufriente melancólico; pues si esta resignación no lograda con la pérdida del objeto conlleva al sujeto por medio de una identificación narcisista a ocupar su lugar, cierto es que el odio producto de la ambivalencia se ensaña con ese nuevo-viejo objeto en que se ha convertido el Yo; insultos, denigraciones y sufrimientos generan toda una satisfacción narcisista que

como ya se mencionó, se observa compañera de la melancolía y se atribuye a la instancia crítica. Podemos observar que el lamento del melancólico se presenta gozoso, se presenta marcado por una satisfacción de las tendencias sádicas que recaían en el objeto y que ahora han experimentado una vuelta hacia el Yo. Freud (1917/2006), destaca que la comprensión de estas tendencias sádicas alumbró la posición suicida del melancólico. Igualmente Kristeva (1991) ve en la muerte y en el suicidio *“El triunfo final sobre el vacío del objeto perdido”* (p.14).

La amenaza a la propia vida libera un monto enorme de libido narcisista, quizás esta amenaza descarga al yo-objeto y lo remite a esos momentos que añora y que ahora están perdidos; momento en que todavía no sentía la investidura libidinal de sí mismo. El sujeto nunca quiere ni debe ocupar la posición de objeto y el objeto nunca quiere ni debe ocupar la posición de sujeto. Con respecto al duelo Freud señala: *“El análisis de la melancolía nos enseña que el yo solo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad. ...solo cuando el objeto probó ser más poderoso que el yo mismo”* (p. 249).

Tanto en el amor como en el suicidio, el Yo es avasallado por el objeto. En la melancolía observamos un aumento en la angustia que termina por empobrecer al Yo. Mientras el trabajo en el duelo es paulatino y paso a paso hasta lograr la desinvestidura del objeto a través del penoso examen de realidad, la melancolía se comporta como una herida abierta que atrae de todas las partes posibles la energía de investidura y que vacía al Yo hasta el empobrecimiento total. Freud (1917/2006) señala: *“La realidad pronuncia su veredicto: el objeto ya no existe más; y el yo, preguntado, por así decir, si quiere compartir ese destino, se deja llevar por la suma de satisfacciones narcisistas que le da el estar con vida y desata su ligazón con el objeto aniquilado”* (p. 252).

Para Kristeva (1991) la herida es una privación que permite descubrir que el dolor no es sino la postergación del odio o del deseo de venganza que el sujeto alimenta contra aquel o aquella que lo traicionó, que lo abandonó, que lo hizo una herida narcisista incurable.

Continúa Freud (1917/2006) diciendo, si el objeto no tiene para el Yo una importancia tan grande que deba pensarse como atada a millones de lazos, este objeto no es capaz de causarle un duelo a una melancolía. Por eso el objeto causante de duelo pero también el objeto causante de melancolía debe ser un objeto investido con enorme carga libidinal que durante su desinvestidura el trabajo sea llevado poco a poco. La diferencia entre el duelo y la melancolía no está en la desinvestidura, sino en la complicación del conflicto de ambivalencia ya sea constitucional, ya sea adquirida. Es este el motivo por el cual la melancolía se vale de una gama más diversificada para su aparición que el duelo. Mientras que en la melancolía el odio pugna por desatar la libido del objeto, el amor intenta salvar del asalto esa posición libidinal. Intensa lucha inconsciente entre amor y odio se observa en el sujeto melancólico.

La ambivalencia constitucional pertenece en sí y por sí a lo reprimido, el resultado de estas batallas de ambivalencia arrojan los sentimientos de la conciencia, *“la investidura libidinal amenazada abandona finalmente al objeto, pero sólo para retirarse al lugar del yo del cual había partido. De este modo el amor se sustrae de la cancelación por su huida al interior del yo. Tras esta regresión de la libido, el proceso puede devenir consciente y se representa ante la conciencia como un conflicto entre una parte del yo y la instancia crítica”* (Freud, 1917/2006, p. 254).

Yo coincido con Freud pero pienso además y en esto coincido con Abraham, que la libido se regresa al Yo del sujeto melancólico por su capacidad de poco amante o lo que es lo mismo, por su incapacidad para amar. Abraham (1912) señala: He observado que el melancólico, en su incapacidad de amar, intenta tomar posesión del objeto de amor. Continúa diciendo: *“En mi experiencia, el da por hecho la*

identificación con su objeto de amor, no podría tolerar su pérdida, y es extremadamente sensible a la menor hostilidad, etc. De este modo, el mismo se atormenta con la persona amada de una forma masoquista de auto-castigo” (p. 153).

Podemos observar que el melancólico no solo no quiere sino que tampoco puede perder ni un gramo, ni una pizca de amor que aún y todavía existan en él; considero que esta es la causa <<quizá defensiva>> de que el sujeto melancólico no sea capaz de dejarlo ir, de resignar la carga libidinal junto con el objeto de amor y como resultante se regresará al Yo en donde en lugar de amor, hará mucho daño.

Otra de las tesis de Freud es la melancolía en su relación con la manía; piensa que quizá la peculiaridad más notable de la melancolía es volverse del revés en la manía. Señala y se atreve a decir que la manía no es otra cosa que un triunfo sobre la depresión y la inhibición propias del estado melancólico. Bratton (2001) no coincide con estas ideas propuestas por Freud; este autor considera que la manía es una forma extrema de luto y dice: *“En la manía no hay una distinción clara entre el duelo y la melancolía; el psicoanálisis del duelo muestra que los actos en sí mismos son parecidos a la poética de la melancolía pues se mantienen vivos precisamente los lugares muertos” (p. 214).*

Yo pienso que estos acompañamiento marcan la diferencia entre melancolía y depresión; mientras por un lado el vencimiento de los estados depresivos devienen manía, pienso que no hay posibilidad de vencimiento en el cuadro clínico de la melancolía y por ello es impensable hablar de maniaco-melancólico y si es pensable hablar de maniaco-depresivo. Por otra parte, la idea de un cuadro clínico concebido como *Psicosis maniaco-depresiva* permite consolidar en una misma entidad nosológica estados maniacos y estados depresivos.

Podemos argumentar, que mientras lo que está sucediendo en el paciente melancólico es un goce por el castigo que el Syó está efectuando sobre el Yo del sujeto, en la manía ese Syó ha sido vencido o al menos aplacado. Abraham (1915) señala que en la manía, las funciones del Syó están suspendidas por algún tiempo, mientras que el yo goza de una libertad tan deseada que lo eleva en su propia estima. En la manía el yo o lo que queda de él, goza de esa batalla ganada. Mientras que en la melancolía lo que queda del yo está en deuda y seguirá pagando, en la manía lo que queda del yo es un sujeto que ha pagado su deuda y quizá de sobremanera he ahí el estado maniaco; Freud (1917/2006) lo señala:

Lo que ocurre es que en el interior de la vida anímica se ha cumplido la mencionada condición económica, y por eso se está de talante tan alegre, por un lado, y tan desinhibido en el obrar por el otro. ...En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto (o al duelo por la pérdida, o quizás al objeto mismo), y entonces queda disponible todo el monto de conrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado (p. 252).

Estos estados y sus fluctuaciones, no son observables para aquellos que viven en compañía del sufriente. Su disfraz es de gran destreza y el tiempo de su presencia es suficiente para que junto con el anhelo del que vive con ellos, se haga poco evidente la relación y consecuencia de estos estados. Más si obstaculiza su observación el deseo de mejora que tanto el sufriente como el que vive con ellos manifiesta.

Este trabajo no dejó de considerar importante investigar el camino de la cura para los sufrientes de estos padecimientos; para ello es necesario considerar que en el

melancólico el yo se menosprecia y se enfurece contra sí mismo <<algo de índole inconciente>>

Freud (1917/2006) señaló:

Así como el duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándosele muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida, de igual modo cada batalla parcial de ambivalencia afloja la fijación de la libido al objeto desvalorizando este, rebajándolo; por así decir, también victimándolo. De esa manera se da la posibilidad de que el pleito [prozess] se termine dentro del lcc, sea después que la furia se desahogó, sea después que se resignó el objeto por carente de valor (p. 254).

Pienso que Freud fue bastante bondadoso en sus dilucidaciones con respecto a la cura de estos padecimientos; si bien la propuesta que formula para entender que el duelo se supera como producto del examen de realidad y como una promesa para el yo de continuar con vida parece ser una propuesta interesante y no en pocos casos observable; su propuesta --aunque no así planteada pero si así entendida-- de que el sufriente melancólico mejorará con cada batalla parcial de ambivalencia que posibilita el deshago de la furia y la resignación del objeto parece ser una propuesta esperanzadora. Pues como pudimos observar en el análisis de este documento, la melancolía no tiene ni tendrá objeto que se termine por hacer cargo de la investidura sobrante en ese proceso.

2.3 La metapsicología de las depresiones en M. Klein

Las contribuciones de M. Klein a la entidad clínica de la melancolía, estuvieron más bien dirigidas a la entidad clínica de la depresión; es importante de entrada

señalar que M. Klein en muy pocas ocasiones se refiere a estados melancólicos y sus ideas se centran en la depresión. Como señala Balint (1952), “*La señora Klein, casi nunca llamo a este estado ‘Melancolía’, pero habló de Posición Depresiva y de Ansiedades Depresivas*” (p. 215).

Las formulaciones teóricas de M. Klein sobre la Posición Depresiva y sobre las Ansiedades Depresivas se encuentran en gran parte de su obra. Sin embargo considero que dos textos son fundamentales para la comprensión de sus planteamientos. Uno de ellos es su *Contribución a la psicogénesis de los estados Maniaco-Depresivos de 1935*, en donde nos plantea la existencia de la posición depresiva y su mezcla con la posición esquizo-paranoide. En este texto M. Klein desarrolla sus ideas teóricas sobre la génesis de la paranoia, de la depresión, de la manía, y algunas formulaciones sobre el suicidio. Mientras que en *El Duelo y su relación con los estados Maniaco-depresivos de 1940*, continua desarrollando sus ideas sobre la posición depresiva, sobre los sentimientos de culpa y pérdida, e introduce su estudio sobre el juicio de realidad para poder formular su idea teórica de que el niño pequeño pasa en su temprana infancia por estados comparables al duelo en el adulto. Del análisis de este artículo nos ocuparemos más tarde.

2.3.1 La contribución de Klein al estudio de las depresiones

M. Klein es una observadora del desarrollo infantil; quizá su posición de madre, junto con la habilidad, destreza y gran capacidad clínica, le permitió observar tendencias paranoicas mezcladas y en convivencia con los estados depresivos graves desde etapas tempranas del desarrollo. Si bien y como pudimos observar en el primer capítulo del presente trabajo, esta es una idea que Krafft-Ebing ya señalaba desde finales del siglo XIX cuando decía: El rasgo común de los estados de *depresión melancólica* son las ideas delirantes y las ideas de sufrimiento en correspondencia con la paranoia (*ver capítulo 1*); ciertamente la habilidad de M. Klein consistió en haber podido observar esta correspondencia desde etapas muy tempranas del desarrollo.

Klein toma como referencia las ideas de Freud y de K. Abraham sobre la melancolía para preguntarse ¿Por qué el proceso de introyección es tan específico para la melancolía? Este cuestionamiento y su motivación por entender cómo es que la pérdida del objeto amado se instala como objeto dentro del yo, abrirán panorama para sus investigaciones. M. Klein (1935/1994) considera que la diferencia entre la incorporación del objeto en la paranoia y la incorporación del objeto en la melancolía tiene que ver con cambios en la relación del sujeto con el objeto y nosotros nos preguntamos ¿a qué cambios en la relación se refiere? ¿Qué propicia dichos cambios? Iniciamos así nuestro recorrido, intentando dar respuesta a nuestros planteamientos y sobre todo intentando dar una comprensión clara de la teoría Kleiniana sobre las Depresiones.

Klein tiene la astucia de observar que tanto en niños normales, como en niños deprimidos, se distinguen los mecanismos depresivos que ejercen una influencia desde etapas tempranas del desarrollo. Klein (1935/1994) señala *“esta fase temprana fundamenta la melancolía del adulto”* (p. 268). Consideró que los estados maniaco-depresivos se observan en los cambios de tristeza y alegría tan desmedidos y tan regulares en niños pequeños. Agregando *“puedo decir, en base a mis experiencias, que la tristeza del niño, aunque leve, tiene las mismas causas que la perturbación melancólica del adulto, y que la depresión infantil también está acompañada de ideas de suicidio. También he observado que las automutilaciones (en los niños), ya sean leves o intensas, representan tentativas de suicidio emprendidas con medios insuficientes”*. (Klein, 1935/1994, p. 275).

Durante toda su teorización señalará que la evolución del niño está gobernada por varios mecanismos de defensa; sin embargo se observa que dos de ellos son de infinita importancia:

a) Proyección

b) Introyección

Desde el comienzo de la vida, la introyección no es sólo de objetos buenos sino también de objetos malos; propone M. Klein (1935/1994), es el pecho de la madre el prototipo de ambos. La incorporación de objetos tanto buenos como malos permite la instauración de *imágenes mentales* y *“son un cuadro fantásticamente distorsionado de los objetos reales sobre los cuales se basan. Las instala el bebe no sólo en el mundo exterior, sino, por el proceso de incorporación, también dentro del yo. De ahí que niños muy pequeños pasen por situaciones de ansiedad cuyo contenido es comparable con el de la psicosis de los adultos”* (Klein, 1935/1994, p. 267).

Los procesos de Proyección e Introyección fundamentan las ansiedades de las Posiciones por las que puede atravesar el sujeto. Para Klein la fase oral-sádica conlleva al niño a sentir una ansiedad persecutoria propia de la Posición esquizo-paranoide; Klein argumenta que son los ataques orales-sádicos los que dan por resultado una desconfianza en la incorporación de este tipo de objetos. Esta desconfianza en la introyección de objetos que pueden volverse persecutorios y aniquiladores es en donde encuentran fundamento las ansiedades paranoides. Klein (1935/1994) señala que *“Si el sujeto logra identificarse mayormente con el objeto bueno que con el objeto perseguidor, se desarrolla un deseo y un amor de devorar más este tipo de objetos y el mecanismo de introyección se refuerza. En este estadio el yo es impulsado más que nunca, por amor y por necesidad, a introyectar objetos buenos. ...el yo hace un mayor uso de la introyección como una posibilidad de reparar al objeto dañado”* (p. 270).

Klein (1935/1994), señaló que al inicio de la vida, el yo tiene la ineludible tarea de separar los objetos buenos de los malos, los reales de los fantaseados; esta bifurcación arroja dos grupos de objetos: por un lado están los idealizados o totalmente buenos y por el otro los persecutorios o completamente malos. Sin embargo Klein también señala que en la mente del bebe no hay posibilidad de una marcada diferenciación y debido a ello, el yo iniciará una mezcla de cualidades de

ambos tipos de objeto; por lo tanto tendremos objetos malos que pugnan por ser buenos y objetos buenos que se caracterizan por atributos asignados a objetos malos. Pronto la importante tarea de restaurar y reparar hará su aparición y con ella la idea de salvaguardar los objetos buenos.

El niño pequeño entra en la vida sin creer en la bondad del objeto, pero tampoco cree en su propia capacidad para realizar restituciones. *“Pensemos que aún dentro de él, coexisten objetos buenos pero también objetos malos y perseguidores; estos objetos malos ponen en peligro a los objetos buenos y por lo tanto también al yo del sujeto”* (Klein, 1935/1994, p. 272). Uno de los métodos de defensa contra el miedo a los perseguidores es el llamado por Klein como <<Escotomización>> que considera la negación de la realidad psíquica. El mecanismo de escotomización es de gran importancia puesto que puede llegar a alterar los mecanismos de proyección e introyección y a su vez, negar la realidad externa y provocar el desarrollo de elementos psicóticos graves.

Esta idea clara de introyección de objetos buenos y malos permite entender la idea genética que Klein tiene sobre la paranoia. El miedo del niño pequeño a objetos internalizados puede llegar a no ser extinguido mediante el mecanismo de proyección, ocasionando dentro del yo intensos sentimientos de persecución. Klein (1935/1994) señala:

Estos contenidos de ansiedad y mecanismos de defensa forman la base de la paranoia. ...en la paranoia las defensas se dirigen a la destrucción de los “perseguidores”, durante este momento la ansiedad del yo ocupará un lugar prominente hasta que el yo logre su organización; de esta forma las imagos internalizadas se aproximan más a la realidad, permitiendo al yo identificarse más con los objetos buenos. El miedo a la persecución dirigido primero al yo se

extiende al objeto bueno y desde este momento que es crucial en adelante, el objeto bueno se vivirá como sinónimo de supervivencia del yo (pp. 268-70).

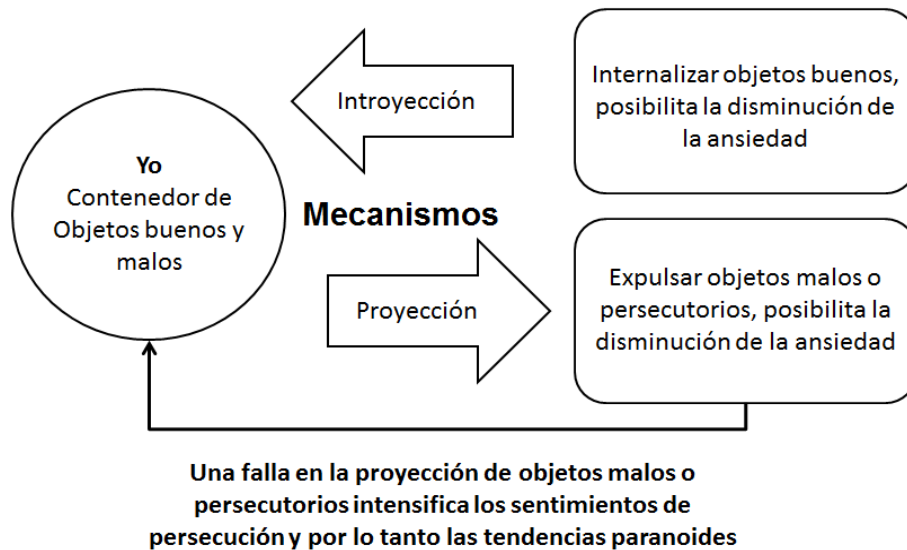


Figura 3. Mi propuesta gráfica del proceso de la Paranoia para Klein (1935)

Un tipo de ansiedad paranoide relacionado con los pechos malos acompaña los primeros meses de la vida de un sujeto. Estos primeros meses son de una gran ambivalencia, por un lado están los objetos totalmente buenos y por otro los totalmente malos *“el hecho de que una buena relación con la madre y con el mundo externo ayuda al niño a vencer sus tempranas ansiedades paranoides arroja una nueva luz sobre la importancia de las primeras experiencias”* (Klein, 1935/1994, p. 291).

Es necesario entender bien el proceso de la paranoia, para poder continuar entendiendo las ideas de M. Klein. Pues como ya se señaló, Klein observó tendencias paranoicas mezcladas desde etapas tempranas del desarrollo en estados depresivos graves; así mismo, M. Klein consideró una asociación entre sentimientos paranoides y sentimientos depresivos, destacando que quizás la

única posibilidad de diferenciar la íntima relación que entre ellos se observa puede estar en la angustia de cada uno de ellos.

Klein (1935/1994), señala con respecto al tipo de angustia:

- a) El Paranoico presenta una ansiedad de persecución relacionada con la preservación de los objetos (totales) buenos internalizados con los cuales el yo se identifica.

- b) En el Depresivo, la ansiedad y los sufrimientos tienen una naturaleza mucho más compleja. La ansiedad surge ante el temor de que los objetos buenos y con ellos el yo sean destruidos o se encuentren en un estado de desintegración; por este motivo los esfuerzos están dirigidos a la preservación de los objetos buenos internalizados y externos. (p. 276).

Como podemos observar, Klein (1935/1994) señala que *“el objeto bueno se vive como sinónimo de supervivencia del yo”* (p. 270); a mí me parece que sin habérselo señalado así Klein, la preservación del objeto bueno equivale y es en todo análoga a la preservación del yo. Mientras que Klein habla sobre las preservaciones ya sea del objeto bueno o lo que es lo mismo del Yo, Freud --como pudimos verlo al inicio de este capítulo--, hablará sobre la investidura que en ausencia del objeto queda suelta y que no encuentra otro uso que dirigirse al yo identificando a este último con el objeto, y agregaríamos, intentando salvar a ambos en el estado melancólico. Esta preservación del Yo-objeto desde Freud o del Objeto-Yo desde Klein, se nos esquematiza mentalmente sin principio ni final, se nos esquematiza como un circuito único de identificaciones que permiten la supervivencia y no así la aniquilación del Yo y del Objeto. Se nos muestra como algo del orden de lo creativo y no así de lo destructivo.

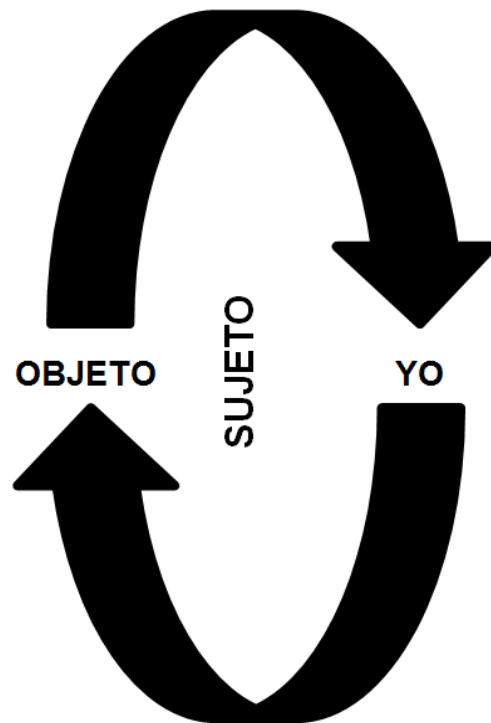


Figura 4. Mi propuesta gráfica de La Inter-relación
Yo-objeto / Objeto-yo

Con respecto a la Posición Depresiva Klein señala que es un momento importante porque considera la instauración del objeto bueno interno al cual habrá que cuidar y proteger. La instauración de un objeto bueno interno permite al niño llegar poco a poco a relacionarse con objetos totales e integrados; y ya no así con objetos parciales, escindidos y persecutorios. Con la instauración de la posición depresiva, el sujeto es capaz de perder y de sentir la pérdida de su objeto; pues es solo a través de que el objeto ha sido instaurado y amado en su integridad y en su totalidad, que su pérdida puede ser sentida como total.

La posibilidad de diferenciar los objetos malos de los buenos que permite la reciente y prematura posición depresiva, conduce al odio del niño a centrarse en los objetos malos; mientras que su amor, bondad e intentos de reparación se dirigen hacia sus objetos buenos. Sin embargo desde ya señala Klein “*todo*

acceso de odio y de ansiedad puede temporariamente abolir la diferenciación y dar así por resultado una pérdida del objeto bueno amado. Porque en este estadio del desarrollo amar un objeto y devorarlo están íntimamente relacionados” (Klein, 1935/1994, p. 272). Cada segundo sin el objeto bueno representa una gran angustia para él bebe; esto se debe a la enorme ansiedad que le produce sentir que su objeto bueno interno o externo pueda morir, puede transformarse en malo, puede ser aniquilado, etc. Estas circunstancias significarían para el sujeto la pérdida de su objeto bueno o lo que es lo mismo para M. Klein, la pérdida de su madre querida. El significado que acompaña esta posible pérdida, pronto se transformará en la fuente eterna de sus sentimientos de ansiedad que Klein nombrará Ansiedades Depresivas. Así desde esta perspectiva que nos otorga M. Klein, tenemos que pensar que el sujeto deberá vivir siempre con la ansiedad de que su objeto bueno muera, perezca, sea aniquilado, etc.

Klein (1935/1994) señala: *“tanto en niños como en adultos que sufren de depresiones, he descubierto el miedo de albergar objetos moribundos o muertos (especialmente los padres) dentro de ellos y una identificación del yo con objetos en esta situación”* (p. 273). Podemos suponer a partir del planteamiento que nos hace M. Klein, que si el yo se identifica con objetos muertos o que han perecido podríamos estar hablando quizá de un *Yo-muerto*. Suponemos que el Yo del depresivo es un yo desesperado, indeciso, que titubea, que desconfía de el mismo y de su capacidad para preservar, para restaurar, para reparar y para salvar sus objetos buenos que pueden ser dañados pero sobretodo <<no es un Yo-muerto como el del melancólico>>. Integrar y amar a los objetos, necesariamente irá acompañado de culpa y ansiedad (por su desintegración); con un sentido de responsabilidad por preservarlo en lo sucesivo y con una tristeza relacionada con la inevitable pérdida del mismo. Klein (1935/1994) considera que esta es la base del amor y de las ansiedades depresivas mientras que pensamos nosotros que la identificación con un Yo-muerto es la base de la destrucción.

La depresión para Klein (1935/1994) está íntimamente relacionada con el fracaso del bebe en el establecimiento de su objeto amado dentro de él. Si la introyección e instauración del objeto bueno falla, la ansiedad de haber perdido al objeto amado surge; este proceso Klein lo observó tanto en niños pequeños con rasgos depresivos como en adultos melancólicos. Klein (1935/1994) Señala:

Esta primera y fundamental pérdida externa de un objeto amado real, que se experimenta a causa de la pérdida del pecho, antes y durante el destete, dará más tarde por resultado un estado depresivo, si el niño, en este primer periodo de su desarrollo, no ha tenido éxito en el establecimiento y conservación de su objeto amado dentro de su yo. ...El fracaso para mantener la identificación con ambos objetos amados, el internalizado y el real, puede dar por resultado trastornos psicóticos tales como estados depresivos, manía o paranoia (p.p. 293-94).

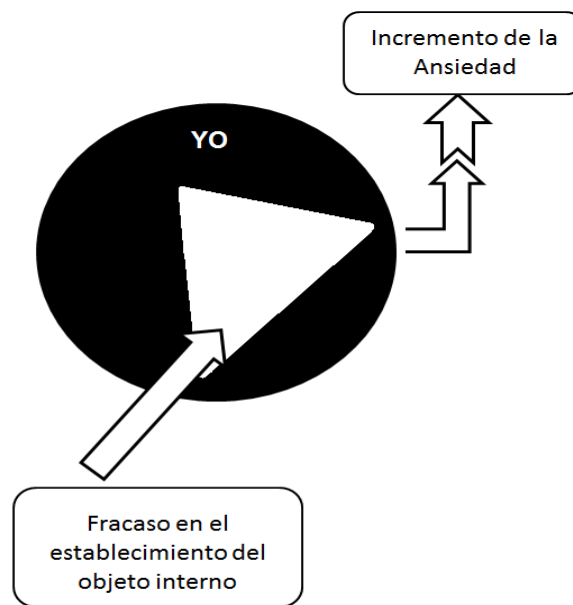


Figura 5. Mi propuesta gráfica de la genética de la Depresión para Klein (1935)

Klein describe una serie de posibilidades que tiene el yo para poner fin a los sufrimientos relacionados con la posición depresiva, indica:

- a) Por una fuga hacia el objeto “bueno” internalizado visto como la esquizofrenia, el resultado de tal fuga es a menudo la negación de la realidad psíquica externa [la escotomización] y una psicosis profunda.
- b) Por medio de una fuga hacia los objetos “buenos” externos como un medio para refutar todas las ansiedades --internas y externas--. Este es un mecanismo característico de la neurosis y puede conducir a una esclavizante subordinación a los objetos y a una debilitación del yo.

El fracaso en la posición depresiva puede conducir al predominio de uno y otro de los mecanismos de fuga y de este modo a una psicosis o neurosis grave. (Klein, 1935/1994, p.p. 294-95).

Klein consideró al estado depresivo como el resultado de una mezcla de ansiedades, sentimientos y defensas de dolor relacionados con la inminente pérdida de todo objeto amado. El depresivo se nos presenta así como un mal retenedor de objetos buenos, es desconfiado e inseguro de sus objetos buenos internos y externos. Klein es muy específica al señalar que siempre que un sujeto presenta un cuadro de depresión, ya sea este sujeto normal, neurótico o maníaco-depresivo o un caso mixto, siempre existirá un agrupamiento específico de ansiedades, de sentimientos de infelicidad, de mecanismos de defensa a los cuales llamó *Posición Depresiva*.

Klein (1935/1994), señala que la solución es complicada, conlleva la integración en el Yo de objetos totales y una buena relación con el mundo exterior y con las personas que nos rodean. Habrá que pasar desde el reconocimiento de la culpa, los remordimientos tan intrínsecamente relacionados con la posición depresiva, hasta la integración del objeto. Este camino no es sencillo, el yo tiene que

asumirse responsable del amor y del odio que acompañan su desarrollo; así como enfrentar la necesidad de reconocer la realidad psíquica, la realidad externa, el sadismo y el canibalismo existentes. Esta etapa está llena de ansiedades sobre la inminente muerte de los objetos amados internos y externos y su solución solo es posible a través de la identificación con el objeto amado. Solo a partir de esta identificación el Yo podrá darse cuenta de que el objeto odiado es al mismo tiempo el objeto amado y que las figuras imaginarias y fantaseadas están en estrecha relación con las figuras reales.

2.3.1.1 De la paranoia y su relación con la depresión

Klein consideró, que el paranoico es un sujeto que ha logrado alcanzar la integración del objeto; sin embargo o no ha logrado identificarse con él o no ha sabido mantener esa identificación. El paranoico tiene una relación de objeto y una relación con el mundo real, influida por sus primeras relaciones con objetos parciales. Klein (1935/1994) cuestiona la gran capacidad de observación del mundo real que presenta el paranoico; señala que esta observación es una observación falseada o fantaseada que tiene su base en los sentimientos hostiles y persecutorios de esta etapa. *“En el paranoico el objeto despedazado es principalmente una multitud de perseguidores”* (p. 278).

En el paranoico podemos observar una relación de objeto total marcada por los vestigios de la etapa esquizo-paranoide, mientras que en el depresivo observamos una relación de objeto total marcada por las ansiedades depresivas, la culpa y la angustia vestigios de la posición Depresiva. Mientras la introyección para el paranoico es aniquilar al objeto introyectándolo junto a lo hostil internalizado en el depresivo la introyección es intentando incorporar un objeto bueno. Este posicionamiento del sujeto con el objeto quizá permita dar respuesta a nuestro planteamiento inicial sobre los cambios a los que se refiere M. Klein al considerar como diferencia la relación del sujeto con el objeto a partir de la incorporación del objeto en la paranoia y la incorporación del objeto en la melancolía.

Para Klein (1935/1994), los sufrimientos relacionados con la posición depresiva regresan al paranoico a su posición. Aunque la posición depresiva se haya alejado, ha sido alcanzada y por lo tanto la posibilidad de depresión estará siempre presente en sujetos que se encuentren en cualquier posición. Esta rasgadura de la posición depresiva por el paranoico explica para Klein que se observen cuadros clínicos de depresión acompañados de paranoia.

La autora encontró en diversos casos que los temores y sospechas paranoides eran reforzados como defensa contra la posición depresiva encubierta. Es posible pensar que a algunas depresiones le sobrevienen ideas paranoides y que toda paranoia esconde tras de sí una depresión. *“en mi opinión, el estado depresivo se basa en el estado paranoide y genéticamente se deriva de él”* (Klein, 1935/1994, p. 296).

2.3.1.2 De la manía para Klein

La manía se presenta como un periodo distractor, como un periodo confuso; Klein (1935/1994) señala que el maniaco puede en su fantasía destruir y dar muerte a sus objetos; sin embargo y sin duda esta fantasía maniaca tendrá que estar acompañada de omnipotencia; pues es solo así como este sujeto podrá revivir sus objetos en cualquier momento. Lo primordial y principalmente característico de los estados de manía o maniacos es el llamado *sentimiento de Omnipotencia*, Klein (1935/1994) menciona que Helen Deutsch opina que la manía está basada en la negación ligada a la fase fálica y al complejo de castración. Esto es algo en lo que sin duda difiere M. Klein pues piensa que si bien es cierto que en la manía está presente la negación, esta se origina en una fase muy temprana del desarrollo. Esta fase temprana está caracterizada por un Yo defendiéndose de las ansiedades que lo abruman, por un temor a los perseguidores internos y sobre todo por un temor al ello. Estas observaciones llevaron a Klein a considerar que en la manía lo que se niega es la *realidad psíquica* y así el yo, puede negar también la realidad exterior.

En su contribución, la autora consideró que sin duda lo más característico del estado maniaco es el sentimiento de omnipotencia; este sentimiento es causante del propósito de dominar y controlar los objetos introyectados ocasionando dos posibles acciones en el yo:

- a) Negar el miedo que se está sintiendo

- b) Para que el mecanismo adquirido en la posición depresiva anterior a la reparación del objeto, pueda llevarse a cabo

El menosprecio de la importancia del objeto y su desprecio por él, son una característica fundamental de los estados maniacos. Esta degradación le permite al Yo en la manía, realizar una separación parcial de los objetos. Esta separación que el Yo no puede lograr en la posición depresiva, representa aunque de manera limitada, un adelanto del Yo en relación con sus objetos. Adelanto que con la regresión efectuada en la manía se ve obstaculizado en su avance.

Klein (1935/1994) señala *“el hambre de objetos, tan característico de la manía, indica que el yo ha retenido un mecanismo de defensa de la posición depresiva: la introyección de los objetos buenos”* (p. 284). Este pensamiento de Klein nos lleva a pensar en que si el yo ha podido retener la introyección de los objetos buenos es probablemente por una necesidad de estos; es probablemente esta introyección la que posibilita la salida del estado maniaco; la que posibilita el re-encuentro con la creencia en los objetos. El proceso de internalización de los objetos que tiene sus inicios en el primer estadio de la infancia, es fundamental para el desarrollo de las posiciones psicóticas. Aunque las fases de depresión y manía también trazan la vida de sujetos considerados normales.

Así pues, la manía dice Klein (1935/1994) es en todo una defensa contra la Posición Depresiva no lograda por el fracaso en los procesos de introyección.

2.3.1.3 Del suicidio para Klein

Klein (1935/1994), opina que mientras para Abraham y para Glover el suicidio se dirige contra el objeto introyectado; ella observa tres fantasías que acompañan el acto suicida:

- 1) El acto también es un intento de salvar los objetos buenos internos y externos. Destruir la parte del Yo identificada con los objetos malos y con el ello, ayuda a salvaguardar los objetos buenos.
- 2) Satisfacer el odio contra el objeto, a través de exterminar los objetos internos.
- 3) Es el acto representativo de una unión pacífica del Yo con sus objetos amados.

Es interesante reflexionar un poco sobre estas tres fantasías que acompañan el acto suicida; por un lado la primera fantasía me sugiere que si hay una destrucción de la parte del Yo identificada con el ello, hay una destrucción de una parte de lo pulsional, de lo inconsciente, de lo instintivo, de lo estructurante *diría Lacan*; quizás si esto es lo que se intenta destruir en la fantasía lcc, es por el gran peso que esto tiene para el suicida.

El acto suicida puede tener el propósito de establecer una reparación definida y definitiva de las relaciones con el mundo interno y externo. El acto muestra un enorme deseo por librar al objeto bueno real o introyectado, del Yo identificado con objetos malos y sobre todo con el ello tan enormemente destructivo.

2.3.2 Una mirada profunda de Klein al duelo

Consideramos que una vez que se han podido entender y esbozar los argumentos e ideas de M. Klein con respecto a su teoría sobre las Posiciones Esquizo-Paranoide y Depresiva, podemos revisar un documento que publico 5 años después, en el cual continúa sus formulaciones teóricas sobre las depresiones. Como se mencionó en los primeros párrafos del apartado anterior, Klein en este trabajo desarrolla sus ideas sobre la posición depresiva, los sentimientos de culpa y pérdida, e introduce el estudio del juicio de realidad, para teorizar acerca del duelo en su comparación con la temprana infancia.

Klein (1940/1994) inicia sus formulaciones teóricas sobre el duelo, coincidiendo con la idea que Freud plantea en Duelo y melancolía de 1917, señalando que parte esencial del trabajo de duelo es el juicio de realidad llamado por Freud examen de realidad. Klein argumenta que hay una conexión intrínseca entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos; señalando de entrada y es lo que se propone explicar en su artículo, que el niño pasa en su temprana infancia por estados comparables al duelo en el adulto.

Como ya nos había señalado en su contribución de 1935, Klein reconoce en el desarrollo temprano un periodo lleno de ansiedad y temor por la pérdida de los objetos buenos internos y externos. Este periodo nombrado por Klein como Posición Depresiva marca el camino para sostener una buena relación con el mundo; el éxito logrado en la lucha del caos interior que marca esta posición, re-asegura la relación con los objetos buenos internos y externos.

Klein (1940/1994), señala que es un trípode el que sostiene la posición depresiva:



Figura 6. Mi propuesta gráfica del trípode de la Posición Depresiva para Klein (1940)

Klein (1940/1994), nos habla del trípode haciendo referencia al temor, las defensas y los sentimientos provocados por los objetos internos y externos durante la posición depresiva.

- a) Señala que un pie del trípode muestra un sentimiento de persecución, porque el Yo teme su destrucción por los perseguidores internos.

- b) El siguiente pie muestra un sentimiento de defensa, porque hay una sensación de destrucción de los perseguidores por métodos secretos y violentos.

- c) El último pie del trípode muestra el penar por los objetos amados. Klein señala que los sentimientos de pena e inquietud por los objetos amados surge ante el temor de perderlos y el ansia por reconquistarlos *“el penar por la pérdida del objeto amado, esta intrínsecamente relacionado con el amor que por él se siente”* (p. 362). Freed (2008) coincide con Klein sobre los sentimientos de pena; señala que la pena implica dolor por que en esencia es parecido a un castigo generado internamente. Y también coincide en que se pena por el amor que se siente por el objeto perdido porque con ello se ayuda a regular la esperanza de la reunión.

Klein (1940/1994), considera al trípode de la posición depresiva como parte del desarrollo normal; pero también considera como parte del desarrollo normal las defensas maniacas resultantes de este trípode. Señala que el yo por ansiedades depresivas de ser destruido él o sus objetos, construye fantasías omnipotentes y violentas, con las cuales pretende controlar y dominar los objetos malos y peligrosos y mantener en lugar seguro los objetos buenos y amados. Las defensas resultantes del trípode son: la idealización, la negación y el control. La idealización es parte esencial de la posición maniaca y está ligada a la negación sin la cual el yo no podría soportar el desastre que lo amenaza durante la cúspide de la posición depresiva.

Klein (1940/1994), señala:

He mostrado aquí y en artículos anteriores, las razones más profundas de la incapacidad de un sujeto para vencer con éxito la posición depresiva infantil. El fracaso en este sentido origina depresión, *manía* o paranoia. He

señalado uno o dos métodos por los que el yo intenta escapar al sufrimiento, conectados con la posición depresiva: *la huida hacia los objetos buenos internos* (que puede conducir a una psicosis grave) y *la huida hacia los objetos buenos externos* (que hacen posible el vencimiento de la neurosis) (p. 369-70).

Pero es en este artículo, en donde Klein ensancha sus observaciones con respecto a las defensas del Yo, indicando en 1940 que observa otros mecanismos de escape de los sentimientos dolorosos provocados por la Posición Depresiva; estos mecanismos los ubicó como a) Defensas Obsesivas (desde aquí tiene cabida la neurosis obsesiva que se observa en ocasiones acompañando a los estados de duelo), b) Defensas maniacas (resultantes del trípole) y c) Defensas Paranoides. Klein (1940/1994) señala que estos mecanismos defensivos se observan en el desarrollo normal, pero también se observan en aquellas personas que no pueden elaborar sus duelos.

Como se señaló un par de párrafos atrás, resultante de las defensas del Yo están las defensas maniacas que subyugan a los objetos malos internos ante los temores paranoides resultantes del odio reforzado ante la pérdida de los objetos internos; de esta forma los objetos se inmovilizan y se niegan al igual que se proyectan fuertemente en el mundo exterior *“Hay personas que, incapaces de experimentar el duelo, pueden escapar a un ataque maniaco-depresivo o de paranoia sólo por una grave restricción en su vida emocional que empobrece su personalidad total”* (Klein, 1940/1994, p. 370).

Ante la pérdida del objeto en la temprana infancia o lo que es lo mismo para Klein en 1940, ante la pérdida del objeto en estados de duelo, las defensas maniacas pueden reforzarse; aspectos como la negación, el triunfo y el control pueden incrementar su presencia mientras que el dolor y la desgracia se desplazan hacia otros objetos ya sean internos o externos. Una vez más, el mundo interno en la

mente inconsciente del niño se pone en juego a partir de la fuerza de introyección de sus figuras; *durante la fase maníaca*, el amor y la compasión se ven minimizados ocasionando que las figuras perseguidoras adquieran nueva intensidad. Así como el niño al atravesar la temprana posición depresiva requiere al objeto bueno y beneficioso al cual siente que pierde aun y cuando el objeto se encuentre junto a él, el sujeto en duelo sólo puede vencer la pérdida abrumadora por el buen imago que hay dentro de él. Si el niño no ha establecido de modo seguro dentro de sí al objeto bueno, la madre real le es de gran ayuda; mientras que el sujeto en duelo *“si está rodeado de personas que él quiere y que comparten su dolor, y si puede aceptar su compasión, también esto favorece la restauración de la armonía de su mundo interno y se reducen más rápidamente sus miedos y penas”* (Klein, 1940/1994, p. 364).

Las defensas maníacas forman parte importante de la relación objetal en la temprana infancia durante la posición depresiva pero también durante la pérdida que conlleva el duelo este es uno de los grandes aportes que hace M. Klein en este artículo. Klein señala que estas defensas pueden ser tan intempestivas que hagan sentir que el acto de reparación no es benigno; convirtiendo los objetos que deberían de ser restaurados en objetos perseguidores y reforzar así los sentimientos de persecución. Pero también señala Klein (1940/1994) vencidos a los objetos se les controla.

Klein durante el análisis con niños observó que hay una gran rivalidad y una necesidad por comparar y equiparar sus logros a los de los adultos, esta rivalidad incentiva al pequeño en búsqueda de sus logros pero también superar las deficiencias de los adultos se acompaña de un gran temor resultado de la defensa maníaca de control sobre el objeto al vencerlo *“en mi experiencia, el deseo de invertir la relación niño-padre, de vencer el poder de los padres y de triunfar sobre ellos va siempre en cierta medida asociado con deseos dirigidos hacia el logro del éxito”* (Klein, 1940/1994 p. 353).

El triunfo sobre los objetos también genera un sentimiento de culpa ocasionando en diversas ocasiones el malogro de la conquista. El sujeto que siente culpa por el éxito obtenido sobre el objeto intentará reparar al objeto derrotado, reparación sin tregua pues también se deseaba vencerle. Esta ambivalencia genera culpa permanente y sin alivio que muy pronto conducirá a la desconfianza y a la reactivación de los sentimientos de persecución. Klein (1940/1994) considera que esta situación puede converger en un estado depresivo o en el aumento de las tres defensas maníacas señaladas: a) Control sobre el objeto, b) Gratificación sádica de vencer, humillar y controlar al objeto c) Triunfo sobre el objeto.

La omnipotencia maníaca a la que ha regresado el sujeto, genera una serie de impulsos sádicos y manda al fundamento los sentimientos de reparación *“el niño pequeño, que no puede confiar suficientemente en sus sentimientos constructivos y de reparación como hemos visto, recurre a la omnipotencia maníaca”* (Klein, 1940/1994, p. 352). Aún el desarrollo es prematuro para que el niño pueda disponer de métodos adecuados para contrarrestar la culpa y la ansiedad surgidas de sus sentimientos y fantasías agresivos. El fracaso en los intentos de reparación conduce tanto a niños como a adultos, a la repetición compulsiva de los actos de reparación.

Klein (1940/1994) señala que la capacidad de mantener con vida los objetos buenos internos estará en función del equilibrio que se pueda dar al estado mental. El sujeto puede relacionarse con nuevos objetos no ligados al objeto perdido y serán estos nuevos objetos -aunque de manera aun maníaca- quienes pueden absorber algo del amor destinado al objeto perdido, restaurándolo y reteniéndolo en el inconciente. De esta forma el yo se procura algo de alivio y encuentra una forma de minimizar su culpa. *“el penar por el objeto amado perdido también implica una dependencia frente a él, pero una dependencia que se transforma en un incentivo para lograr la reparación y la conservación del objeto. Es creativa porque está dominada por el temor, mientras que la dependencia*

basada en la persecución y en el odio es estéril y destructiva” (p. 362). De esta manera el objeto amado perdido puede ser conservado internamente.

Como lo señalamos al inicio de esta apartado, Klein coincide con Freud (1917/2006), que parte esencial del trabajo de duelo es el juicio de realidad; Klein (1940/1994) menciona que hay un dolor inherente al proceso de juicio de realidad que se hace presente durante el duelo y que exige al sujeto la renovación inmediata de sus vínculos con el mundo externo pero también una necesaria reconstrucción del mundo interno que ante la pérdida siente quedar en peligro de ser destruido *“Cuando el niño pasa a través de la posición depresiva, lucha en su inconciente con la tarea de establecer e integrar el mundo interno, del mismo modo que el sujeto en duelo sufre con el restablecimiento y la reintegración de este mundo”* (p. 356).

Para Klein (1940/1994) el camino hacia el dominio del mundo interno, genera ansiedades que al no poder ser rechazadas y contrarrestadas por aspectos agradables de las relaciones externas, puede provocar serios trastornos mentales. La necesidad de ciertos acontecimientos displacientes permiten al sujeto reforzar su juicio de realidad; su vencimiento se hace necesario para el reforzamiento de las relaciones con los objetos. Así Klein en 1940 sostiene que *“una buena relación con el mundo depende del éxito logrado en la lucha contra el caos interior (la posición depresiva) y en haber establecido con seguridad objetos ‘buenos’ internos”* (p. 350). Creo que aquí vale recordar una de las principales tesis de M. Klein en la introducción del concepto de Posición Depresiva pues como ella señala, esta posición es una melancolía en status nascendi. ***El objeto de duelo, repetible en cada pérdida es propone Klein <<el pecho de la madre y todo lo que este proporciona>>*** presente en cada sujeto estará la ecuación leche igual a amor, bondad, seguridad, etc.

La muerte de la persona amada será así sentida como la muerte del pecho-objeto bueno que representa la madre; esta ausencia castiga con la irreconciliación que

el doliente hace en estado de duelo contra sus figuras persecutorias; no habrá castigo más severo que el que uno se autoimpone a través de la desconfianza y la persecución reforzada de los objetos malos persecutorios. El duelo trae sin duda inherente el sufrimiento, la persecución, la desconfianza, el malestar por la re-presencia de los objetos malos ya anteriormente dominados pero que ahora aprovechándose del dolor sentido por el Yo, toman nuevos bríos.

En el duelo o en la pérdida del objeto amado, la pérdida real esta ciertamente aumentada, Klein (1940/1994) observa que la pérdida real tiene una clara correspondencia con la fantasía de haber perdido los objetos buenos internalizados. Klein en este artículo coincide con Freud y Abraham (*ver primera parte de este capítulo*) sobre la instalación dentro del yo del objeto perdido; sin embargo ella piensa que no únicamente se acoge dentro de sí al objeto perdido “reincorporación” sino que también se “reinstalan” los objetos buenos internalizados. Sin duda dice Klein: Hay una reactivación de la posición depresiva temprana junto con ansiedad, culpa, sentimientos de pérdida y sentimientos de dolor derivados de *la situación frente al pecho* y se reavivan las muy primarias tendencias paranoides y de persecución de los objetos malos.

La pérdida del objeto amado manifiesta en los estados de duelo es fiel significante de la pérdida de los objetos buenos internalizados y productora incansable de ansiedades psicóticas, El sujeto en duelo propone Klein es realmente un enfermo, la habitual reacción ante las pérdidas aparenta una naturalidad a la cual no se le puede conceder la etiqueta de enfermedad; así como a aquel que se encuentra pagando una manda o penitencia no se le puede otorgar la etiqueta de masoquista, al doliente no se le puede otorgar una etiqueta de melancólico “*el sujeto en duelo atraviesa por un estado maniaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence, repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano*” (Klein, 1940/1994, p. 356) es acaso esto etiqueta de enfermedad?

No es así para taparnos los ojos y no observar que la pérdida del objeto amado enciende una vez más los más tempranos temores paranoides y la sed de venganza de los objetos malos, las pérdidas regresan al sujeto a la posición depresiva y en muchos casos lo regresan a la etapa aún anterior a esta. La pérdida del objeto amado regresiona al sujeto al momento de su desarrollo en que más desconfiaba, al momento en que aún no lograba afianzar dentro de sí a los objetos buenos. El duelo es re-activador firme de antiguos duelos, las penas sobrepasadas están conectadas con las penas presentes, el inconsciente es el único lugar que atestigua el salvaje rostro del odio y del amor por los objetos.

Se hace indispensable la presencia del objeto bueno, se le demanda, se le exige, se le implora *“la madre idealizada es la salvaguardia de la que dispone el niño contra una madre vengativa o una madre muerta. ...el sujeto en duelo se alivia recordando la bondad y las buenas cualidades de la persona perdida y esto en parte debido a la tranquilización que experimenta al conservar su objeto de amor idealizado”* (Klein, 1940/1994, p. 357). Nosotros solo diferimos un par de grados de lo que propone Klein, no consideramos que se solo la madre idealizada o el objeto idealizado en el que recaigan las esperanzas de la salvaguardia sino también el hoy importante objeto real.

El sujeto en duelo es un sujeto vulnerable, es un sujeto cuyo mayor peligro se le presenta si su duelo decide dar una vuelta contra sí mismo y arremeter contra de sí todo el odio sentido por la persona amada ahora perdida. El sujeto cuyo duelo es sentido como triunfo sobre la persona muerta no se observa como un sujeto experimentando una pérdida sino como un triunfador (párrafos anteriores se explicaron las defensas maniacas inherentes al estado de duelo) sobre el objeto ahora faltante *“los deseos de muerte del niño contra los padres, hermanos y hermanas se cumplen cuando alguien muere. ...Así la muerte, aunque frustré por otras razones, es sentida en cierto modo como una victoria; origina un triunfo y de ahí el aumento de la culpabilidad [y del remordimiento]”* (Klein, 1940/1994, p. 356).

El triunfo sobre el objeto que no existe más, refleja la posición de la existencia del propio sujeto sobre la inexistencia del objeto; Klein en 1940 pensó que la satisfacción narcisista contiene suavizado el elemento de triunfo que Freud no piensa como parte del duelo normal pero que según ella sí lo es. En el estado de duelo el dolor y la culpa se ligan una vez que las defensas maniacas desaparecen o disminuyen, el triunfo observado puede hacerse presente y así el sujeto continuar con vida mientras el sujeto no lo está más.

El desligue de los objetos posibilita tolerar su ausencia, *“Cualquier dolor causado por experiencias dolorosas, cualquiera sea su naturaleza, tiene algo de común con el duelo y reactiva la posición depresiva infantil. El encuentro y la superación de la adversidad de cualquier especie ocasiona un trabajo mental similar al duelo”* (Klein, 1940/1994, p. 362).

El duelo solo se vence gradualmente, la confianza en los objetos externos es capaz de otorgar al sujeto en duelo una tregua para fortalecer su confianza en la persona amada perdida *“solo así puede aceptar que el objeto no fuera perfecto, solo así puede no perder la confianza y la fe en él, ni temer su venganza. Cuando se logra esto se ha dado un paso importante en la labor de duelo y se lo ha vencido”* (Klein, 1940/1994, p. 357).

La cima del duelo solo puede ser alcanzada incesantemente *“El aumento de amor y confianza, la disminución de los temores a través de experiencias felices, ayuda al niño paso a paso a vencer su depresión y sentimiento de pérdida (duelo)”* (Klein, 1940/1994, p. 349). Sin embargo y para malestar del sujeto, este movimiento no es lineal sino ondulatorio, la formación de *objetos internos o imagos* no es un continuo en ascendencia sino una serie de movimientos regresivos y repetitivos. La intensidad de los sentimientos que el sujeto en duelo vive como una desgracia pueden persistir en la memoria durante mucho tiempo y re-aparecer quizás durante toda la vida. Además y esto es muy importante, Klein en este artículo

señala que -deben ser considerados como aquellos sentimientos generadores de la *culpa inconciente*-.

Klein (1940/1994) señala que:

En el duelo normal, el individuo reintroyecta y reinstala tanto a la persona real perdida, como a sus padres amados que sintió como objetos internos buenos. En su fantasía, este mundo interno, que construyo desde los primeros días de su vida en adelante, fue destruido cuando se produjo la pérdida actual. La reconstrucción del mundo interno da la pauta del éxito de la labor de duelo (p. 365).

El Yo necesita caminar poco a poco en búsqueda de recuperar su fortaleza y su confianza en el mundo, este reforzamiento que se presenta continuamente ante las perdidas, ayudará en la unificación de las *Imagos* internas y externas, amadas y odiadas. Ayudará en la mitigación del odio por medio del amor hasta alcanzar un estado general de integración. La disminución de la omnipotencia maniaca así como la disminución de la naturaleza obsesiva de las tendencias de reparación significarán para el sujeto la superación y el abandono de la neurosis infantil.

De la diferencia entre Duelo Normal y Patológico en M. K

Duelo Normal	Duelo Patológico (estado maniaco-depresivo)
El trabajo de duelo se conduce exitosamente	El trabajo de duelo fracasa
Existe la capacidad de establecer objetos buenos internos	Poca o nula capacidad para establecer objetos buenos internos
Seguridad en el mundo interno	Inseguridad en el mundo interno
Se supera la posición depresiva infantil	No ha sido superada exitosamente la posición depresiva infantil
Posibilidad de reinstalar objetos perdidos	Poca o nula capacidad de reinstalar objetos perdidos
Un Yo flexible y adaptable	Un Yo rígido y con poca o nula capacidad de adaptación
Confianza en los objetos internos	Poca o nula confianza en los objetos internos
Capacidad de sobreponerse a los sentimientos de pérdida de las figuras buenas internalizadas	Poca o nula capacidad de sobreponerse a los sentimientos de pérdida de las figuras buenas internalizadas
Posibilidad de reconstruir el mundo interno destruido durante la pérdida	Poca o nula capacidad para reconstruir el mundo interno destruido durante la pérdida
Capacidad de vencer la pena surgida, Capacidad para restablecer la seguridad, Capacidad para lograr la armonía y la paz duraderas	Poca o nula capacidad de vencer la pena surgida, poca o nula capacidad para restablecer la seguridad, poca o nula capacidad de lograr armonía y paz duraderas

Tabla No 1 Características del Duelo M. Klein (1940)

3. METAPSICOLOGÍA, MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN

El análisis que se ha efectuado de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía tanto en la historia como en la teoría psicoanalítica, nos muestra la necesidad de revisar aquellos conceptos fundamentales para la comprensión psicoanalítica de ambos cuadros clínicos. Este esfuerzo que ahora se nos demanda, es un esfuerzo necesario si se desea tener un documento que si bien no completo <por la imposibilidad que ello representa> si exponga la información básica necesaria para la comprensión clínica de ambas entidades nosológicas. Esta revisión conceptual buscará no ser limitativa al concepto; sino presentar una relación concepto-trastorno mental que en lo sucesivo llamaremos concepto-relacional.

Al escribir este documento, hay un deseo implícito en que pueda ser consultado por colegas psicólogos <no propiamente psicoanalistas> y por estudiosos del psicoanálisis. De ahí la decisión de hacer una revisión que facilite la consulta conceptual clave en la comprensión de la depresión y la melancolía en psicoanálisis.

3.1 Melancolía, depresión y organización pulsional

El término pulsión en psicología y en psicoanálisis es atribuido a Freud; al igual que muchos de los conceptos que introdujo para el estudio de la teoría psicoanalítica, el de pulsión es también un concepto metamórfico, móvil y poco sujeta a un periodo único-temporal en la obra freudiana.

Así, en 1905 en sus *tres ensayos de teoría sexual* Freud señala que la pulsión es “*la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir ... uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal*” (Freud, 1905/2006, p. 153). Sin haberlo señalado así Freud, podemos observar que en esta primera teorización sobre la pulsión, el concepto dividía por

una parte lo genético-corporal (estimulo), de lo psíquico (representación); nos indica que es un continuo fluir, algo que se nos presenta lineal y a su vez ascendente dejando atrás lo corpóreo para terminar en lo anímico-afectivo que es en donde se encuentra la pulsión.

Mientras que en 1911 realizó una revisión de su concepto a partir del análisis bibliográfico-clínico del caso Schreber señalando que la pulsión debía ser considerada como *“El concepto fronterizo de lo somático respecto de lo anímico ... el representante psíquico de poderes orgánicos”* (Freud, 1911/2006, p. 68). En esta definición de 1911, Freud nos confunde un poco, por un lado nos presenta la pulsión como una línea divisoria pero permeable en un solo sentido entre lo corpóreo y lo psíquico; y por el otro como la representación mental o psíquica de una significación corporal; sin embargo aún señalado como concepto fronterizo y lineal entre el cuerpo y la mente.

Consideramos que Freud realizó dos últimas revisiones importantes al concepto de pulsión; una de ellas que no abordaremos en el presente trabajo y que puede encontrarse en su escrito sobre pulsión de vida y pulsión de muerte y la otra en su trabajo de 1915 sobre pulsiones y destinos de pulsión; en este trabajo señala que *“la pulsión es un concepto fronterizo entre lo anímico [psíquico] y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma”* (Freud, 1915/2006a, p. 108). Si analizamos bien su aportación de 1911 y esta formulación de 1915, observaremos que las diferencias visibles no aparentan ser substanciales, sin embargo Freud está cambiando el orden de los elementos que consideramos si altera el concepto de pulsión de 1911 pues ahora tanto el psiquismo tiene inferencia sobre el soma como el soma sobre el psiquismo.

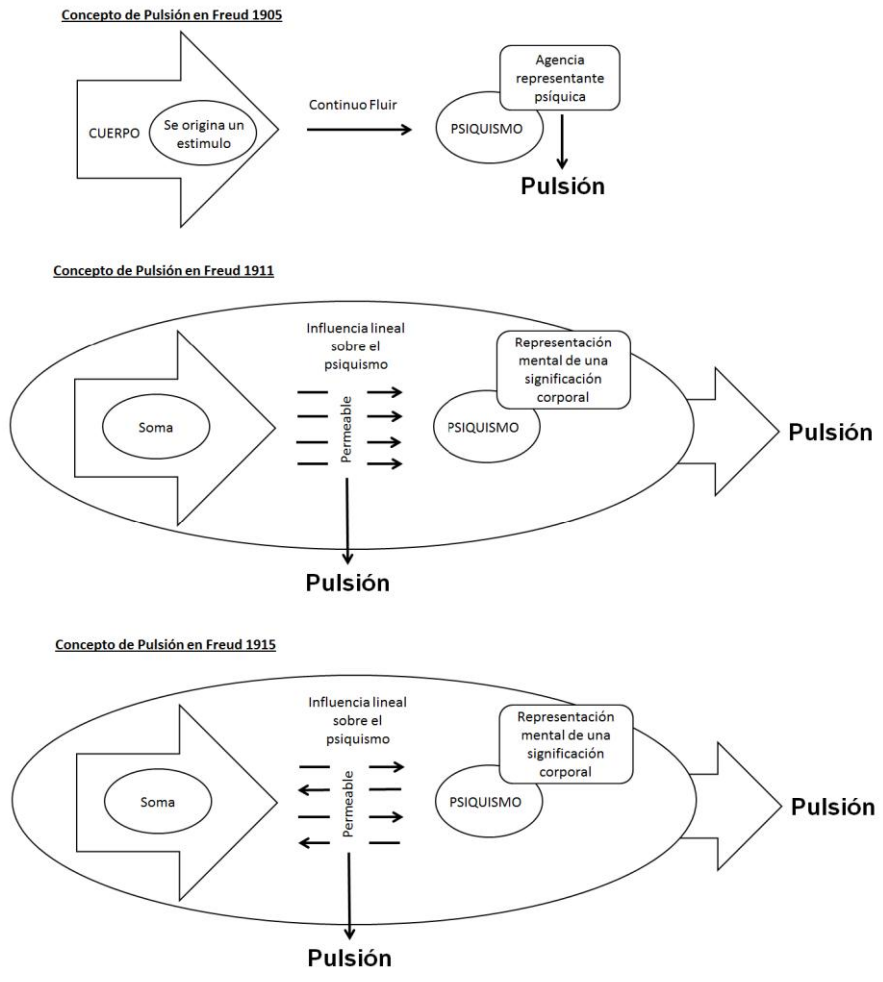


Figura 7. Mi propuesta gráfica de la pulsión en Freud 1905, 1911, 1915

Podemos argumentar, que las pulsiones son fuerzas derivadas tanto del cuerpo (soma), como de las exigencias del ello. Estas fuerzas están en algunos casos, representadas psíquicamente. A las pulsiones se les puede ubicar entre lo somático y lo psíquico y es necesario conocer, que a nivel somático tienen diferentes fuentes:

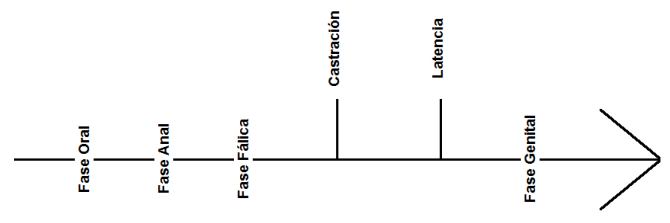


Figura 8. Mi propuesta gráfica del desarrollo Libidinal / Fuentes de Pulsión en Freud

Freud durante su obra siempre señaló las limitaciones con que se enfrenta la teoría psicoanalítica; con respecto al concepto de pulsión, ya durante su teorización mencionó que aún era un concepto bastante oscuro pero que la psicología ya no podía seguir prescindiendo de él. Freud consideró diferentes formas de conceptualizar la pulsión; en algún momento se le ve equiparando el concepto al de estímulo pero pronto abandona esta idea al visualizar otra clase de estímulos diferentes a la pulsión.

Freud (1915/2006a) señala:

Los estímulos exteriores ... alcanzan una meta y después, por ser el adecuado al fin, se convierten en disposición heredada ... los estímulos pulsionales que se generan en el interior del organismo no pueden tramitarse mediante ese mecanismo. Por eso plantean exigencias mucho más elevadas al sistema nervioso y lo mueven a actividades complejas, encadenadas entre sí, que modifican el mundo exterior lo suficiente para que satisfaga a la fuente interior de estímulo (p. 116).

Freud (1915/2006a), señala una serie de elementos constituyentes de la pulsión. El esfuerzo, la meta, el objeto y la fuente son los elementos que dan origen y motivo a la pulsión. Mientras que el esfuerzo es el factor motor de la pulsión, la meta se visualiza como la satisfacción alcanzada por la pulsión (la meta no siempre es alcanzada, tenemos algunos casos en que la meta se inhibe o desvía). El objeto lo describe Freud como aquello por lo cual puede alcanzar su meta una pulsión; el objeto no es solo ajeno al sujeto sino puede ser una parte de este mismo, además de que un objeto puede ayudar a alcanzar la satisfacción de varias pulsiones simultáneamente. La fuente está comprendida por el lugar en que

se gesta la pulsión, el interior del cuerpo cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión.

La pulsión en 1915 fue concebida por Freud como la fuerza libidinal que se gesta en el soma y que tiene un representante psíquico (como Freud lo señaló, también puede ser en sentido inverso). Esta pulsión puede tener cuatro posibles destinos:

- a) *El trastorno hacia lo contrario*: de lo activo a lo pasivo cambia la vía de objeto pero se mantiene la meta (ejemplo los pares de opuestos sadismo-masochismo y exhibicionismo-voyerismo),
- b) *La vuelta hacia la persona propia*: se puede comprender si pensamos que el masochismo es un sadismo vuelto hacia el yo propio y en los casos de vuelta del contenido en aquellos casos en que el amor deviene en odio.
- c) La represión
- d) La sublimación

Después de la revisión general de la concepción freudiana sobre la pulsión, estamos en posibilidad de abrir una serie de nuevos cuestionamientos al concepto-relacional; ¿Cuál es la pulsión que se moviliza en la depresión y en la melancolía? ¿Es la misma pulsión la que se moviliza en ambos cuadros clínicos? ¿A través de qué proceso se gesta la pulsión que da origen a estos cuadros clínicos?

Si recordamos el capítulo segundo del presente trabajo, Freud con ayuda de Abraham entendió que la melancolía estaba estrechamente relacionada con el sadismo. Ya en su carta del 31 de marzo de 1915, Abraham señala a Freud que la melancolía no está lejos del erotismo anal; le menciona que ha podido observar

que la fijación libidinal de la melancolía es una etapa anal previa a lo que se conocía en ese momento.

Estos aportes de K. Abraham diferían de las de Freud sobre todo al comienzo de las teorizaciones sobre estos cuadros clínicos. Freud siempre ubicó a la melancolía en la etapa oral o como también la llamó –canibalística; mientras que Abraham (1915) menciona a Freud en su correspondencia que *“podría ser el erotismo anal, el punto en donde estas dos condiciones que de otra manera se observan tan estrechamente relacionadas, difieren [refiriéndose a la neurosis obsesiva con punto de fijación en la etapa anal retentiva-manipulativa y a la melancolía con punto de fijación en la etapa anal de expulsión]”* (p. 305).

Con respecto a las ideas de Abraham que sirvieron para reforzar y ampliar las propias ideas de Freud, ahora sabemos cómo nos lo indica Chasseguet – Smirgel (1991) *“Para Abraham la etapa anal consta de dos fases: una de la expulsión y aniquilación que se expresa en la melancolía, y la otra de conservación y dominación que se expresa en la neurosis obsesiva; a través de la regresión, la frontera entre las dos fases corresponde a la línea que separa la neurosis de la psicosis”* (p. 541).

Así, sabemos que la etapa oral, es una organización de la libido en la cual el sujeto incorpora <desde Freud> y una etapa anal destructiva <desde Abraham> al objeto. La introyección propuesta por Freud no está separada de la ambivalencia; pues el acto de incorporar está acompañado tanto por impulsos hostiles – destructivos reprimidos contra las figuras parentales como por la compasión ante la aniquilación de estas figuras (muy similar a la destructividad que propone Abraham). Así mismo consideramos que algo muy paralelo se debe entender cuando M. Klein menciona que el objeto repetible en cada pérdida es el pecho de la madre y todo lo que este da (*ver capítulo segundo*).

Freud (1915/2006b) señala *“una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; solo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada sino es por la representación”* (p. 173). Consideramos que en los trastornos depresivo y melancólico no es otra la pulsión representada que la de las figuras parentales (objeto bueno) introyectadas, aniquiladas (tragadas/mordidas) y perdidas las que hacen vacío en lo consciente y pérdida irrecuperable en lo inconsciente del sujeto sufriente. Señala Kristeva (1991) La depresión hace eco en el sujeto con el discurso: *no sabes tolerar la pérdida*.

Así mismo Freud (1915/2006a), señala: *“La pulsión ... no actúa como una fuerza de choque momentánea, sino siempre como una fuerza constante. Puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo, una huida de nada puede valer contra ella”* (p. 114). Freud tanto con su idea de pulsión como con su idea de *Lo Inconsciente* nos da la posibilidad de pensar los trastornos mentales y en específico la depresión y la melancolía que son los que ahora nos ocupan, como trastornos que no vienen de afuera sino desde dentro del sujeto.

El melancólico y el depresivo no pueden escapar de la representación de la pulsión “falta de objeto” porque está dentro de ellos mismos. Pensamos que esta idea se refuerza si observamos que Abraham (1915) ya señalaba *“El melancólico ha perdido algo pero no sabe que es”* (p. 306).

3.2 Melancolía y depresión “una explicación desde la elección narcisista de objeto”

Como ya lo señalábamos en el capítulo segundo del presente trabajo, la identificación con el objeto a partir de un tipo de elección de objeto narcisista es una de las tesis más importantes de Freud con respecto a la melancolía.

Freud (1914/2006), observó que una de las alternativas de la libido comprende colocarla en el yo y no en los objetos; así nos señala que en el narcisismo *“la*

libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo, y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo” (p. 72). Esta observación de Freud pronto reclamaría su lugar dentro del desarrollo sexual de la libido.



Figura 9. Mi propuesta gráfica sobre el Narcisismo en Freud (1914)

Freud (1914/2006) reconoció que el narcisismo se nos presenta de dos posibles maneras: por un lado un *narcisismo primario y normal* que permite la autoconservación y por otro un *narcisismo patológico* que muestra un extrañamiento respecto del interés por el mundo exterior y que Freud nos señala puede observarse en las parafrenias.

Del narcisismo primario Del valle (2010) señala:

De acuerdo con Freud, el narcisismo primario es un estado temprano en que el niño catectiza toda su libido sobre sí tomándose como objeto de amor antes de escoger objetos exteriores. Se trata de un estado rigurosamente *anobjetal* o, por lo menos, indiferenciado, sin fronteras entre sujeto y mundo exterior. (p. 66).

Bleichmar (2008) no está muy de acuerdo con la anobjetalidad del narcisismo; en un análisis cargado de bastantes principios lógicos señala que *“si el propio cuerpo*

o 'si mismo' son objetos de amor para el sujeto, resulta evidente que hay un objeto, por lo tanto el narcisismo primario no sería anobjetal" (p. 41)

Del narcisismo patológico o secundario, Freud (1914/2006) señala que se observa como un repliegue de las investiduras de objeto. Esta condición de retorno al yo de las investiduras cedidas a los objetos durante su relación con ellos, quizá pueda alumbrar la pérdida de realidad que acompaña a estos estados y entre ellos al de la melancolía. Aquí hay una distinción interesante y necesaria de señalar; Mientras que en la neurosis la libido retirada de los objetos es conservada de alguna manera en la fantasía o en la imaginación, en los estados de narcisismo patológico (entre ellos la melancolía), la libido retirada de los objetos no se sustituye ni en la fantasía, ni en la imaginación.

Para Del valle (2010) el narcisismo secundario no implica en todos los casos enfermedad, esta autora señala que *"constituye una estructura permanente del sujeto. En el plano económico las catexís de objeto no suprimen a las catexís del yo; existe un equilibrio energético entre ambas. En el plano tópico el ideal del yo representa una formación narcisista que jamás es abandonada"* (p. 67).

Sin embargo, a nosotros nos confirma que Freud si hablaba de patología cuando se refiere al narcisismo secundario, pues señala: *"Vemos también a grandes rasgos una oposición entre la libido yoica y la libido de objeto. Cuanto más gasta una, tanto más se empobrece la otra"* (Freud, 1914/2006, p. 73-4). Si bien entendemos, que al principio el narcisismo es de vida, de autoconservación, del desarrollo yoico, ciertamente también es distinguible que la libido yoica en retorno y en oposición a la libido de objeto, traza una de las apenas visibles fronteras entre la psicosis y la neurosis.

Freud (1914/2006) señala al respecto del párrafo anterior:

La persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento. Una observación más precisa nos enseña que, mientras sufre, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, cesa de amar. ...[o bien desde la teoría de la libido] el enfermo retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después de curarse ... Libido e interés yoico tiene aquí el mismo destino y se vuelven otra vez indiscernibles. El notorio egoísmo del enfermo los recubre a ambos. (p. 79).

Debemos pensar, que es necesario diferenciar pero también amalgamar el narcisismo secundario o patológico como un retorno de la libido puesta *temporariamente* en los objetos al yo, de la elección narcisista de objeto. En la primera no necesariamente se nos presenta una elección narcisista de objeto pero si se nos presenta un episodio suficientemente fuerte, para que el yo retraiga hacia sí, las investiduras de objeto. Aquel que eligió su objeto desde una elección narcisista no necesariamente retirará las investiduras de objeto ante un episodio similar sino que su elección fortalecida por la misma elección narcisista lo puede liberar de la retracción libidinal y por lo tanto del narcisismo secundario o patológico.

Nuestra anterior hipótesis, consideramos se confirma si retomamos la enunciación freudiana que nos ofrece en su escrito sobre narcisismo (1914/2006) y en la cual nos señala:

Con particular nitidez se evidencia que el narcisismo de una persona despliega gran atracción sobre aquellas otras que han desistido de la dimensión

plena de su narcisismo propio y andan en requerimiento del amor de objeto; el atractivo del niño reside en buena parte en su narcisismo, en su complacencia consigo mismo y en su inaccesibilidad [Agregaríamos nosotros como punto de suma importancia: No se le ve vagar en pena por objeto alguno]. ...por la congruencia narcisista con que saben alejar de sí todo cuanto pueda empequeñecer su yo; como si conservaran un estado psíquico beatífico (p. 86).

Señalamos, a partir de nuestra propuesta descrita un par de párrafos atrás, que habrá que diferenciar entre narcisismo primario que puede llegar a ser normal o patológico, del narcisismo secundario que es en todo momento patológico y de la elección de objeto narcisista que jamás es patológica en tanto posibilidad de identificación con un objeto.

Sobre narcisismo primario patológico Del Valle (2010) cita a André Green y señala que este último nos conduce desde la idea de narcisismo primario hasta lo más extremo del concepto, el cual Green nombra: *narcisismo negativo* al que relaciona con el narcisismo primario absoluto para sugerir que más allá de la división que fragmenta al yo y lo conduce hacia el autoerotismo, el narcisismo primario absoluto desea el reposo mimético de la muerte, busca el no-deseo del otro, de lo inexistente, del no-ser; busca otra forma de acceso a la inmortalidad.

Sobre el narcisismo secundario y el único llamado por Freud *patológico*, se describe desde introducción del narcisismo de 1914 que el displacer llega con la sobre-investidura yoica. Una vez que se retira la investidura de objeto, hay un aumento de tensión que se manifiesta en el displacer psíquico. Esta idea Freudiana de un equilibrio en las investiduras y en las tensiones psíquicas, se nos presenta muy parecida al estado de desequilibrio que dos mil años atrás nos señalaban los griegos se podía observar en la patogénesis de la melancolía. Como pudimos observar en el capítulo primero, en la Grecia antigua la llamada

Melancholia estaba atada a un desequilibrio en el organismo del sujeto que la padecía.

Balint (1952), coincide con Freud en el aumento de displacer que sobreviene cuando la libido retorna al yo; además señala que este displacer en el duelo, en la melancolía y en cualquier otra forma de aceptación tiene que ver con la presencia de rasgos narcisistas muy fuertes que usualmente toman la forma de profundos resentimientos por lo *in-merecido* e *injusto* que le parece al sufriente el acontecimiento.

Freud ubicó bien el displacer que sobrevinía con la pérdida del equilibrio <aunque así no lo llamara él> pero además agrego que “*uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermaría si a consecuencia de una frustración no puede amar*” (1914,2006, p. 82). Líneas atrás mencione que había que diferenciar el narcisismo primario normal (como lo propone Freud) o patológico (como lo observamos con las ideas de A. Green), del narcisismo secundario que es en todo momento patológico pues esconde tras de sí a un engañador de objetos, a un mentiroso y traicionero que ante la mínima afrenta traicionó y abandonó a su objeto; ya en el capítulo dos del presente trabajo señalaba la capacidad de poco amante y la incapacidad de amar del sujeto melancólico (*ver capítulo 2*). Pero también hay que diferenciarlo de la elección de objeto narcisista que sostenemos no es patológica pues la condición misma de la elección nos enseña a un amante implacable de sí mismo.

No solo el narcisismo secundario o patológico oscurece al narcisismo normal o primario; también podemos observar que así *como la sombra del objeto recae sobre el yo* oscureciéndolo, la sombra del narcisismo patológico recae sobre el narcisismo primario haciendo que el sujeto abandone su capacidad de amar por su capacidad de amarse y sin duda será algo que lo hundirá en las tinieblas.

Los estudios, hipótesis y formulaciones teóricas sobre el narcisismo son en psicoanálisis de una gran extensión y si bien no profundizaremos en cada una de ellas porque no es el objetivo del presente trabajo ni lo que se pretende con él; si debemos señalar que un análisis de toda la teorización al respecto del narcisismo quizá pueda ser objeto de otro estudio y quizá pueda arrojar más luz sobre los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía en nuestros tiempos.

3.3 Estructuras, melancolía y depresión

Me parece que debemos partir de señalar y diferenciar los estudios de la 1ª tópica freudiana que estuvieron presentes hasta antes de 1923, de la 2ª tópica freudiana que podríamos ubicar a partir del trabajo sobre el *Yo y el ello*. Este trabajo es considerado como el escrito que amalgama las ideas que Freud venía desarrollando desde 1914 con su introducción del narcisismo, 1915 con sus trabajos sobre metapsicología, 1920 con más allá del principio de placer, etc.

La hipótesis de Freud (1923/2006) con respecto a la primera tópica puede ser resumida <por la necesidad que ello nos demanda> en un esquema psíquico bipartita. En la cual una de sus partes está compuesta por *lo reprimido* y la otra por *lo represor*. También se puede resumir si señalamos que en la primera tópica Freud señala la existencia de un proceso primario de descarga inmediata y un proceso secundario que tendería a postergar la descarga. Las teorizaciones de Freud sobre la 1ª tópica han sido dejadas poco a poco de lado por los estudiosos del psicoanálisis tanto como fuera dejada por Freud.

Mientras que la 2ª tópica naciente en 1923 marca al psicoanálisis en lo sucesivo. Sin duda las formulaciones teóricas estructurales de Freud son un camino complejo y complicado de ubicar en un momento histórico; pues como ya se señaló, son varios años y varios textos los que finalmente rinden en el escrito del *Yo y el ello*.

El psicoanálisis tiene en los pilares del inconciente su fundamento teórico. La conciencia es una cualidad ni siempre presente, ni fundamenta la vida psíquica; Freud (1923/2006) señala *“El psicoanálisis no puede situar en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino que se ve obligado a considerar la conciencia como una cualidad de lo psíquico que puede añadirse a otras cualidades o faltar”* (p. 15). En ese mismo escrito Freud señala nuevamente que lo inconciente como elemento puede ser alcanzado a través de sus representaciones, sin embargo también señala que hay algo de este mismo orden que no puede ser alcanzado jamás.

Estas formulaciones teóricas de lo consciente y lo inconciente permiten trazar y distinguir por un lado lo inconciente como descriptivo y por otro lo Inconciente como sistema <<Icc>>. Cuando Freud sostuvo que había una parte de la vida anímica que era inconciente (icc) y que había otra parte que se hacía Icc y que por lo tanto lo Icc era también un sistema-funcional; a su vez se encontró ante la necesidad de sostener que el mismo Yo tendría que tener una parte de Icc que ubicó en el sistema Pcc. Además agrego *“Todas las funciones del sistema Cc (Prcc), como habían sido enumeradas en <<Lo inconciente>> y que incluyen la censura, el examen de realidad, [la percepción], etc., son asignadas ahora al <<yo>>.”* (Freud, 1923/2006, p. 9).

Marta Gerez (2003), nos explica que la 2ª tópica permite a Freud plantear al Ello en dos términos:

- a) Como núcleo de lo inconciente –agente psíquico de la pulsión—
- b) Como *Lo reprimido* –aquello que puede ser susceptible de un sistema de transcripción—

Conceptualizar y comprender lo Icc <<como sistema>> y lo icc <<como elemento de transcripción>> es irnos adentrando en la comprensión de la 2ª tópica freudiana.

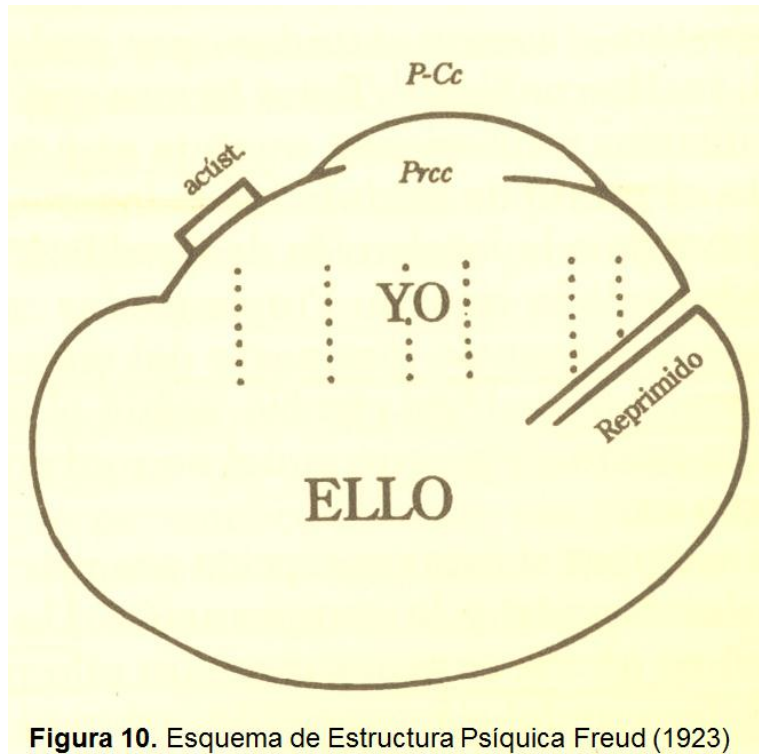
Freud (1923/2006), señala que *“tenemos dos clases de inconciente: lo latente, aunque susceptible de conciencia, y lo reprimido, que en sí y sin más es insusceptible de conciencia”* (p. 17). ¿Pero cómo es que hay algo que se hace lcc?

Para responder nuestro cuestionamiento, es necesario señalar que Freud (1923/2006) reconoce tres estructuras mentales; por un lado esta lo Conciente (Cc), por otro aunque interconectado esta lo Preconciente (Pcc), y por otro aunque también interconectado esta lo Inconciente (lcc) *“El Prcc, suponemos, está mucho más cerca de la Cc que el lcc”* (p. 17).

Freud (1923/2006) piensa que tanto las sensaciones como los sentimientos solo devienen conscientes si alcanzan al sistema Pcc; señala también que si se les bloquea en el camino, no aflorarán nunca como sensaciones. En este mismo texto Freud realiza otro planteamiento clínico importante al señalar que mientras las representaciones inconscientes pueden ser traídas al sistema Pcc por medio de las representaciones-palabra, las sensaciones inconscientes no cuentan con el eslabón intermedio del sistema Pcc sino que pueden presentarse o bien conscientes o bien inconscientes pero nunca intermedias. Gerez (2003) señala *“Freud nos conduce desde los laberintos del inconciente –que opera por ligazón y posibilita el decir- a los laberintos del ello donde se estrella el decir para nombrarlo finalmente como “núcleo de lo inconsciente”* (p. 267).

Este planteamiento freudiano *posibilita un decir e imposibilita un entendimiento lógico* en la comprensión subjetiva de la clínica de los trastornos mentales y en el caso en que aquí nos ocupa, en la comprensión subjetiva de la depresión y la melancolía. Ahora bien, estamos en posición de suponer que el discurso <<yo sufro>> del melancólico o del depresivo, ha dejado tras de sí, depositado en el inconciente, un saber subjetivo del padecimiento.

Freud (1923/2006) intenta dar claridad a la función del yo; señala que el yo es la esencia que parte del sistema *Pcc*, ahí mismo se cobija y se abraza a las huellas mnémicas; pero además cual luchador incansable se aferra sin soltar, sin dar tregua a los restos inconscientes. Esto dota al Yo de dos cualidades, por un lado es *Pcc* y por el otro cual superficie se asienta sobre el *Icc* aunque sin jamás envolver por completo esta estructura.



El Yo en Freud puede ser visualizado como dos ejes que no se contraponen entre ellos; en un eje observamos al yo como el si-mismo de una persona, incluyendo su cuerpo, su voz, su totalidad y por el otro eje observamos un uso del yo que denota una parte determinada de la psique al cual Freud atribuye funciones específicas. Con respecto a este segundo eje Freud (1923/2006) indica “El yo es la parte del *Ello* alterada por la influencia directa del mundo exterior” (p. 27).

El entendimiento del yo como una parte del ello influenciada desde el mundo exterior nos hace pensar que ante una pérdida de objeto o ante una afrenta, la percepción de la pérdida o de la afrenta llega al yo desde fuera, desde el mundo exterior. Pero lo anímico, emocional, sensitivo <<pulsional>> se despierta desde dentro, tanto del inconsciente como de las representaciones o huellas mnémicas. La propuesta freudiana nos lleva a pensar en una concepción de doble impacto que puede presentarse en los trastornos psíquicos como la depresión (consideramos no así en la melancolía); podemos comprender lo comprimido o deprimido que el yo se encuentra ante el examen de realidad y ante las exigencias pulsionales.

Clínicamente el psicoanalista se encuentra ante la tarea de cancelar las resistencias que el paciente presenta ante lo reprimido; pero a través de la experiencia analítica se puede observar que el enfermo experimenta gran dificultad ante esta tarea. Freud (1923/2006) observó:

Sus asociaciones fallan cuando debieran aproximarse a lo reprimido. En tal caso le decimos que se encuentra bajo el imperio de una resistencia, pero él no sabe nada de eso, y aun si por sus sentimientos de displacer debiera colegir que actúa en él una resistencia, no sabe nombrarla ni indicarla. Y puesto que esa resistencia seguramente parte de su yo y es resorte de este, enfrentamos una situación imprevista. Hemos hallado en el yo mismo algo que es también inconsciente, que se comporta exactamente como lo reprimido (p. 19).

Estas particularidades del yo dificultan la tarea analítica; el terapeuta muy poco puede atenerse de la comunicación habitual y de los estratos de la conciencia que reflejan solamente la superficie del aparato anímico ¿Qué es del orden de lo consciente en los estados depresivos o melancólicos? Si la representación

inconsciente se consuma en un material que permanece desconocido, la única posibilidad que se atraviesa es la representación-palabra que se añade en conexión con el Pcc. El psicoanálisis necesita de la palabra para que las representaciones devengan al sistema Pcc y poder contactar desde este, hasta la Cc. Las representaciones en la melancolía a diferencia de la depresión, no tienen palabras, no pueden ser puestas en palabras, no pueden contactar con el sistema Pcc hasta la Cc. El melancólico no habla, busca palabras de ese objeto que ya no está o que nunca estuvo. *Esta es la ausencia infinita de la melancolía que como propone Bergmann (1988) "es inconsciente, intrapsíquica y simbólica. ...mientras que en el duelo y en la depresión un objeto real está perdido"* (p. 653).

Abraham (1915), también nos señala que como consecuencia de la pérdida de su objeto, el individuo introyecta dentro de su yo al propio objeto. Abraham comunica a Freud en esta carta, que ha observado que en un plano real, las autocríticas se dirigen a la pérdida y a la introyección del objeto; mientras que en lo mental la conciencia crítica se encarga de enjuiciar al yo y hacerle sentir que el mismo es el causante de la pérdida del objeto.

Quizás estamos en posición de pensar que el *Ello* se encuentra gobernado por el principio de lo que emana del mundo exterior o lo que es lo mismo, del examen de realidad. Esto que emana del exterior golpea el interior, lo moviliza y define los recuerdos mnémicos que deberán llegar al Pcc desde las entrañas del lcc. Gerez (2003) argumenta *"El yo es causado siempre desde otro lugar, esto es, un yo alterado (alter), siempre producto, siempre efecto, nunca agente"* (p. 267). Pero entonces ¿Qué tiene el yo de original? Consideramos que todo; pues solo por él y desde él, es que pueden existir las demás estructuras del aparato psíquico. Es una válvula, un corazón.

Del valle (2010) sintetiza lo que Freud nos propone en El yo y el ello diciendo: *"Freud confiere a las instancias psíquicas, un material específico. Al ello, la pulsión. Al yo, la percepción y al superyó la función del ideal"* (p. 97).

En los párrafos anteriores pudimos esquematizar una idea general tanto del Yo – percepción— como del Ello –pulsión—; ahora nos adentraremos en el análisis de la tercera estructura psíquica propuesta por Freud.

Freud sostuvo desde 1914 en introducción del narcisismo, que hay una instancia psíquica que parece estar velando por el aseguramiento de la satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo; así mismo en el yo y el ello de 1923 reafirma sus ideas sobre esta estructura diciendo *“hay motivos que nos mueven a creer en la existencia de un grado <también llamado estadio> en el interior del yo, una diferenciación dentro de él, que ha de llamarse ideal-yo o superyó”* (p. 30).

Para Freud la instancia psíquica del Syó <<en algunos de sus escritos *conciencia moral*>> tiene el propósito de observar continuamente al yo, y a su vez medirlo con el ideal. Freud (1914/2006) señala que el yo carga tanto con el amor a sí mismo de la infancia, como con el no haber renunciado a las satisfacciones narcisistas infantiles. Son estas cargas las que forman y crean un ideal llamado *ideal del yo resultado de una añoranza* sustitutiva del padre...

Freud (1923/2006) define el ideal del yo de la siguiente manera:

Los efectos de las primeras identificaciones, las producidas a la edad más temprana, serán universales y duraderos. Esto nos reconduce a la génesis del ideal del yo, pues tras este se esconde la identificación con el padre [más tarde Freud agregara en una nota a pie de página <<la identificación con los progenitores>>] de la prehistoria personal. ...es una identificación directa e inmediata {no mediada}, y más temprana que cualquier investidura de objeto [a la que llamó Identificación primaria] (p. 33).

Arnold (2006) coincide con Freud en que la identificación primaria es una forma de defensa en lugar de una motivación. Señala que la defensa está relacionada con la hostilidad sentida hacia los objetos perdidos y que el yo se defiende mediante la identificación con ellos. *“Me convierto en el objeto perdido y me castigo a mí mismo como el objeto en lugar de dejarme sentir mi hostilidad hacia él”* (742).

Podemos señalar que el ideal del yo sirve de observador y medida para el yo; le exige y le conduce a la represión de aquello alejado de sus propósitos. Freud (1923/2006) nos señala que el ideal del yo es tanto un fuerte favorecedor de la represión, como un movilizador de las identificaciones más primitivas incluso durante la fase primitiva oral es imposible distinguir entre una investidura de objeto y una identificación.

Del Valle (2010) observó durante su revisión bibliográfica, que la mayoría de autores distinguen entre *Syó* e Ideal del yo; sin embargo también encontró que hay algunos autores para quienes el ideal del yo es un nombre más que se le da al *Syó*. Esta misma autora considera que hay diferentes formas de referirse al ideal del yo en la obra freudiana y las enumera:

- a) Instancia que resulta de la coincidencia del narcisismo que idealiza al yo y a las identificaciones con los padres; agrega además que el ideal es un modelo al cual el sujeto intenta adecuarse.
- b) Formación intrapsíquica que sirve de referencia al yo para apreciar sus relaciones.
- c) Como un ideal exterior al sujeto “implícito en las relaciones de amor”

Nuestro análisis nos permite entender que tanto *ideal del yo* como *Syó* son diferentes, aunque resultado el uno del otro e impensable el uno sin el otro; pues el ideal del yo permite al sujeto identificarse con los objetos y así poder entrar al

complejo de Edipo desde donde resultará el Syó. Freud (1923/2006) es muy claro al señalar que el Syó no es solo el residuo de las primeras elecciones de objeto; sino que influye sobre estas identificaciones en dos sentidos:

- a) Dicta como ser (en identificación con el padre)
- b) Dicta lo que no se puede ser <<no es licito ser el padre>>

Ambos influencias señaladas por Freud nos permitirían ubicar dentro del *cómo ser* <identificación con la figura parental> como resultante del Ideal del Yo, mientras que *cómo no es licito ser* <no ser el padre> como resultante del Syó y del complejo de Edipo. El Syó vela por este mandato, lo exige, lo tiñe de una hostilidad hacia la figura de competencia.

Freud (1923/2006) reconoció que el obstáculo para la realización de los deseos del Edipo es el mismo obstáculo que genera la represión. Se podría pensar que la fuerza del padre es tomada en préstamo para este motivo y como Freud lo señala en *el Yo y el Ello*, este préstamo tendrá extraordinarias consecuencias: ya que por un lado el superyó conservará el carácter del padre y esto devendrá en la siguiente ecuación:

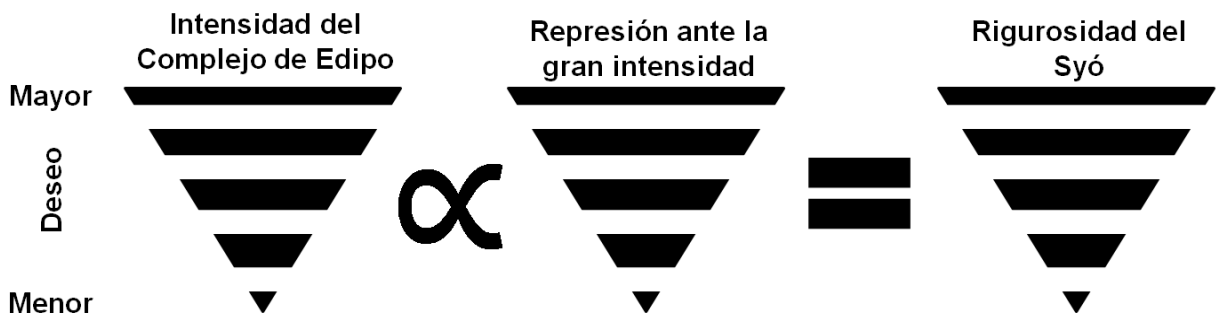


Figura 11. Mi propuesta gráfica sobre la ecuación de la Severidad del Superyó

De la figura 10 podemos extraer que la intensidad del Complejo de Edipo está marcada por la intensidad del deseo hacia las figuras parentales; además esta intensidad es proporcional a la intensidad con que se presenta la represión (por el influjo de la autoridad, la doctrina religiosa, la enseñanza, la lectura, etc.), y el producto de la ecuación nos muestra que tan riguroso devendrá el imperio del Syó como conciencia moral y como sentimiento inconsciente de culpa.

Me parece que hemos llegado a un punto nodal y de suma importancia en la comprensión de los trastornos de la depresión y la melancolía; El sentimiento inconsciente de culpa es para muchos autores la raíz principal de ambos trastornos. Bowlby (1961) reconoce que el remordimiento y la culpa inconscientes con frecuencia pueden desembocar en depresión y melancolía. Mientras que Winnicott (1965) señala que dentro de la melancolía muchas figuras son responsables, señala que un paciente melancólico puede ser paralizado durante muchos años por un sentimiento inconsciente de culpa sobre el cual ningún argumento tiene efecto alguno.

Para Klein (1935/1994) las cosas con respecto a los sentimientos inconscientes de culpa, tiene que ver más con la introyección de los objetos que con el Edipo; Klein piensa que el yo es llevado por su identificación con el objeto bueno internalizado a realizar una reparación de los ataques sádicos que en fantasías regresivas ha dirigido contra ese objeto. De tal manera que tanto la agresión, los sentimientos de culpa y la reparación se conectan con el proceso de introyección del objeto.

En el mismo artículo Klein piensa que el superyó tiene una base diferente de la que propone Freud; esta autora considera que el Syó tiene su origen en los procesos de introyección y proyección que aparecen desde el comienzo de la vida y que conducen a la instauración de objetos amados “buenos” y odiados “malos” que constituyen el mundo interno del sujeto. Klein (1935/1994) señala *“Este conjunto de objetos internalizados se organiza, junto con la organización del yo, y*

en los más altos estratos de la mente llega a hacerse perceptible como superyó” (p. 364).

Klein (1935/1994) da un gran peso al mundo interno del sujeto, señala que una gran cantidad de objetos tanto buenos como malos que representan a los padres y a otras personas se instauran dentro del inconciente y agrega *“las figuras introyectadas también representan a todas las personas que internaliza continuamente en una gran variedad de situaciones que provienen de las múltiples y siempre cambiantes experiencias del mundo externo, tanto como las fantaseadas”* (p. 365).

Este último argumento de Klein es sumamente interesante e importante pues cuando dice: *las figuras introyectadas representan a todas las personas que internaliza continuamente*, nos da la posibilidad de pensar en un superyó móvil, metamórfico y cambiante, no así constante.

Klein también asoció la severidad que caracteriza al Syó con los trastornos mentales de la depresión y la melancolía <<Como pudimos ver en el capítulo segundo, muy pocas veces Klein hace uso del término *melancolía*>>; sin embargo si señaló haber observado que la inflexible severidad que caracteriza al Syó se hace más clara y evidente en el melancólico. Klein comparó esta severidad con las exigencias y persecuciones de los objetos malos internalizados.

Shilder (1933), también había señalado “No hay duda de que el más severo y cruel superyó se corresponde con el sadismo más fuerte y más agresivo de la melancolía. El grado y la calidad de las inhibiciones que acompañan a la depresión y a la melancolía varía en función de la diferencia en la severidad del superyó” (p. 14).

Klein (1935/1994) mencionó una serie de exigencias internas que contribuyen a la severidad del superyó en el melancólico <<*Klein pocas veces habló sobre melancolía y siempre utilizó el término como sinónimo de la depresión*>>:

- a) La necesidad que tiene el yo por obedecer las exigencias estrictas de los objetos buenos (llamado por Klein crueldad de los objetos buenos). La autora reconoce que ésta ha sido la opinión general en el psicoanálisis; pero que ella propone que para entender la relación del yo con la crueldad de su objeto bueno erigido en él, es necesario comprender el paso b.
- b) Habrá que observar la relación completa del yo con sus objetos, tanto malos como buenos y sus fantasías en relación a ellos. Klein consideró que solo observando el cuadro completo es como se puede comprender la esclavitud del yo ante su objeto cruel erigido dentro de él.

Podemos observar que para Klein la severidad no viene únicamente de los objetos malos sino también de los buenos y de las fantasías en relación con ellos. Igualmente Freud observó que la ambivalencia está presente en la melancolía y que los autorreproches tiene una conexión con estos sentimientos ambivalentes.

Freud (1917/2006) señala que a partir de la ambivalencia se pueden comprender las tendencias sádicas que acompañan al sufriente melancólico; la resignación no lograda de la pérdida del objeto lleva al sujeto por medio de una identificación narcisista a ocupar el lugar del objeto, el odio producto de la ambivalencia se ensaña con ese nuevo-viejo objeto en que se ha convertido el yo: insultos, denigraciones y sufrimientos generan toda una satisfacción narcisista que se observa compañera de la melancolía y se atribuye a la instancia crítica. El lamento del melancólico nos aparece como gozoso, nos aparece marcado por una satisfacción de las tendencias sádicas que recaían en el objeto y que ahora han experimentado una vuelta hacia el yo.

La identificación narcisista con el objeto es del orden de lo destructivo, de lo aniquilante, el Yo es el objeto mismo en los sufrimientos melancólicos y depresivos y, de ahí la satisfacción narcisista que ya nos señala Kristeva (1991):

La depresión es el rostro oculto de narciso, el que lo llevará a la muerte, pero que él ignora cuándo se admira en un espejo. Hablar de depresión nos conducirá de nuevo hacia la comarca pantanosa del mito de narciso. Sin embargo, en esta oportunidad no veremos la brillante y delicada idealización amorosa, sino al contrario, la sombra lanzada sobre el yo frágil, apenas disociado del otro, precisamente por la pérdida de ese otro necesario. Sombra de la desesperación (p. 11).

Como hemos podido observar; las estructuras psíquicas están ampliamente comprometidas en los trastornos de la depresión y la melancolía. A manera de síntesis podemos citar un párrafo de Freud (1923/2006) que resumen lo expuesto en este apartado:

El yo se forma en buena parte desde identificaciones que toman el relevo de investiduras del ello, resignadas; que las primeras de estas identificaciones se comportan regularmente como una instancia particular dentro del yo, se contraponen al yo como superyó, en tanto que el yo fortalecido, más tarde, acaso ofrezca mayor resistencia a tales influjos de identificación. El superyó debe su posición particular dentro del yo o respecto de él a un factor que se ha de apreciar desde dos lados. El primero: es la identificación inicial, ocurrida cuando el yo era todavía endeble; y el segundo: es el heredero del complejo de Edipo, y por tanto introdujo en el yo los objetos más grandiosos (P. 49).

4. DE LA TEORÍA A LA CLÍNICA DE LA MELANCOLÍA Y LA DEPRESIÓN

La clínica de los trastornos mentales de la depresión y la melancolía ha presentado un incremento constante en los últimos años, esta tendencia se conservará en los años por venir (ver comentario de Weissman en la introducción del presente trabajo). Los problemas que conllevan estos trastornos impactan diferentes esferas: social, laboral, educativa, etc. A partir de la revisión teórica podemos argumentar que una de las posibilidades para enfrentar el incremento de estos padecimientos es desde lo subjetivo; desde la comprensión misma de las afecciones del yo. Los conflictos que desencadenan estos trastornos no parten de la capa social solo se impactan contra ella y, rebotan contra el propio sujeto desde donde parten, pero en donde también se impactan. Lo social antecede al sujeto, el deseo filial antecede al sujeto, los objetos de identificación anteceden al sujeto y cuando este llega al mundo, ya se le espera.

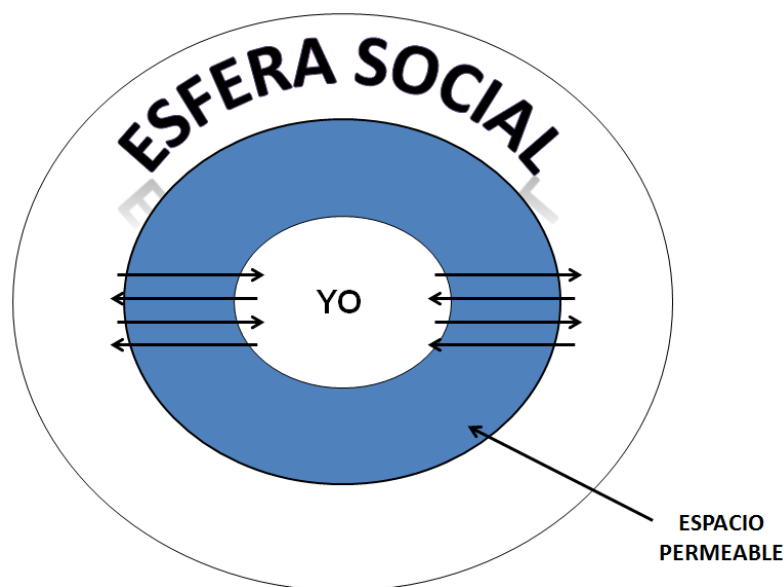


Figura 12. Mi propuesta gráfica sobre el impacto de lo social en el Yo y del Yo en lo social (Espacio de Permeabilidad)

Se debe entender en esta propuesta, lo social como una interacción entre dos o más persona; no es que consideremos que ahí se gesta el conflicto sino que ahí se manifiesta; pues no hay conflicto si no hay ojos que lo vean, ni oídos que lo escuchen. A partir de la bibliografía revisada en los capítulos anteriores, podemos desde esos argumentos decir que el conflicto se gesta en el Yo-psiquismo pero se manifiesta en lo social-real. Este espacio de impacto entre el adentro y el afuera es lo que llamo espacio de permeabilidad (ver figura 12).

A continuación haremos una presentación de dos casos clínicos; uno de ellos bibliográfico y otro a partir de mi propia experiencia clínica. Consideramos que este par de casos clínicos a revisar en este cuarto capítulo nos servirán para hacer un puente entre la metapsicología revisada durante los primeros tres capítulos hacia una aplicación o entendimiento clínico- terapéutico.

Consideramos necesario y ético señalar que nuestra experiencia en la clínica psicoanalítica se limita a la psicoterapia enfocada en esta teoría y que jamás se ha tenido la oportunidad, ni la formación para realizar un psicoanálisis. El trabajo clínico que se presentará en este capítulo ha sido un trabajo de más de 4 años de duración, se ha trabajado por más de dos años a dos sesiones por semana algo que muchos analistas consideran no constituye un psicoanálisis sino una psicoterapia.

Etchegoyen (2005) señala:

Los tratamientos de una o dos veces por semana no alcanzan por lo general a configurar un proceso analítico, aunque así se lo llame. Tiendo a creer que, en esos casos, el analista cree, sin duda de buena fe, que está haciendo un análisis pero el proceso exhibe los caracteres de la psicoterapia, esto es, dispersión y omisión de la transferencia, apoyo manifiesto o latente

formulado como interpretación, descuido de la angustia de separación (que se interpreta convencionalmente o no se interpreta), etc. (p. 553).

Así, las aportaciones técnicas podrán ayudar y apoyar en la realización de una psicoterapia del trastorno de la depresión y las formulaciones teóricas a una reflexión de la metapsicología y la clínica de los trastornos de la depresión y la melancolía.

4.1 Del castigo a la comprensión de las estructuras psíquicas [historia de un relato o Job el que sufre]

El libro de Job es un relato de la existencia de un hombre el cual experimenta y muestra cambios inesperados y sorprendidos en la manera en que se posiciona ante sus pérdidas. Si bien podemos observar a Job sirviendo fielmente con esperanza y aceptando el castigo, al siguiente momento podemos observarlo maldiciendo y cuestionando ¿Por qué se le castiga? Esta ambivalencia en su conducir nos hace pensar en un hombre por momentos atormentado por sus objetos internos <<desde Klein>> o con un desequilibrio en sus estructuras psíquicas <<desde Freud>> (ver capítulo 2 y 3).

Job hombre que dudas y en nada te decides, hombre que en tus tiempos te rebelaste contra tus instauradas aspiraciones, hombre que representas a todos los hombres, hombre al que le costara bastante la enemistad consigo mismo, hombre que evidencias el costo del cuestionar las figuras internas, hombre que no podrá poner en equilibrio su aparato psíquico sino es con la ayuda de su gran figura.

Job nos permitirá entender las manifestaciones ante la pérdida de los objetos amados; nos permitirá entender la culpa que acompaña a la pérdida de objetos internos que de acuerdo con M. Klein se observa en la depresión. Nos permitirá entender las estructuras psíquicas y su desequilibrio que de acuerdo con Freud se

observa en la melancolía. Pero poco podremos saber sobre lo génesis de su trastorno pues poco sabremos de su historia.

Job nos ofrece los argumentos necesarios para sostener que su depresión y sus quejas se presentan ante lo amargo de la vida, ante la pérdida, ante la ausencia siempre reparable en el depresivo e irreparable en el melancólico. Job es fiel expositor de la doctrina cristiana, es el ejemplo mismo de lo señalado en el capítulo primero del presente trabajo en donde se indicaba que la de-presión es significante de la falta de espíritu desde lo cristiano.

En el Antiguo Testamento se considera al libro de Job más que una historia, se considera dentro de los libros de sabiduría que tiene el hombre para hacerse refugio *“Pues en él se ponderan las grandes interrogantes de la condición humana. ...hombre que después de colmado por la existencia, se ve reducido a la más extrema miseria”* (p. 771). Job nos permite ver y comprender los caminos que muestran la insatisfacción del hombre en la tierra, insatisfacción marcada por la pérdida, por la ausencia...

Job es humano desde el principio hasta el fin de su relato, se encuentra disfrutando de la vida mientras la vida se presenta disfrutable y se vuelca contra ella en rechazo y repudio en tanto la vida le marca un camino negro. Consideramos que la diferencia entre Job como representante de la depresión y el sufriente melancólico es que Job sabe encontrar la salida de ese camino de lozas negras. Job es un hombre que nos representa a todos los hombres, su condición de no-pertenencia al grupo de los elegidos lo presenta en su lado humanizado. Su firmeza por un momento nublada no es jamás contra la existencia misma sino contra el no-entendimiento *“las denuncias de Job son una manera de clamar a Dios con toda la fuerza de una esperanza insatisfecha y, al final, Dios tendrá que manifestarse”* (Antiguo Testamento, 1995, 774).

Job es una historia de reflexión, es la historia de un hombre que no es buscado y elegido sino que él busca, se hace elegir y manifiesta que su creencia no es menor. Quizá esta diferencia que separa a Job nos permita entender un poco de su desenlace pues como podemos observar, no es la manifestación lo que lleva a la creencia sino la creencia lo que lleva a clamar por una manifestación. Podemos suponer que Job cree porque hay algo bueno introyectado en él, cree porque no ha perdido lo esencial “su Yo” y por ello Job puede superar la pérdida no identificándose con el objeto perdido y si recomponer el camino que de lo contrario lo dejaría sobre el camino de lozas negras. Kristeva (1991) señala “*Job, hombre próspero y fiel a Jehová, se ve bruscamente golpeado ¿por Jehová o Satanás? Con diversos infortunios... Pero este «deprimido» no está triste porque, en suma, le importa Dios*” (p. 156).

El infortunio en que ponen a Job, no es infortunio merecido por nadie. No se puede jugar con el hombre porque el hombre justifica al ser supremo. Satán es el espíritu que de acuerdo con la biblia incita a la rebelión; nosotros de acuerdo con el libro de Job, consideramos que son las manifestaciones las que incitan al hombre en su actuar. El honor no se justifica por la creencia de otros en uno sino por lo que de uno hay en los otros. Job pierde todo para manifestar su lealtad pero la lealtad no podría manifestarse si Job no fuera Job. La pérdida que conlleva a la depresión y en otros casos a la melancolía juzga esta lealtad tanto del yo como de los objetos.

Job es durante todo su relato un resistente, un amante de sí mismo y de lo divino; el abandono es un castigo y no una ausencia. Por ello la presencia tan aclamada por Job de Cristo es un alivio a su pena, a su castigo y no así la desaparición del vacío. Job confía y por ello puede clamar la presencia de su divinidad. Solo un hombre que en su Yo ha albergado confianza en los objetos es capaz de desinvertirlos ante su pérdida y de acuerdo con Klein: No sentir la aniquilación total de los objetos buenos internos. Job no blasfema solo pide la lealtad y el amor que el mismo otorga. Ya le decía Abraham a Freud en su carta del 31 de marzo de

1915 sobre la intensidad sádica que alberga el hombre y que puede conducirlo a una incapacidad para amar.

Job atraviesa por un duelo, su sentir está dirigido a una pérdida ¿Pérdida real de sus personas amadas? O ¿Pérdida del amor de Dios? Ya que lo único que cuestiona Job es en donde está Dios y no su designio. La presencia de la ausencia no está en la realidad sino dentro del Yo. Coincidimos con Freud en que el objeto perdido está dentro y no fuera del sujeto, sin embargo pensamos que solo puede evidenciarse a través de la pérdida en la realidad y por ello proponemos el espacio de permeabilidad (ver figura 12).

La historia de Job nos permite observar que la pérdida no está solamente dirigida a los objetos sino que uno mismo puede ser representante de la pérdida a través del cuerpo. Enunciado que abre nuevos cuestionamientos pues si el cuerpo pierde un estado de salud entonces ¿En dónde está el objeto? Considero que una vez más tendremos que recurrir a Klein y a Freud para dar respuesta a este cuestionamiento indicando que el objeto está dentro del propio sujeto. Un aspecto de suma importancia para entender una de las diferencias entre el depresivo y el melancólico, es que el depresivo al igual que Job no muestra un desinterés total por el mundo exterior mientras que el melancólico si lo presenta. Ya mencionaba Bratton (2001) la pérdida del objeto es importante para el yo, la auto-preservación y el examen de realidad marcan el curso de las pérdidas y habrá que re-dirigir los sentimientos sobre un objeto perdido hacia nuevos objetos; identificando cuales de los aspectos perdidos con el objeto se desean mantener dentro del yo.

Job jamás muestra el desinterés por el mundo exterior que nos muestra el melancólico. Si bien su vida se nubló ante su pérdida, esto fue solo hasta que Dios se le hizo presente. Job muestra las características que todo doliente sufre ante la pérdida; en un estado de desesperación maldice el día en que nació, reniega de él mismo, desea perecer como el objeto lo ha hecho; pero una vez más solo hasta que Dios se hace presente. Job ha caído en un momento oscuro y dice “No soy

más que la sombra de mí mismo” (p. 785); sombra que oscurece y que acompaña al sujeto en duelo como también se menciona en el Antiguo Testamento *“Que ningún rayo de luz resplandezca sobre él. Lo cubran tinieblas y sombras, se extienda sobre él la oscuridad, y haya ese día un eclipse total”* (p. 774). Lo oscuro acompaña la vida del sufriente, su vida es una sombra oscurecida porque como menciona Freud en 1915, “la sombra del objeto recae sobre el yo”.

El yo del melancólico es un yo sin tregua, es un yo al que las pulsiones le parecen tormentos. El depresivo tanto como el ser en duelo tienen un límite, ese límite es la pérdida de su yo y no están dispuestos a continuar por el camino de lozas negras que los lleve hasta la pérdida de lo que les queda. El melancólico es un sufriente sin límites, el yo del melancólico deambula ciegamente entre la pugna por descansar eternamente y por el gozo de los tormentos que recibe. Job en el Antiguo testamento dice *“Si temía algo, eso me ocurre, lo que me atemoriza me ha venido encima. No hay para mí tranquilidad ni calma, mis tormentos no me dejan descansar”* (p. 775). Así, Job siendo un depresivo evidencia la delirante expectativa de castigo que acompaña al sufriente melancólico. Kristeva (1991) señala *“Job se siente constantemente bajo el ojo de Dios, y constituye un ejemplo sorprendente de la dependencia del depresivo frente a su superyó confundido con el yo ideal”* (p. 156).

Job da muestra de una estructura que lo tiraniza hasta el límite de la culpa; la voz de Elifaz no es otra más que la misma voz que Job podría escuchar desde su interior *“¿Hay algún hombre que se encuentre bueno delante de Dios?”* (p. 775). El yo de Job es cuestionado cruelmente por esa instancia crítica que ya Freud (1915) señala como Ideal del yo. Este ideal está puesto en repisa bastante alta para el depresivo y aún más alta para el melancólico. El yo del depresivo hace tregua, negocia con el ideal y paga con sufrimiento. Algunas líneas atrás mencionamos ya que el yo del melancólico no hace tregua, es un mal negociador que a través de la falsa humildad intenta pagar con sufrimiento gozoso lo inalcanzable de su ideal

(en ocasiones y de manera muy sublime se le observa al depresivo en la misma calidad de sufrimiento).

El relato de Job nos enseña cómo el sufriente nada quiere saber del consuelo de los demás y, nosotros pensamos que quizá ello se deba a que el sufriente considera que el otro poco o nada sabe de su sufrimiento porque el sufrimiento es subjetivo, inconsciente y poco aprehensible. Tanto en el depresivo como en el melancólico ha caído un velo cegador, quizá en uno más oscuro que en el otro pero al final cegador para ambos. Velo levántate de los ojos del sufriente y no lo martirices más... sin embargo el velo no tiene voluntad propia --lo que oscurece el mundo del depresivo y del melancólico no tiene voluntad propia-- no sabe el velo nada de levantarse por sí solo y el ser levantado está lejos. Esta imagen de un yo empujado por lo oscuro del mundo es lo que Job nos refleja, un yo incapaz de negociar con las otras estructuras psíquicas, e incapaz de mediar en su favor. En el libro de Job del antiguo testamento se dice: *“Job sueña con un Dios que fuera capaz de olvidar su superioridad por unos momentos”* (p. 783). Y nosotros pensamos que igualmente el yo del depresivo y del melancólico sueña con un Syó que se reconcilie con él, que lo cobije y no lo atormente más.

4.2 De la desesperación a la espera [un camino triste y eclipsado en donde el tiempo es circular...]

Como se mencionó al inicio del presente capítulo, el siguiente caso clínico parte de mi propia experiencia y buscará plasmar un puente entre la metapsicología psicoanalítica revisada en los primeros tres capítulos y la clínica de los trastornos de la melancolía y la depresión.

La paciente a la que me referiré con el nombre de Magdalena, es una paciente que llegó a mi consultorio en febrero de 2007. Durante los dos primeros años de su tratamiento se realizó un trabajo a una sesión a la semana y es a partir de

mayo de 2009 que con un poco más de elementos psicoterapéuticos-psicoanalíticos se incrementa su tratamiento a dos sesiones a la semana.

Magdalena es una paciente de 56 años de edad, es la sexta hija de un total de nueve y ocupa justo el lugar divisorio entre lo que su madre solía llamar “sus hijos” y que diferenciaba de los que llamaba sus “No-hijos”; quedando Magdalena justo en el lugar inicial de los nombrados No-hijos <<Lugar que la devasta, lugar que cuestiona sus logros, lugar que la envilece>>. Sus padres mueren en el año 2000 después de varios años de no vivir juntos. Su *seno* familiar está compuesto por dos hermanas y una sobrina (hija de una de estas hermanas).

Oh Magdalena, Mujer que buscas el lugar de hija, Mujer que deseas ser tu propia madre, Mujer que no te perdonas, Mujer que jamás te ataste a hombre alguno porque siempre hiciste relación con quien no podía pertenecerte, Mujer que no dejas descendencia, Mujer cuya moneda no alcanza, Mujer cuyo llanto no es capaz de apagar el fuego que hay en ti, Mujer atormentada por la ambivalencia de la vida, Mujer que te inhibes toda, Mujer que te esfuerzas por no vincularte, Mujer que el tiempo te ha dejado atrás, Mujer que luchas por seguir viviendo.

Es necesario ir por partes para permitir al lector entender la bestialidad del párrafo anterior; permitirle comprender que aun cuando el esfuerzo sea mayúsculo, jamás alcanzará la teoría para contener a la clínica al menos no si el terapeuta continúa humanizado.

Como ya lo mencionamos, Magdalena ocupa justo el lugar de inicio de lo que su madre solía llamar sus no hijos; hemos podido trabajar que es un lugar que durante mucho tiempo la ha hecho sentir muy mal y es quizá esta una de las varias causas psíquicas que han arrojado bastantes disturbios en la mente de mi paciente. En su infancia (6-8 años) sufrió una enfermedad de la piel que la llevó a inhibir todo contacto con la vida exterior; ha llegado a comentar que durante este periodo no asistió a la escuela, no salía a la calle a jugar y únicamente estaba en

casa junto a su madre. No hemos tenido la oportunidad durante el proceso <<quizá por una fuerte represión>> a trabajar aspectos mucho más tempranos de su infancia, sin embargo a partir de este periodo de enfermedad que sí hemos podido trabajar, señalamos y en esto coincidimos con Klein (1935/1994), que la separación de objetos buenos y malos, así como la separación de objetos reales y fantaseados está muy presente durante este periodo; pues como mi paciente menciona: *no quería salir a la calle, pensaba que ahí todo era malo y por ello prefería quedarme en casa*. Observamos así, una fuerte adhesión de Magdalena a su objeto bueno –su madre-. Este apego a casa nos ha alumbrado lo que se gestó en la mente de Magdalena en su muy temprana infancia y que ahora nos permite entender sobre la escisión de sus objetos internos.

El trabajo clínico con esta paciente nos ha dado oportunidad para considerar que esta adhesión con su figura materna idealizada se proyectaba sobre su piel (Esther Bick) y por lo tanto en su enfermedad. Para Magdalena debió ser insoportable la actitud real con que su madre la trataba tanto a ella como a sus hermanos y en una desmentida –muy cercana a la psicosis— Magdalena re-niega a la madre real, Idealiza tanto al objeto como a su posición y se identifica de forma narcisista con este objeto del cual querrá ocupar su lugar <<más adelante y a través del desarrollo del trabajo clínico irán aclarándose las dudas que ahora el lector pueda tener>>.

La identificación con esta madre idealizada la mueve del lugar de No-hija, pues ahora y a través de la identificación con el objeto idealizado ha desplazado su posición de hija al de madre. Tenemos motivos para considerar que la *búsqueda incesante del lugar de hija* fue uno de los motivos que originaron en Magdalena tanto la idealización del objeto –madre- como su identificación con este objeto. Ocupar este lugar tan idealizado es generador de un Ideal del yo bastante elevado e inalcanzable y por lo tanto un Syó tirano que la martiriza en toda ocasión posible. Quizá el siguiente discurso de la paciente pueda reflejar lo que intentamos mostrar: *Siempre me esforcé por ser una intachable hija, a veces me he llegado a*

sentir como la única hija que se preocupa por su madre. Yo era la que iba al mandado con ella y la que me levantaba a misa de siete para acompañarla y si no lo hacía realmente me sentía muy mal. Ahora a través de lo que hemos trabajado aquí, he podido observar que soy esa persona que quiere dejar de manifiesto que se preocupa por su madre; pero esa competencia no era solo con mis hermanos sino contra mí misma, siempre quise cubrir todo para conservar esa gran imagen que creo todos tienen de mí y no por vivir la experiencia misma de hacer las cosas sino por la imagen.

Ya nos lo señalaba Freud (1915/2006) que en la melancolía se puede observar un aumento de la angustia que termina por empobrecer al yo. En Magdalena hemos observado que la angustia de las Fallas de haber tenido un abuso sexual por parte de su primo, de haber tenido jugueteo sexual con uno de sus hermanos, de haber tenido relaciones con dos parejas casadas y sobretodo de haber abortado y que Magdalena señala como sus grandes fallas la han llevado a un empobrecimiento de su yo que junto con un ideal del yo tan elevado e inalcanzable que ya revisábamos, se abre la oportunidad de tiranizarse. Magdalena señala: *Se supone que los niños tienen que crecer y creo que desde que sucedió lo de mi primo todo se fastidio* --aquí está la pérdida de su posibilidad de tocar su ideal-- Consideramos que tanto en el depresivo como en el melancólico hay una fijación en el momento real en que se trastoca la posibilidad de alcanzar el ideal, rompiéndolo y volviendo inaprensible como un cristal que se quiebra. El depresivo es un juntador de estos trozos de cristal mientras que en el melancólico el rompimiento de este cristal resuena tan profundo que se rompe también su subjetividad.

Como ya lo señalábamos, hemos observado en el trabajo clínico una identificación importante de Magdalena con su objeto idealizado; tenemos razones tanto teóricas como clínicas para pensar que este objeto no es otro que su madre idealizada de la infancia; objeto que no solo lo desea para ponerlo en altar sino para ocupar su lugar y solo quizá --para destruir--. Decimos que Magdalena *desea*

ser su propia madre precisamente por esta identificación con el objeto idealizado que metapsicológicamente parte de su propio Yo, escindiéndolo y proyectando una parte devaluada y una instancia crítica. Magdalena dice: *Recuerdo que muchas veces he necesitado tener algo que me castigue, que me haga pagar por lo mal que hago; pero también recuerdo que por mucho tiempo fue mi madre quien me castigaba pero después ya no era ella sino yo misma.*

Cuando retomamos la frase de Freud (1915/2006) “la sombra del objeto cayó sobre el yo” hemos mencionado que la sombra de este objeto no es otra que la sombra de un objeto idealizado el cual parte del propio yo. Además hemos señalado que la sombra que hunde al yo en las tinieblas no es inmediata sino gradual y creciente como un eclipse. En Magdalena hemos observado que su posición de sufriente es algo que ha alimentado por años; hemos trabajado el abandono de sus deseos por el cumplimiento de su imagen idealizada que como ella dice: *no la ha hecho más que sufrir.* Magdalena es una persona capaz; en su infancia llegó a ganar un concurso que la hacía acreedora para representar a su escuela en un concurso estatal de inglés. Magdalena ha llegado a recordar que decidió no asistir a ese concurso y que otra la representara porque no hubiese sabido que hacer si perdía. Vemos acá por una parte el empobrecimiento que ya se mencionaba del yo, una instancia crítica y cruel que no la perdonaría si pierde el concurso pero por otra parte vemos una parte que alimenta de a poco al sufriente pues como Magdalena ha llegado a mencionar: *Nunca me voy a perdonar no haber asistido a ese concurso y demostrar que era capaz.* Este recuerdo como tantos otros y las tantas fallas a las que se refiere y que ya nombramos, nos hacen pensar en Magdalena como una recaudadora de dolencias. Esto es lo que fundamenta nuestra hipótesis de que el sufriente depresivo y el sufriente melancólico son un proceso largo de completar.

Magdalena es una mujer que jamás se ha podido permitir observar ni un grado de hostilidad hacia ninguna otra persona incluyendo a su madre. Si recordamos lo mencionado por Arnold (2006) y que coincide con Klein (1935/2006) ambos

revisados en los capítulos anteriores, los autocastigos provienen de la hostilidad y el sadismo imposibles de sentir contra el objeto. Magdalena tiene bastante reprimida esta parte hostil y sádica, ella ha mencionado: *recuerdo que cuando nos portábamos mal, mi mamá nos quería pegar y nosotros nos metíamos debajo de la cama para que no nos alcanzara pero ella nos aventaba papeles encendidos con fuego para que nos saliéramos.* También ha recordado: *Cuando no queríamos comer, mi mamá nos amarraba a las sillas y no nos dejaba levantar hasta haber terminado todo.* Si bien estos recuerdos están en lo real, si nos permiten entender la hostilidad y sadismo negados contra el objeto pues Magdalena ante estos recuerdos comenta: *Mi madre era una señora sola y sin preparación, no tenía a quien acudir y creo que ella nos educó de la única manera en que podía. Yo no pensaba que estuviera mal sino que era la única manera que ella tenía de educar a tantos hijos.* No vemos en esta aceptación de la realidad una aceptación depresiva del objeto sino una negación de la hostilidad y sadismo que debieran ser sentidos ante el objeto.

El trabajo clínico con Magdalena nos ha permitido observar que su posición de sufriente es algo que ella misma ha alimentado por años; la posición sufriente del depresivo y del melancólico está atada tanto del sentimiento de autocastigo que refleja el no perdonarse como por la venganza siempre presente ante el objeto que está dentro de su propio yo. Decimos que Magdalena es *mujer que no se perdona* porque sus errores o como ella los llama *sus fallas* la alimentan para continuar por el camino de lozas negras por el que siempre se ha desplazado. Lo desafortunado de su vida pronto se ata con el sentimiento de autocastigo volviendo difícil dilucidar lo infortunado de lo buscado para alimentar su sentimiento de sí empobrecido. Actos como un abuso sexual infantil, juguetes sexuales con su hermano, relaciones con dos parejas casadas, un aborto entre otros son aspectos que durante mucho tiempo justificaron y alimentaron su posición de sufriente. Ahora a través de ir poco a poco entendiendo cada una de sus estructuras psíquicas es como Magdalena ha logrado cuestionarse ¿Por qué no ha podido dejarse sentir cosas buenas sino únicamente cosas malas?

El sentimiento de sí de Magdalena está muy devaluado, ella se señala incapaz no solo de realizar cosas buenas sino también muy capaz de echar a perder cosas buenas. Pensamos que clínicamente uno debe de tener mucho cuidado con las interpretaciones sobre el sentimiento de sí pues muy poco necesita un *Syó* cruel para satirizar al yo. En Magdalena nos hemos dado cuenta de ello pues durante largo tiempo señaló: *ya me di cuenta de que soy yo quien echa a perder todo*. Por un lado podemos entender y reconocer que se ha dado cuenta de un empobrecimiento de su sentimiento de sí pero por otro lado y no muy lejano vemos en esta misma oración a una instancia crítica que se alimenta ejecutando a su yo. Esta devaluación en el sentimiento de sí de mi paciente ha repercutido en serias inhibiciones. Magdalena es una paciente que no se permite disfrutar nada, señala: *Todo lo convierto en un lío, además me las he arreglado para no tener que salir de casa, no hago contacto con mis antiguos compañeros de trabajo (ella es jubilada), no puedo leer un libro, realmente no puedo hacer nada*.

Como podemos observar, Magdalena constantemente se hace autorreproches y autodenigraciones que como ya observábamos en los capítulos anteriores, están acompañados de una delirante expectativa de castigo. En Magdalena sabemos de esta expectativa de castigo cuando señala: *No me he perdonado lo del aborto. Siento que es algo con lo que no puedo incluso no me he permitido ir a confesarme desde aquel momento*. Aquí podemos observar que la expectativa de castigo se ata de los remordimientos religiosos y que toda esa culpa es algo terrible que devasta al sufriente hasta el grado de lo indecible.

Gran parte de las culpas de Magdalena pueden atarse a una parte incestuosa y edípica. Un abuso sexual, jugueteos sexuales con un hermano, relaciones con parejas casadas y un aborto están todas dentro de sentimientos de culpa incestuosos inconscientes. Decimos que Magdalena es una mujer que jamás se ató a hombre alguno, porque como hemos podido ver a través del trabajo clínico, siempre hizo relación con hombres que no podían pertenecerle. Estos hombres son figuras incestuosas porque representan en su inconsciente al hombre

prohibido. Desde aquí podemos re-confirmar que la primer figura incestuosa prohibida es la figura parental; si hemos dicho que Magdalena en lo inconciente a deseado ocupar un lugar que no le correspondía que es el de madre, tampoco la pareja de esta última le podía pertenecer. Magdalena desea el lugar prohibido, el hombre prohibido y esto la llevara por grados de insatisfacción y de búsqueda de pagos no acreditados. La culpa del deseo incestuoso la ha llevado a fracasar en sus relaciones, ella menciona: *parece increíble lo que me he hecho. Recuerdo que Luis (uno de los hombres casados con quien hizo relación) deseaba estar conmigo antes de casarse y sin embargo yo no lo acepte; fue hasta que estuvo casado que yo decidí iniciar una relación con él, incluso fui yo quien lo buscó.* Ya decíamos en los capítulos anteriores y en esto coincidíamos con Abraham (1912) que el melancólico es poco amante o que presenta una gran incapacidad de amar a otro objeto que no sea el mismo identificado con el objeto desde una posición narcisista. Esta relación no solo permite a Magdalena desde lo inconciente hacer relación con el hombre prohibido sino que la posiciona en el lugar prohibido de madre y por ello también tiñe la relación de una venganza contra el objeto idealizado y por otro lado los autorreproches se dirigen contra el yo. Magdalena señala: *cuando me entere de que él era casado, no solo lo busque sino que inicie una relación con el aún y cuando yo sabía que eso estaba lejos de lo que mi mama hubiese deseado para mí.*

Muchas culpas son las que ha pagado Magdalena, el acto de abortar entraña cosas tan terribles como el propio deseo de destrucción de los si nombrados *hermanos* (que valga decir son todos), una aniquilación de la capacidad reproductiva de las mujeres-madres bajo el discurso --si no hay bebe, no hay madre--. La culpa inconciente atada a un Syó tiránico puede llevar al sujeto hasta lugares inimaginables, sacrificar su posibilidad de ser madre por el cumplimiento de un ideal atormenta a Magdalena hasta la devastación. Ella dice: *no fallar es muy importante para mí, creo que esa es la causa principal por la que decidí abortar. Creo que aborte porque era la única posibilidad de demostrar que yo si*

podía tener una familiar sin equivocarme. Este discurso nos cuestiona ¿Quién es la que se equivoca en la mente de Magdalena cuando tiene una familia?

Magdalena es una mujer cuyas satisfacciones nunca se alcanzan, su *Syó* vela cuidadosamente para procurarle un ideal inalcanzable y todo aquello que posibilite su acercamiento deberá ser como dice Freud (1915/2006) *reprimido*. Durante el tratamiento hemos enfrentado duramente la poca capacidad de imaginación, de fantasía, de pensamiento. La mente de Magdalena no parece aceptar estar poblada de un mundo destruido y de objetos muy polarizados. Su llanto está dedicado a la gran tristeza que la embarga desde lo real y concordamos con Krafft-Ebing quien a finales de los años 1800s ya nos señalaba que había ideas delirantes de sufrimiento en los pacientes depresivos y que refirió a la culpa personal. En Magdalena la culpa se ha arraigado en lo inconciente pues aun cuando ella decide realizar actos como ayudar a sus familiares, pronto estos actos se le presentan tormentosos y con un gran sufrimiento. Magdalena comenta: *Jamás me he sentido satisfecha con lo que hago para mis hermanos o para mis sobrinas; con mi hermana Mónica al intentar ayudarle establecí una cantidad que yo le entregaba cada mes y esto jamás logro el efecto que yo quería de ayudarlas.* ¿Que entraña la ayuda que Magdalena otorga a sus familiares? Consideramos que si lejos de arrojar una satisfacción, arroja una tristeza es porque quizá entraña por un lado una satisfacción pero por el otro un fuerte deseo inconciente de venganza contra el objeto idealizado.

Vemos en Magdalena una carga importante de culpa cuando su madre decide correr de la casa familiar a su hermana Mónica por estar embarazada y ella no hace nada. Magdalena dice: *Cuando mi mama corrió a Mónica, yo pensé que era algo muy injusto pero jamás dije nada.* Este silencio ante los actos que consideraba injustos la compromete y la asume responsable de los mismos... compromiso y asunción del objeto idealizado que pronto devienen en sentimientos de culpa en Magdalena. Nosotros desde una comprensión del inconciente nos

preguntamos ¿Qué tanto será que lo deseaba? ¿Qué tanto los actos del objeto real cuestionan los actos del objeto idealizado?

El trabajo clínico realizado con Magdalena ha permitido ir entendiendo la ambivalencia de sus objetos internos. Las interpretaciones que señalan como su mente divide los objetos en malos y buenos han podido poco a poco ayudarle a integrar estos objetos. Magdalena dice: *antes pensaba que lo más importante en mi vida era ser buena, ahora pienso que no sé quién soy; antes pensaba que yo era muy buena y ahora que he podido poco a poco contactar con aspectos realmente malos de mi persona no sé quién soy. Tanto bueno como malo se detienen ante esa imagen que no es más que una careta y una fachada de lo que intento proyectar de mi misma.* Es observable en Magdalena como los objetos polarizados ya sea positivos o negativos no pueden hacer convivencia y posibilitarle una integración de objeto total; e incluso la identificación con objetos malos la conducen por un camino del cual poco sabe y en nada se reconoce.

En Magdalena hemos encontrado a través de la clínica, fijaciones tanto a estadios orales como anales, siendo la parte oral como hemos podido observar a lo largo de este apartado, la parte preponderante en ella. Sin embargo la analidad y las heces también ocupan un lugar importante pues aun y cuando es un estadio bastante reprimido, lo hemos podido trabajar. Magdalena jamás ha hecho del baño en mi consultorio y en alguna ocasión que llegó tarde a consulta pudimos trabajar que había sido porque le anduvo del baño justo antes de venir a consulta y que realizar esta acción la retraso. En esta ocasión pudimos entender que para ella hacer del baño tenía el significado oculto de estar sucio y de ensuciar; además de entender que hacer del baño oculta tras de sí el discurso “cagarla” y que esto está íntimamente relacionado con la imagen que desea proyectar de sí misma.

Una parte importante con Magdalena es la incapacidad de hacer vínculo. Hemos revisado clínicamente su negación del vínculo emocional conmigo como su terapeuta y con otros objetos como significado de una no-introyección de objetos

que cuestionen o perturben su armonía objetal. Cuando se ha trabajado a marchas forzadas el reconocimiento del vínculo, Magdalena aclara su autonomía y su sola responsabilidad para con el tratamiento, dejando fuera mi posición. Esta parte de su mente es muy primaria y nos habla de lo que párrafos atrás mencionábamos sobre una adhesión hasta el extremo de la unidad y de la incapacidad de hacer vínculo con el objeto. La mente del depresivo está llena de intensos miedos que por un lado niegan la polaridad de los objetos y por otro cancelan toda introyección de objetos ya sean malos o buenos pues ya sea con una carga o con otra, la introyección de nuevos objetos rompería la estabilidad lograda.

Esta negación emocional del vínculo objetal se movilizó de una manera notable cuando realizamos el cambio en su tratamiento a dos sesiones por semana, lo que Magdalena sintió como una ruptura en su rutina, nosotros clínicamente pudimos darle una lectura y una interpretación de las emociones que se movilizaron con el reforzamiento del vínculo. Este momento en el tratamiento nos mostró y permitió trabajar la incapacidad de vincularse por lo desagradable que le resultan los objetos; Magdalena señaló: *Siempre he puesto mi apariencia de buena y nunca me había dado cuenta de que lo que no soporto es estar con los demás.* Tenemos razones clínicas para considerar que por un lado la incapacidad de vincularse es muy grande pero por otro consideramos que los vínculos se logran pero no se introyectan, se dejan fuera en la superficie; su introyección una vez más, cuestionaría el equilibrio objetal interno.

Otro factor importante en Magdalena y consideramos en todo paciente depresivo y melancólico es la circularidad del tiempo. Coincidimos con Freud (1915/2006) en que el tiempo en que vive el sufriente obstruye la comprensión del presente y realza el pasado. La autocrítica, la necesidad de castigo y la culpa pudieron haberse gestado en cualquier momento de la vida, sin embargo lo presente de estos sentimientos nos hace pensar en su actualización constante y siempre desde el presente. En mi paciente, el pasado es siempre presente en las sesiones;

los autorreproches hacía aquellos momentos que ha dejado ir y que habrían podido cambiar su vida se hacen siempre presentes y la torturan en el momento. Estas consideraciones nos permiten formular la idea de que tanto el paciente deprimido como el paciente melancólico están atados a su tormentoso pasado. El futuro es incierto y se prefiere no pensar en él, la sola idea de pensar en un futuro sombrío conlleva la negación del mismo. Magdalena comenta: *Prefiero no pensar en mi futuro, cuando llego a pensar en él, lo observo vacío y sin sentido, observo que no hay nada pero sobre todo me cuestiona sobre saber quién soy y hacia a donde voy.*

Magdalena, mujer que caminas por el sendero de lozas negras... gira y condúctete hacia otros caminos que aún y cuando se presenten nublados, no están del todo perdidos. Bien entendemos que tu camino avanzado es camino irrecuperable pero es solo a través de hacerte cargo de esta pérdida como se puede vivir con ella. La aceptación del otro no es por el camino por donde te conduces, negando la realidad psíquica y acomodando la realidad externa no se llega a buen puerto. La diferencia entre aquel que no puede enderezar el camino y tú es que de a poco has decidido hacerte cargo. Magdalena dice: *No he querido dejar de ser esa buena persona que he deseado ser siempre y, claro que veo que ha tenido un gran costo, ha sido muy difícil darme cuenta pero ha sido para mí más importante no romper esa imagen por sobre lo que haya tenido que pagar y no solo ante los demás, sino ante mi misma.*

No hemos negado la posibilidad de que el material clínico revisado y expuesto a lo largo de este capítulo pueda tener diferentes lecturas clínicas. Sin embargo elegimos este material para reflexionar, ejemplificar y sujetar la metapsicología revisada durante los primeros tres capítulos.

Hemos de observar en este caso clínico aquello que motivo el nacimiento del psicoanálisis; pues la paciente por absurdo que parezca, manifiesta toda una preocupación por explicar sus actos e intenta sin lugar a dudas atribuirles un saber

consciente. Estas particularidades de los pacientes en psicoanálisis dificultan la tarea analítica; como terapeutas muy poco podemos atenernos de la comunicación habitual y de los estratos de la conciencia que reflejan solamente la superficie del aparato anímico ¿Qué es del orden de lo consciente en los estados depresivos o melancólicos?

Consideramos que la diferencia sustancial entre el relato de Job y el caso clínico presentado es que aun y cuando en ambos casos podemos observar intranquilidad acompañada de gran sufrimiento, incapacidad para amar e inhibiciones en la actividad, en el relato de Job no vemos y en Magdalena si una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones que la conducen hasta una delirante expectativa de castigo. Las líneas que dividen la depresión de la melancolía no son certeras, son confusas y nublan la visión de quien las observa.

Si eres capaz de sentir, eres capaz de amar, si eres capaz de amar, eres capaz de restablecer el vínculo con tus objetos internos o con tus figuras parentales, si eres capaz de re-establecer vínculos eres capaz de sanar y por lo tanto no eres melancólico sino depresivo y con gran probabilidad de mejora. Si no es así, será todo lo contrario.

5. CONCLUSIONES

Al inicio de este trabajo nos planteamos algunas problemáticas con relación al diagnóstico diferencial de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía. Nos cuestionamos sobre las diferencias y afinidades que registran ambos cuadros clínicos e indicamos que nuestra aproximación teórica la realizaríamos sobre una base psicoanalítica. Después de revisar ambos trastornos y su curso en la historia, de revisar y analizar las concepciones teórico-clínicas de los autores clásicos del psicoanálisis y de realizar una revisión de nuestra propia experiencia clínica; consideramos que nuestros hallazgos son los siguientes.

Hemos podido comprobar en la búsqueda histórica, que el cuadro clínico de la depresión nació de manera independiente al de la melancolía; así mismo pudimos observar que debieron pasar más de 1700 años para que el cuadro clínico de la depresión tuviera la misma importancia clínica que el de la melancolía.

Heinroth fue el primer psiquiatra en clasificar a la depresión como cuadro clínico independiente de la melancolía. Sin embargo y esto es algo en lo que coincidimos con muchos autores tanto psicoanalistas como psiquiatras <<Meyer, Mueller, Krafft-Ebing, Kristeva, Bleichmar>> que la depresión y la melancolía mantienen una relación tan estrecha que es muy difícil diferenciarlas; agregando todos ellos y tomándolo nosotros como conclusión, que es solo a través del análisis y la observación a largo tiempo que el diagnóstico diferencial entre ambos cuadros clínicos puede establecerse.

Pudimos observar que a principios del siglo XX (*ver capítulo No 1*) Meyer abogó por eliminar el término clínico de la melancolía para la clara comprensión de la psiquiatría de las depresiones; considerando que se debía aplicar el término depresión a todo tipo de afecciones afectivas. Tomando como base esta propuesta de Meyer, nosotros concluimos y proponemos que sería conveniente para la disciplina psicoanalítica acuñar y defender el término <<melancolía>>

herencia del padre del psicoanálisis. De esta forma consideramos que el psicoanálisis defendería un término acuñado por la disciplina y podría extender su comprensión a diferentes niveles. Algo muy similar realizó Kristeva (1991) cuando pensó a estos dos cuadros clínicos como un conjunto que podría denominarse melancólico-depresivo.

Para continuar con nuestras conclusiones, diremos que nuestra propuesta nos empuja aún más a encontrar esas barreras difuminadas entre uno y otro cuadro clínico.

Durante este trabajo, los autores clásicos del psicoanálisis nos permitieron observar que la vida misma de cada sujeto conlleva un estado de pérdida que provoca sufrimiento y dolor, el cual se ha adscrito con el nombre de *duelo*. El duelo es un estado inherente a la humanidad, desde el nacimiento se puede observar una pérdida de un estado placentero y lo no-patológico es que haya una recuperación ante esta pérdida o duelo. Hay momentos y situaciones en la vida de los seres humanos, en que los estados de desorden afectivo, desequilibrio psíquico, destino no esperado de la pulsión, etc. no se comprenden desde lo patológico sino desde lo humanizado. Ejemplo de estos estados son: el duelo que muestra el estado no-patológico de la melancolía, la manda que muestra el estado no-patológico del masoquismo, etc.

Freud pensó que el displacer doliente del sujeto en duelo no parece natural. Nosotros discrepamos con esta idea de Freud y argumentamos que toda pérdida exige un estado de dolor natural e igualmente inherente a los seres humanos durante un lapso determinado de tiempo y con una intensidad manejable; pero también debemos señalar que después de este periodo de tiempo el yo del sujeto tendría que devenir estable.

Sujetándonos de los aportes clínicos de M. Klein, proponemos una disposición hacia la posición Depresiva infantil en la cual la introyección de objetos buenos

posibilita el desarrollo “normal” de todo ser humano. Los mecanismos de introyección y proyección permiten al sujeto lograr una estabilidad y un equilibrio que contrarresta la culpa y la ansiedad que se originan de las fantasías agresivas primarias. Nosotros estamos de acuerdo con Klein en que la posición depresiva es un estado necesario para el desarrollo de los seres humanos pero además agregamos que la disposición a la posición depresiva permite al sujeto hacer frente a sus pérdidas y retomar el equilibrio ausente en el estado de duelo. Por otra parte agregaríamos que la disposición a la posición depresiva posibilita la instauración de aspectos como la culpa y la angustia por el objeto que consideramos hace realizable el equilibrio social.

Si bien el temporal estado de duelo se nos presenta inherente a todo ser humano, tanto como la disposición a la posición depresiva; la forma en que se vivencian ambas experiencias es del orden de lo subjetivo. A lo largo de la historia pudimos reconocer que tanto griegos, psiquiatras como psicoanalistas coinciden en que algunos síntomas como el miedo, la ansiedad, la desesperación, la irritabilidad, la tristeza entre otros, pueden ser identificados en gran parte de los pacientes que presentan un cuadro clínico de melancolía o de depresión. Sin embargo también es cierto que cada paciente dentro de estos cuadros clínicos se comporta diferente de los otros y que esto le da un carácter subjetivo a la enfermedad.

La historia nos muestra un tiempo en que se proclamó por la desubjetivación de las vivencias melancólicas utilizando el cuadro clínico de la melancolía para describir y nombrar a una personalidad en lo social. Así la melancolía durante los siglos XVII y XVIII se alejó de un diagnóstico clínico para utilizarse como una forma de nombrar y nombrarse de la gente culta y de rango. Nuestras observaciones nos llevan a suponer que en este siglo XXI una popularidad similar se ha apropiado del término clínico de la depresión; siendo observable que el término se atribuye a un estado de desolación y desgano otorgado por lo social y no por la clínica.

La comprensión subjetiva es un punto importante en el diagnóstico diferencial de la depresión y la melancolía; la pérdida del objeto se nos presenta sujeta por la conciencia en la depresión y no así en la melancolía en la cual como iremos señalando, no sabemos incluso si hay pérdida. Podemos concluir que tanto en el trabajo de duelo como en el de la depresión la pérdida es asible mientras que en la melancolía la pérdida es inconsciente. Esta propiedad de asible-consciente versus inasible-inconsciente proponemos constituye una de las diferencias sustanciales entre los cuadros clínicos de la depresión <<incluyendo al duelo normal>> y el cuadro clínico de la melancolía <<incluyendo al duelo patológico>>

Nosotros hemos propuesto que en la melancolía no hay objeto perdido sino pérdida de la estabilidad o pérdida del equilibrio entre las instancias psíquicas; misma operación que observamos en la depresión en donde si hay objeto perdido que posibilita la re-inauguración objetal. Durante el largo trayecto de la historia pudimos revisar que tanto los griegos, los psiquiatras y de manera menos pronunciada los psicoanalistas, coinciden en que puede observarse este desequilibrio en pacientes que sufren de depresión o melancolía.

Coincidimos con los antiguos filósofos griegos en que un exceso o falta de energía genera un estado de desequilibrio que arrebató la paz interior y que puede ser capaz de generar una patología. Los griegos pensaron que el cuerpo requiere una estabilidad fisiológica para no enfermar; nosotros concluimos que igualmente la psique requiere de una estabilidad para mantenerse sana. Es importante señalar que no es solo el requerimiento de una ausencia de dolor sino también una ausencia de alegría excesiva pues ambas se nos presentan tanto generadoras de desequilibrio psíquico como provocadoras del rompimiento de la estabilidad natural.

El psicoanálisis también nos permite realizar una descripción del desequilibrio como productor de los trastornos mentales; en Freud podemos comprender a través de sus postulados teóricos sobre la pulsión y las estructuras psíquicas, que

los trastornos mentales entre ellos la depresión y la melancolía tiene su génesis en el interior del sujeto. Estamos de acuerdo con Freud en que la desinvertidura objetal tiene que ser asignada a otro-nuevo-objeto; de lo contrario se sobre-invierte al yo ocasionando un aumento de tensión y displacer psíquico que este autor propone es la causa de la melancolía. Consideramos que también en M. Klein podemos localizar una concepción del equilibrio psíquico. Esta autora señala que la mente del bebe está poblada por objetos buenos pero también por objetos malos; la conjunción de cualidades de ambos objetos permite instaurar objetos integrados en la mente del sujeto. Si nos permitimos entender la categorización bueno y malo como adjetivos cuanti y cualificables, estamos en posición de proponer que hemos encontrado tanto en Freud como en M. Klein al igual que en los griegos y que en diversos psiquiatras a lo largo de la historia una noción de equilibrio para describir y sujetar la salud mental y corporal.

Hemos observado que en la depresión y no así en la melancolía, se establece un fuerte cuestionamiento subjetivo sobre la bondad y la maldad de los objetos. Este cuestionamiento genera un desequilibrio que podemos llamar “desequilibrio-objetal” el cual impide al sufriente comprender cuál de su comportamiento es aceptable y cuál no.

Nuestra propuesta de desequilibrio objetal va más allá, nos permite comprender otra perspectiva de la propuesta Kleiniana sobre la reactivación de ansiedades y angustias de la temprana infancia durante el trabajo de duelo. Hemos podido observar que el trabajo de duelo reactiva el desequilibrio objetal y por lo tanto rompe el equilibrio psíquico que como ya se menciona es natural durante un lapso de tiempo; de continuar el desequilibrio objetal puede provocar una depresión.

Proponemos que un estado de desequilibrio caracteriza al estado depresivo y consideramos es visible pero no genético en la melancolía. Así mismo hemos podido observar que una parte sustancial del cuadro clínico de la depresión es encontrar una supuesta raíz y un fundamento en lo real; esta característica

complejiza la comprensión del estado depresivo pues el sujeto y quienes lo rodean poco dudan del supuesto origen de la enfermedad; ante su ojos ellos lo pueden palpar, lo pueden hacer aprehensible, sujetable e incluso manejable. La sintomatología del cuadro clínico de la depresión tiende a atarse de manera justificada en lo real, de esta manera tanto el sufriente como quien está cerca de él se anudan al deseo de mejora y pronto dejan de cuestionarse acerca del malestar. Lo justifican y le permiten su desarrollo antes de hacer conciencia de enfermedad. Consideramos que el espacio de permeabilidad que propusimos en el capítulo cuatro del presente trabajo nos permite considerar que la sociedad se comporta como una incubadora de estos trastornos clínicos permitiendo su proliferación y su desarrollo.

Nuestra propuesta sobre el espacio de permeabilidad señala entender a la sociedad como una interrelación entre dos o más personas; así, la diada madre-hijo es en esta propuesta una interrelación social y encierra como para muchos autores contemporáneos del psicoanálisis el mayor fundamento clínico para la creación de un cuadro depresivo o melancólico. Autores como Winnicott, Green, Mahler, entre otros, han realizado aportes clínicos y metapsicológicos en la comprensión de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía a partir del análisis de la diada madre-hijo. Consideramos que estas teorías contemporáneas del psicoanálisis son de suma importancia sin embargo y por motivos tanto estructurales como delimitantes del presente trabajo no serán motivo de este estudio y quedan sus propuestas teóricas abiertas para una posible continuación del presente trabajo.

Nuestra propuesta también considera que la diada madre-hijo es de infinita importancia y en muchos casos origina diferentes trastornos psíquicos; sin embargo no coincidimos enteramente con los autores clásicos del psicoanálisis, ni con aquellos que consideran que toda patología tiene su origen al inicio de la vida. Nosotros consideramos que la primera infancia tiene un inmenso valor en la estructura que desarrolla cada sujeto sin embargo también pensamos que a lo

largo de la vida, el sujeto construye nuevas inter-relaciones y con ello posibilita la modificación de sus estructuras psíquicas que se formaron en la temprana infancia. Tenemos motivos para suponer que el sujeto aprende y es capaz de reelaborar su vida, de hacer nuevas relaciones que le permitan el desarrollo de su propio yo. Nuestra metáfora del funcionamiento de una conexión neuronal o de un link de computadora nos permite comprender que hay vías que pueden estar dañadas de origen o pueden estropearse durante el camino; sin embargo otras vías continuarán, otras se originarán y otras permitirán suplir algunas no existentes.

Hemos observado que la percepción temporal es en los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía un factor de notable interés. Clínicamente nos hemos encontrado que las imágenes, fantasías e ideas de tristeza embargan al sufriente cronológicamente, caminan junto a él durante toda su vida y están lejos de ser hechos aislados o del presente como se intentan manifestar en lo real. Nosotros tomamos la percepción temporal para señalar otra de nuestras conclusiones principales; hemos observado que ya sea tarde o temprano, el paciente depresivo se agota de su sufrimiento, lo atiende y busca una solución que señalemos puede quedar solo en un intento por dejar de sufrir. En el paciente melancólico no hemos podido encontrar algo de este orden; en el paciente melancólico notamos que encuentra goce en el sufrimiento, goce que le permite instaurar-se una estructura melancólica que le permitiría continuar en ese estado por siempre o al menos hasta que encuentre salida que igualmente tendrá que ser gozosa.

Algunos párrafos atrás señalamos que hay episodios en la vida de los humanos en que los estados de desequilibrio no indican un cuadro patológico; esta observación también nos ha permitido analizar y comprender que el orden cíclico temporal traza la patología mental. La temporalidad circular ordena la vida, los seres humanos creen fielmente en inicios y finales; la vida misma está trazada por un principio y un final desde su concepción, la necesidad de poner fin a los sufrimientos del doliente es una concepción que atestigua la temporalidad cíclica

más por la esperanza del observador que del propio sentimiento del sujeto en este estado. El tiempo sin final --eternizado-- ha servido para indicar patologías como la melancolía. Cuando el final de un periodo se obstaculiza y se ve impedido, hay una fuerte creencia a considerar que algo *anda* mal, se llega a decir: *algo no marcha bien*. Hay una concepción contrapuesta a la temporalidad cíclica que es la eternalización; el orden de lo eterno encierra lo antinatural, lo siniestro, el desvarío, la enfermedad.

Hemos de señalar que los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía conllevan el sello de atemporalidad; consideramos que son estados patológicos por su duración a largo plazo, por la oscuridad prolongada en que han caído sus vidas. El manejo del tiempo marca así los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía, los sufrientes muestran un largo camino oscurecido. Consideramos que el depresivo en algún momento mostrará sus intenciones de aclarar esta oscuridad mientras que el melancólico vive en ella.

Concluimos que la atemporalidad se presenta como una más de las ideas delirantes de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía; esta idea delirante junto con las de sufrimiento y las de conservación objetal perturban la conciencia del sufriente y otorgan falsa-tregua para que este encuentre motivos engañosos al origen de su padecer y a la justificación para su culpa. Las ideas delirantes son productoras del extrañamiento de la realidad que presenta el sufriente melancólico en grado severo y el sufriente depresivo en un grado más moderado. Podemos señalar que el extrañamiento de la realidad en el cuadro clínico de la depresión puede ser también una reacción ante el fracaso por mantener la identificación con el objeto internalizado y con el objeto real.

Hemos señalado en los capítulos anteriores que si el yo ha sido capaz de retener la introyección de objetos buenos es por una fuerte necesidad de estos. La introyección de objetos buenos posibilita la salida del estado depresivo y la ausencia de introyección marca la acuciante melancolía. Ya nos señalaba M. Klein

que el proceso de internalización de los objetos que tiene sus inicios en el primer estadio de la infancia, es fundamental para el desarrollo de las posiciones psicóticas (*ver capítulo No 2*). Igualmente en su teorización Freud señala que el narcisismo primario es de vida, de autoconservación, de identificación con el objeto y de desarrollo yoico; haciendo una diferencia con el narcisismo secundario que ya nos señalaba es de muerte, autoerótico e impide el desarrollo yoico.

Nosotros concluimos que el cuadro clínico de la depresión debe ser indicado como parte de las patologías del narcisismo primario pues observamos aunque de manera nublada una capacidad de introyección de objetos; la introyección tanto como las características del narcisismo primario le permitirán al sufriente depresivo poco a poco retomar el interés por el mundo exterior mientras que al sufriente melancólico su incapacidad de introyección tanto como su narcisismo patológico lo alejaran del mundo.

Esta frontera difuminada que ya hemos señalado separa a la depresión de la melancolía es tan fina como aquella que separa a la neurosis de la psicosis. El grado de severidad de las ideas delirantes junto con el nivel de las capacidades de introyección y conservación objetal marca de acuerdo a nuestras conclusiones una de las más firmes diferencias entre depresión como representante de las neurosis de la melancolía como representante de las psicosis. Hemos podido observar que el paciente depresivo conserva de su temprana infancia la capacidad de reparar su relación con el objeto mientras que en el melancólico esta capacidad se encuentra ausente. Como ya lo hemos mencionado, el depresivo es capaz de salir de su camino de lozas negras mientras que el melancólico no es capaz. La percepción del mundo tanto como el color con que se percibe esta mayormente distorsionada en el cuadro melancólico que en el cuadro depresivo.

La presencia o ausencia de una relación de objeto marca nuestras conclusiones principales; durante el análisis de los cuadros clínicos de la depresión y la melancolía observamos una fantasía que debe ser considerada dentro de las

fantasías originarias propuestas por Freud; esta fantasía originaria es la llamada por nosotros *“fantasía de la felicidad del objeto”*.

El análisis clínico de esta fantasía nos ha permitido concebir que en la depresión, se observa una necesidad por cumplir con la felicidad del objeto y su postergación o fracaso acarrea consigo la tristeza que muestra el depresivo. En el melancólico se puede observar que esta fantasía o no existe o se encuentra negada; clínicamente estamos en posibilidad de señalar que el porvenir del paciente melancólico está en relación con el trabajo que pueda hacerse considerando etapas muy tempranas del desarrollo para posibilitar la instauración de esta fantasía. Nuestras conclusiones señalan que la fantasía de la felicidad del objeto es constitucional y es así misma causante y predisponente de la depresión y de la melancolía. Esta fantasía originaria de que el objeto sea feliz antecede a ambos cuadros clínicos, antecede a la relación de objeto y a la vez que se erige ante las otras fantasías propuestas por Freud, también es resultado de estas.

La predisposición a una posición depresiva, el desequilibrio objetal, el espacio de permeabilidad y ahora la fantasía de la felicidad del objeto son algunas de las principales conclusiones de nuestro trabajo. A través de todas ellas hemos podido reconocer que la depresión es un cuadro clínico derivado de un mal logro objetal, mientras que en la melancolía lo que se observa es una ausencia de objeto; ausencia que una vez instaurada en lo psíquico genera una estructura melancólica.

Durante nuestro trabajo hemos observado que en la depresión, la pérdida del objeto ocasiona la liberación de la investidura libidinal produciéndose un estado de dolor y sufrimiento que como hemos señalado, tiene su origen en el desequilibrio objetal y en la afrenta narcisista de no haber mantenido con vida al objeto. La pérdida del objeto exige catectizar a un nuevo objeto, consideramos este trabajo es el que debe realizarse desde la clínica de las depresiones y del duelo. El

trabajo en la clínica de la melancolía es diferente, consideramos que lo que se debe atender es la ausencia inconciente de objeto y el vacío.

La diferencia clínica entre los cuadros de la depresión y la melancolía es sustancial. Debemos partir del supuesto de que el paciente melancólico no atina a saber lo que perdió, incluso su pérdida --si es que la hay-- es inconciente e inaprensible pues como ya lo señalamos, en la melancolía no hay relación de objeto y por lo tanto no puede haber pérdida. Esta falta de objeto en la melancolía ocasiona un vacío objetal que durante el trabajo de desinvestidura no atina a saber hacia a donde dirigirse provocando una búsqueda incesante de un objeto que se haga cargo. El yo es en la melancolía y después de ser vuelto objeto por sí mismo, el único objeto a ser desinvestido. Si nuestros esfuerzos clínicos los dirigiéramos a la desinvestidura del objeto perdido y a la investidura de un nuevo objeto, estaríamos en un error terapéutico pues el sujeto melancólico nada sabe de una pérdida y por lo tanto tampoco nada sabe de un objeto que hay que desinvertir. Consideramos que el trabajo que debe realizarse es de contención a través de evitar la desinvestidura yoica.

Una de las principales tesis de Freud con respecto a la melancolía en su escrito de 1915 (*ver capítulo 2*) es la identificación con el objeto a partir de un tipo de elección narcisista de objeto. Nosotros consideramos conveniente cuestionar si realmente existe una elección de objeto en los trastornos graves referidos al narcisismo pues consideramos que una elección de objeto conlleva los actos de elección, catectización y descatectización ante la pérdida del objeto. Una vez más tenemos que señalar que la melancolía como parte de los trastornos narcisista es anobjetal.

Nuestra tesis fundamental para señalar que la melancolía es sin objeto recae en las consideraciones teóricas sobre la incapacidad de amor que se observa en este tipo de pacientes. Hemos de considerar que la capacidad de amor está atada a nuestra propuesta sobre la fantasía de felicidad del objeto y que nos permite considerar que los seres humanos y quizá todos los animales no nacimos para

amarnos nosotros mismos, sino para amar y vincularnos con otro. Ya hemos señalado que la depresión encuentra su salida en la reafirmación objetal y esta es permisible debido a la capacidad de amor que no encontramos ausente en el depresivo.

La función del objeto sobre el yo es tan importante como la función del yo sobre el objeto; la identificación narcisista con el objeto le permitió a Freud formular sus ideas sobre la melancolía y a nosotros retomar este postulado, nos permite señalar que es el objeto la única posibilidad de un cuadro depresivo y no melancólico. Señalaríamos desde la teoría de M. Klein que el melancólico no ha sido capaz de realizar vínculo con el pecho ni con objeto alguno.

El amor permite al yo del depresivo desesperarse, titubear, desconfiar de su capacidad de preservar pero también le permite restaurar y salvar a sus objetos buenos incorporados. Hemos dicho ya que el melancólico es incapaz de amor, de reparación, de vínculo. Es en todo sentido un yo-muerto que se observa base de la destrucción. Esta incapacidad de amor, de falta de aquel objeto que se haga cargo de su investidura libidinal consideramos es la base del suicidio. Hemos de señalar que el paciente depresivo no es por lo general un paciente suicida, porque siempre habrá un objeto al cual revestir. Mientras que el melancólico es aquel paciente que si puede llegar a suicidarse por la ausencia eterna de objeto.

Hemos considerado a lo largo del presente trabajo, que en la melancolía no hay introyección de objeto. Esta propuesta considera que antes de incorporar al objeto el melancólico lo ha destruido sin dejar rastro alguno. Podríamos decir que la libido objetal no se alcanzó, no encontró sustituto ni en la fantasía, ni en la imaginación. En la depresión si alcanzamos a distinguir que la libido retirada de los objetos se conservó de alguna manera o en la fantasía o en la imaginación. El solo roce de la relación objetal marca la diferencia entre pacientes depresivos y pacientes melancólicos. La relación objetal instauro dentro del sujeto un objeto que permite desde el vínculo interno separar al yo del objeto. Lo esencial en la instauración del

yo, es que no puede lograrse si no hay objeto que lo diferencie. Así la ausencia en el depresivo estará en el vínculo con el objeto y no en el yo. El amor le permite al yo ocupar el lugar del objeto durante una pérdida pero también le permite regresar a su propio lugar.

El amor es esencia base para la comprensión de los trastornos clínicos de la depresión y la melancolía; durante todo nuestro trabajo hemos comentado que el melancólico se nos presenta como un sujeto que no ama, que toda su pulsión está volcada sobre el mismo. Freud mismo en duelo y melancolía de 1915 nos señaló que el sujeto debe ser capaz de amar para no caer enfermo y agrego que enfermaría si a consecuencia de una frustración no puede ser capaz de amar. El yo no debe ocupar la posición de objeto pues es posición que no le corresponde; el objeto no debe ocupar la posición del yo pues es posición que tampoco corresponde. El hombre no nació para amarse así mismo, naturalmente debe buscar vínculo para entregar su amor y no caer enfermo.

La diferencia quizá más importante que hemos encontrado entre la depresión y la melancolía es la relación objetal. En la depresión la relación objetal está dañada, está alterada pero es susceptible de reparación. En la melancolía la relación de objeto se haya ausente y este hueco hacia vacío que debe ser atendido clínicamente a fin de evitar la desinvestidura total del yo. El trabajo clínico nos enseña que no es posible diferenciar ambos cuadros clínicos sino es a través del tiempo prolongado y de la observación constante. En un inicio la sintomatología de ambos cuadros clínicos es en todo parecida, sin embargo y con un buen trabajo clínico podremos llegar a distinguir que tanto la reparación como la introyección de objetos buenos está presente en la depresión y no así en la melancolía.

LISTA FINAL DE REFERENCIAS

- Abraham, K. (1915). *Carta de Karl Abraham a Sigmund Freud 31 de Marzo de 1915 en Correspondencia completa de Sigmund Freud y Karl Abraham*. Alemania.
- Abraham, K. (1912). *Carta de Karl Abraham a Sigmund Freud 28 de Mayo de 1912 en Correspondencia completa de Sigmund Freud y Karl Abraham*. Alemania.
- Antiguo Testamento. La Biblia. (40ª Ed., 1995). España: Verbo Divino
- Arnold, K. (2006). The need to Express and the Compulsion to Confess: Reik's Theory of Symptom-Formation: *Psychoanalytic Psychology*, 23 (4), 738-753.
- Balint, M. (1952). New Beginning and the Paranoid and the Depressive Syndromes. *The International Journal of Psychoanalysis*, 33, 214-224.
- Bartra, R. (2004). *El duelo de los ángeles*. España: FCE.
- Bergmann, S. M. (1988). Freud's Three Theories of Love in the Light of Later Developments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 36, 653-672.
- Bleichmar, H. (2008). *La depresión un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, N. & Leiberman, C. (2009). *El psicoanálisis después de Freud*. (1ª reimp.). México: Paidós.
- Bowlby, J. (1961). Processes of Mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bratton, M. (2001). Me or Not Me: The Lost Object? : *Gender and Psychoanalysis*, 6, 209-225.
- Calivillo, F. (2003). *Estudios psiquiátricos sobre la depresión*. España: Alianza
- Chasseguet – Smirgel, J. (1991). Reflections on Certain Disorders of the Superego in Relation to Houseproud Mothers. *Psychoanalytic Inquiry*. 11, 537-558.
- De la Fuente, R. (1996). *Psicología Médica*. México: FCE.
- Del Valle, Y. (2010). *Silencio y Palabra*. Tesis doctoral inédita. Centro ELEIA actividades psicológicas, México.

- Etchegoyen, H. (2005). *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. (2ª reimp). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freed, P. (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center: *Neuro-Psychoanalysis*, 10, 969-972.
- Freud, S. (1905/2006). *Tres ensayos de teoría sexual*. En Obras Completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911/2006). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. En Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/2006). *Introducción del Narcisismo*. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2006a). *Pulsiones y destinos de pulsión*. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1915/2006b). *Lo Inconciente*. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/2006). *Duelo y Melancolía*. En Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920/2006). *Más allá del principio del placer*. En Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/2006). *El yo y el ello*. En Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gerez, M. (2003). *Imperativos del superyó*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Klein, M. (1935/1994). *Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*. En Obras Completas. Tomo I. (2ª reimp.). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1940/1994). *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. En Obras Completas. Tomo I. (2ª reimp.). Barcelona: Paidós.
- Klerman, G. & Weissman, M. (1989). *Increasing rates of Depression*. EEUU: JAM.
- Kristeva, J. (1991). *Sol negro. Depresión y melancolía*. Venezuela: Ávila.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. (1ª Ed. En México). México: Paidós.

Mueller, F. (1992). *La psicología contemporánea*. (5ª. Ed.). México: FCE.

Polaino-lorente, A. (1985). *La depresión*. España: Martínez Roca.

Schilder, P. (1933). Notes on Psychogenic Depression and Melancholia: (Studies from the Research Department of the Psychiatric Division of Beixevue Hospital). *Psychoanalytic Review*, 20, 10-18.

Seides, S. W. (1989). Melancholia and Depression. From Hippocratic Times to Modern Times. *The Psychoanalytic Quarterly*, 58, 137-140.

Winnicott, D. (1965). The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. *The International Psycho-Analytical Library*, 64, 1-276.