



HAL
open science

Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica: precisiones fenomenológicas y psicopatológicas respecto de la melancolía y la depresión

Derek Humphreys

► **To cite this version:**

Derek Humphreys. Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica: precisiones fenomenológicas y psicopatológicas respecto de la melancolía y la depresión. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 2013, 16 (3), pp.398-410. 10.1590/S1415-47142013000300004 . hal-02523957

HAL Id: hal-02523957

<https://hal.science/hal-02523957>

Submitted on 29 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica.

Precisiones fenomenológicas y psicopatológicas respecto de
la melancolía y la depresión

Figures of depression and melancholic figurability

Phenomenological and psychopathological specifications on melancholy and depression

Derek HUMPHREYS

Doctor en Medicina, Doctor en Psicopatología Fundamental y Psicoanálisis, Magister en
Neurciencias

Maître de Conférences, Universidad de Provence Aix-Marseille
Miembro del Laboratorio « de Psychopathologie Clinique et de Psychanalyse »
Université de Provence
Centre Saint-Charles
Case 37
3, place Victor Hugo
13331 Marseille Cedex 3
FRANCE

Texto desarrollado a partir de una conferencia dictada en la Universidad Diego Portales,
Santiago de Chile, Diciembre de 2011

Figures of depression and melancholic figurability. Phenomenological and psychopathological specifications on melancholy and depression

Abstract: The broad sense currently used of the term melancholy approaches this latter to depression. This article establishes the limits and particularities of the psychiatric discourse and proposes a psychopathological analysis of the melancholic object. This distinction depression/melancholy is clinically relevant since the particular listening of the non-substantiality of the object pointed here concerns the regression of the analyst rather than the empathy and understanding. The focus on the somatic dimension (insomnia) also results clinically important.

Key-words : Melancholy, Depression, Psychopathology, Nosology, Absence

Figures de la dépression et figurabilité mélancolique. Précisions phénoménologiques et psychopathologiques sur la mélancolie et la dépression.

Résumé : Le sens large de la notion de mélancolie utilisée actuellement approche cette dernière de la dépression. Dans cet article sont établis les limites et les particularités du discours psychiatrique dans l'analyse psychopathologique de l'objet mélancolique. Cette distinction dépression/mélancolie aura d'importants effets cliniques, étant l'écoute particulière de la non-substantialité de l'objet soulevée par l'article plus concernée par la capacité de régression de l'analyste que par la compréhension et l'empathie. L'attention portée à la dimension somatique (insomnie) a aussi des effets cliniques.

Mots-Clés : Mélancolie, Dépression, Psychopathologie, Nosologie, Absence

Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica. Precisiones fenomenológicas y psicopatológicas respecto de la melancolía y la depresión.

Resumen: La generalización de la noción de melancolía acerca la melancolía de la depresión. El presente artículo precisa los límites y particularidades del discurso psiquiátrico y analiza el problema del objeto melancólico desde la psicopatología. Esta distinción depresión/melancolía tiene repercusiones clínicas importantes en tanto la escucha particular de la no-substantialidad del objeto propuesta pone el acento en la capacidad de regresión del analista, por sobre la comprensión y la empatía, y también por el lugar que da a su aspecto somático (insomnio).

Palabras clave: Melancolía, Depresión, Psicopatología, Nosología, Ausencia

Figuras do depressão e figurabilidade melancólica. Precisoes fenomenológicas e psicopatológicas sobre melancolia e depressão.

Resumo: O sentido amplo da noção atualmente usada de melancolia acerca a melancolia da depressão. Este artigo especifica os limites e as características do discurso psiquiátrico e analisa o problema do objeto melancolico do ponto de vista psicopatologico. Esta distinção depressão/melancolia tem importantes implicações clínicas visto que a escuta particular da non-substancialidade del objeto aqui proposta enfatiza a capacidade de regressão do analista mais do que a compreensão e empatia, e também sobre o lugar que dá o somático (insônia).

Palavras-chave: Melancolia, Depressão, Psicopatología, Nosología, Ausência

“El gran enigma del duelo está tal vez en el poder de un tiempo que deja a los vivos el sueño en el que soñar la muerte y protegerse así de la violencia que sólo el melancólico conoce”

La ausencia, Pierre Férida

1. Introducción

La vulgarización de ciertos términos específicos a una disciplina puede generar usos inadecuados, incluso en algunos medios profesionales, por parte de quienes no son especialistas. En la medida en que el especialista conserva una clara utilización del término, sin dejarse influir por el uso corriente de éste, dicha vulgarización no representa una dificultad; una cierta imprecisión es incluso necesaria a la apropiación subjetiva de algunas ideas. Han sido ya extensamente discutidos los problemas generados en medicina con la introducción de la noción de *Self* (Humphreys, 2007, p.418). Cuando el sentido corriente de un término desplaza el uso por parte del especialista, las cosas se complican, tal como ocurre a veces en psicopatología debido a la superposición compleja de epistemologías diferentes que constituyen el cuerpo teórico de la psicopatología.

En mi experiencia como psiquiatra y psicoanalista y probablemente debido al dialogo permanente con psicólogos y psiquiatras que exige el trabajo de docencia y de investigación, es posible constatar una falta de precisión en la utilización del término melancolía. El presente artículo intentará precisar algunas dificultades epistemológicas que parecen haber creado una confusión o un uso inadecuado del término melancolía. Este mal uso deriva principalmente de la importancia que ha adquirido la explicación biológica de los desórdenes psiquiátricos, la preponderancia del discurso médico y a las clasificaciones de orden estadístico y económico que éste genera –en términos de salud pública, pero también en el bombardeo mediático que

la medicina y la farmacología han podido producir. Esta falta de precisión por parte del profesional tiene efectos clínicos importantes que parece necesario discutir y aclarar. Será necesario para ello un pasaje por la historia de la psiquiatría para tocar ciertas dificultades epistemológicas y nosológicas que nos permitirán sostener esta hipótesis.

2. Observación psiquiátrica y depresión melancólica

En la práctica clínica en psiquiatría nos vemos confrontados a una serie de intervenciones distintas en tanto se trata de un campo clínico que concierne tanto a psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas. Un paciente depresivo en psicoterapia requiere a veces una prescripción medicamentosa y viceversa. Esta “cohabitación” presenta varios beneficios ¿En qué afecta esto nuestra concepción de los fundamentos del sufrimiento psíquico y de la enfermedad afectiva? ¿Cómo justificar este doble criterio de intervención y sus implicancias sobre la idea de causalidad? El presente análisis no pretende crear un debate en cuanto a la utilidad de la medicación ni compararla con la intervención psicoanalítica. Se trata, sin embargo, de intervenciones que se apoyan sobre teorías distintas y que generan muchas veces, cuando dejamos de prestar atención a ellas, confusiones importantes – podríamos incluso preguntarnos si no se trata de transformaciones de ciertos conceptos ante evidencias clínicas variables.

a. El problema de la causalidad biológica

La referencia a la genética se ha transformado hoy en un imperativo biológico (Kupiec & Sonigo, 2000, p.62). Si prestamos atención a los dictados de la genética deberíamos afirmar que un fenómeno es genético sólo porque se repite. Sin embargo, la primavera se repite cada año sin que por ello exista un gen de la primavera. Aunque el reduccionismo de la genética pre-supone la existencia de una esencia en el genoma (un núcleo permanente e invariable) que opone esencia y existencia, es necesario recordar que el individuo no es el producto de un

programa –que implica de alguna manera la existencia de un Creador- sino el efecto fortuito del encuentro entre un conjunto molecular y su entorno (Jacob, 1970).

Podemos entonces afirmar que los aspectos determinantes del individuo son múltiples: orgánicos, del entorno físico, del entorno cultural (Varela, 2000, p.105), y que nos vemos confrontados a un problema de “terreno” cuando la abstracción científica –ideal- establece un diálogo con la clínica –más concernida por el sujeto en sufrimiento que por la abstracción. El problema surge cuando el discurso científico no encuentra un interlocutor, produciendo una “universalización” del ideal científico.

Inútil sería aquí una discusión sobre el dualismo (abstracción/materia, biología/consciencia, psique/soma) que opondría neurobiología y psicoanálisis. Lacan (1946, p.152), al respecto, ve este problema como un dualismo de lo extenso y el pensamiento. La distancia que separa al investigador en ciencias humanas clínicas del que investiga la neurobiología corresponde a una diferencia necesaria en la mirada y el método que responde a dos sustratos diferentes, de observación y de experiencia. Aceptando esta limitación cada uno podrá, tal vez, considerar los límites de sus conclusiones, refiriéndolas a lo que sería una “mirada total” –que implica una posición también respecto del ideal monádico. El acercamiento original propuesto por Deleuze y Guattari (1980, p.382-433) a este problema abre una pista a través de la noción de *praxis* que no podríamos discutir extensamente en este artículo pero que cabe mencionar.

b. Observancia y observación

Resulta necesario establecer algunos elementos de comprensión de la relación actual de la psiquiatría a la ciencia a través de un breve análisis histórico de las crisis y cambios que ha sufrido la psiquiatría en las últimas décadas. Este somero recorrido podría comenzar por el establecimiento de las primeras relaciones “científicas” de la medicina a la enfermedad mental a través de la determinación de los primeros criterios nosológicos de los trastornos

mentales. A pesar de la “cientificidad” fisiopatológica sobre la que se sostienen los criterios médicos a partir de fines del siglo XIX, el desconocimiento de los procesos involucrados en el desarrollo de la enfermedad mental conduce a la aceptación de sistemas nosológicos puramente sintomáticos. Es en este contexto, lejano a la explicación fisiopatológica, que Jaspers y Kraepelin proponen dos sistemas de clasificación completamente paralelos, dos intentos diferentes de considerar la causalidad en la organización de las manifestaciones psiquiátricas. El descubrimiento freudiano del inconsciente tuvo ciertamente un efecto sobre el pensamiento psiquiátrico, sin embargo asistimos a un interés renovado por los aspectos biológicos de la enfermedad a partir de la década de 1950. El pensamiento psiquiátrico se verá nuevamente desestabilizado por el movimiento anti-psiquiátrico un par de décadas más tarde, y luego con la aparición de la exploración cerebral por imágenes que, en los últimos 15 años, ha remecido muchas consideraciones etiológicas, nosológicas y terapéuticas.

Sabemos hoy que la manifestación depresiva no es jamás lineal sino que concierne innumerable sistemas de comunicación y de regulación. La investigación de los factores involucrados ha demostrado que una alteración hipotalámica precede al desbalance de serotonina que caracteriza la depresión (y sobre la que se sostiene su tratamiento farmacológico) pero no se sabe aún si esta alteración es el efecto de niveles elevados de adrenalina, de situaciones traumáticas –físicas o psíquicas-, de una mala integración límbica de las relaciones interior/exterior en la determinación de los ritmos precoces, etc (Holsboer, 2000; Gold & Chrousos, 1995).

La psiquiatría biológica ha intentado establecer una “genética” considerando sólo los aspectos que permiten establecer una cierta linealidad, pero esta observación externa no puede dar cuenta de la complejidad de la organización del viviente. Ella no hace más que establecer ciertas condiciones ambientales capaces de explicar aquello que se manifestará como una depresión. Este tipo de organización científica de la observación, que concluye mecanismos

fisiológicos a partir solamente de algunos elementos de la clínica, la anatomía o la biología molecular, no ha aportado verdaderamente a la comprensión de la depresión: las interacciones fundamentales que subyacen al funcionamiento del viviente siguen siendo desconocidas.

3. Melancolías depresivas; depresiones melancólicas

a. La depresión, una figura corporal (de la ausencia)

No podemos desconocer la importancia del fundamento biológico del sufrimiento: en efecto, los organismos se constituyen a partir de la interacción con el medio en una relación de diferenciación respecto de éste. En los organismos complejos, sin embargo, el individuo debe “significar” el ambiente (molecularmente, por medio de sistemas de comunicación más elaborados, gracias al lenguaje...) para que esta diferencia sea posible (Deleuze & Guattari, 1980, p.133, 174). El lenguaje, principal determinante de la constitución de sistemas de comunicación neuronal humanos, cumple esta función de significación en el humano.

Lacan nos recuerda la inmadurez y fragilidad del cachorro humano justamente para referirnos a esta relación de significación que depende de la presencia de un *hilfreiche Individuum*. Retengo aquí las palabras que utiliza Freud (1895, p.411) para hablar de aquel individuo capaz de proporcionar un *fremde Hilfe*, ese otro viviente que se encuentra junto al cachorro y que es capaz de asegurar su supervivencia comunicándole respuestas adecuadas respecto de su entorno. Son estas respuestas las que significan físicamente el entorno y que, al mismo tiempo, determinan ciertos significantes afectivos ligados a la presencia de otro viviente.

Es a partir de estos elementos que afirmamos que la constitución del sujeto no se limita al reconocimiento en la mirada sino que depende también de una palabra que nombra (Lacan, 1938), la producción de un signo que es compartido entre dos vivientes en la situación particular de encuentro con un gesto adecuado –en el sentido que es capaz de satisfacer la

necesidad pero que permite también crear circuitos de comunicación e intercambio. Si el viviente que acompaña al cachorro no es capaz de proveer una respuesta adecuada a la necesidad real en la interacción con el ambiente, a la situación contingente del entorno, se produce una discordancia en el vínculo. Esta última se manifestará como un movimiento sin efecto subjetivo, un significante que cae al vacío. Es nuestra hipótesis de trabajo aquí respecto de la melancolía: esta negatividad de la ausencia no hace significante sino que produce un “hueco” (en el sentido que Green, 1993, da a esta figura para explicar la noción de negatividad). Sólo en un retorno a estas circunstancias será un día posible el restablecimiento de este vínculo. Y podemos anticipar que este restablecimiento puede depender de un sostén químico o una nueva situación de significación –repetición en la situación transferencial. El problema del sostén puramente químico es, respecto de esta hipótesis, su insuficiencia en términos significantes: el restablecimiento de la situación biológica depende también de factores contingentes –que, nos recuerda Monique David-Ménard (2011, p.50), son fundamentales a la posibilidad de cambio en la situación transferencial y hacen de esta algo más que una pura repetición.

En este sentido, hemos propuesto aquí la idea de un “individuo” –y nos permitimos aquí mantener el uso de este término para conservar su aspecto biológico- en permanente construcción a través de los procesos que se desarrollan en la relación entre un viviente y su entorno físico: la presencia de un “sujeto” (*Nebenmensch*) tiene necesariamente efectos sobre la organización del viviente. Estos se manifestarán cada vez que el sujeto produce un movimiento. El sujeto es, en este sentido, función de la presencia o ausencia de otro sujeto, sea este fantasmático o real –afirmación que es fundamento no solamente de la teoría psicopatológica sino de toda intervención analítica.

No pretendemos con esto excluir los beneficios de la intervención química respecto del sufrimiento subjetivo –ciertamente capaz de calmar la reverberación de un circuito de

ausencia y dolor. No debemos, sin embargo, confundir los terrenos epistemológicos de cada uno.

b. Ideas melancólicas y melancolización de la teoría

La psicopatología más que utilizar conceptos prefiere las nociones. Los conceptos son pocos y constituyen lo que llamamos “metapsicología” –mitología necesaria a todo saber según Freud (1915, p.7), especialmente enigmática e intrínsecamente inadecuada respecto de la subjetividad. La psicopatología toma prestados conceptos de otros saberes –arqueología, lingüística, filosofía, geología, matemáticas y hasta de la medicina- a modo de metáforas. Esta flexibilidad responde a una manera específica de elaborar, de describir y de exponer resultados que es difícil de comprender por otros saberes pero que es necesaria en el contexto de la relación al universal particular que constituye cada caso en psicopatología. La principal dificultad de este modo de utilizar las nociones radica en la permeabilidad eventual respecto de otros discursos y el lugar que ocupan ciertas nociones en terrenos aparentemente cercanos pero fundamentalmente diferentes –especialmente cuando se trata de una problemática compartida por diferentes saberes.

Tal como lo hacemos en psicoanálisis respecto del saber mítico, considerando una dimensión completamente distinta de aquella que interesa al mitólogo o al etnólogo, es necesario también respecto de la ciencia mantener una distancia, reconocer esta diferencia. Esta distancia, epistemológica en principio, permite mantener la dimensión fantasmática ligada a ciertas nociones, evitando así que estas se transformen en imágenes o íconos. Aunque tendemos a pensar que los descubrimientos primordiales del psicoanálisis evolucionan asintóticamente respecto del *saber verdadero* de la ciencia, respetando siempre el espacio de error irreductible ligado al viviente y lo humano, es solamente en la medida en que respetamos esta dimensión, evitando toda relación dogmática a la teoría, manteniendo una relación al universal que representa el caso singular, que seguimos la verdadera vocación

epistemológica del psicoanálisis¹. Fédida toma para ello el canibalismo como ejemplo: el psicoanalista podría querer confirmar en la clínica la descripción de prácticas rituales y leyendas míticas, siendo que es a otro nivel que logramos desmitificar ciertas representaciones intuitivas relacionadas a un primitivismo natural. Es la simple apertura a este tipo de investigación lo que permite establecer la complejidad de las relaciones genealógicas –y genéticas– en la especie humana en la medida en que el canibalismo, más allá de la incorporación alimentaria, concierne la identidad y la filiación (Fédida 1978, p.62-63) y tiene más peso en términos culturales que los determinantes “nucleares” de la identidad biológica.

Durante los últimos años, sin embargo, el uso extendido ha dado a ciertas designaciones de la semiología clínica el estatuto de conceptos (los diversos sentidos de términos como traumatismo, stress o angustia, por ejemplo). El término melancolía representa casi un paradigma de este mal uso y de las confusiones que esta permeabilidad genera. En esta discusión ha sido primeramente establecida la confusión que crea el uso médico del término en su relación a la depresión como manifestación externa de sufrimiento y dolor para afirmar la importancia del sentido puramente psicopatológico de la melancolía, evitando las confusiones que induce la extensión psiquiátrica de esta noción en el tratamiento de la depresión. La depresión no es una melancolía, y viceversa. La noción de melancolía tiene un sentido bien preciso que nos permite elaborar una serie de ideas respecto de los procesos psíquicos humanos.

El uso preciso que propone Freud del término en "duelo y melancolía" (1917) se establece por una comparación entre el trabajo de duelo y el trabajo de melancolía. El duelo es descrito como una forma de depresión dolorosa que preserva el sentimiento de sí-mismo: un

¹ Serge Leclaire (1991, p.84-87) manifiesta este problema en toda su extensión: “...todas las palabras de nuestros deseos son bastardas. Para los unos serían más bien de madre desconocida, para otros de identidad incierta... Odio todo lo que tiende a imponer la hegemonía perversa... que un solo fetiche, cosa o palabra, idea o persona, niegue toda diferencia... Basta con una palabra, con un concepto que se tome por fetiche, para que se transforme en el germen monstruoso de una idea pura y simple, exenta de todo sentimiento...” [Traducción libre]

duelo que no parece patológico en la medida en que podemos explicarlo “objetivamente”, asociarlo a eventos del mundo externo.

La primera diferencia básica que establecemos entre ambos procesos se apoya en la calidad de investidura del objeto perdido y sobre el cual se establece el duelo: se trataría de un problema objetal en el duelo depresivo y de un problema narcísico en el melancólico. Resulta sin embargo reductor, en términos psicopatológicos, considerar solamente la calidad objetal de lo perdido –su investidura. Siguiendo esta lógica, toda aproximación a la pérdida, la ausencia y el duelo deberían ser analizados a la luz de la pura contingencia del objeto (Asséo, 2003). El problema del objeto melancólico es complejo y no se limita a una simple cuestión de investidura –requiere al menos una elaboración de lo que entendemos por investidura. Si se trata, en la melancolía, de la pérdida de un objeto de amor, es porque éste lleva en sí la proyección del ideal del yo del sujeto y por lo tanto también de su propia investidura narcisica.

En un análisis profundo del problema, Frédéric Pellion (2000, cap.9) propone que la constitución freudiana del objeto del melancólico se produce entre el “Manuscrito G” y “Duelo y melancolía”. Según Pellion, el objeto melancólico aparece como en inadecuación respecto de la realidad, el alma y el cuerpo en el primer texto; en el segundo, el objeto parece hacerse eficaz en la medida en que su sombra cae sobre el Yo. Vemos la importancia aquí de una evolución en el pensamiento freudiano, que abandona la cuestión de la contingencia presente en 1895 –vestigios de una concordancia substancial– para presentarse como la traza psíquica de un objeto primario desde siempre perdido en 1915.

En su reflexión sobre la hipocondría, Fédida hace un aporte importante a las nociones de objeto melancólico y de depresión, insistiendo en la importancia de la dimensión angustiosa ligada a la pérdida del objeto. Para Fédida (1978, p.65-67), la escucha de la queja melancólica deja a menudo de lado la dimensión angustiosa de un Yo que se siente incapaz de

sobrevivir ante la idea de la desaparición del objeto de amor. Así, aunque parece aceptable pensar que la libido que no ha podido ser investida sobre un objeto de sustitución es retraída sobre el Yo, llevando a una identificación del Yo al objeto abandonado, la agresividad ligada a la angustia de la pérdida del objeto de amor se manifiesta en una especie de canibalismo melancólico capaz de destruir el objeto para no separarse de él. El duelo imposible del melancólico consistiría así en la unión canibálica incestuosa a un objeto cuya desaparición puede ser conocida (en el registro de lo que se sabe) pero jamás creída (uniendo para siempre al melancólico al cadáver de su objeto). Es así que, fantasmáticamente, el objeto perdido se mantiene vivo –el mejor modo de no exponerse a la pérdida del objeto es destruyéndolo y luego incorporándolo para que permanezca, en cierto modo, vivo.

Este punto de vista insiste en la importancia de la dimensión fantasmática del objeto melancólico, oponiéndose al reduccionismo de la “substancialidad” de dicho objeto. La principal consecuencia de esta postura es clínica y depende de la capacidad de regresión del analista: podemos aproximarnos en la cura al objeto devorado y a la figuración de los contenidos angustiosos informes que este produce sólo si aceptamos su situación fantasmática y mítica. Hablar, para el melancólico, sería una manera de dejarse devorar. Este es uno de los obstáculos mayores a la cura del paciente melancólico. Volveremos más adelante sobre este aspecto.

Otro aspecto psicopatológico que nos permitiría precisar la noción de melancolía es la diferencia entre vergüenza y culpabilidad. En su reflexión sobre la melancolía, Freud, a través de una fina semiología que no ignora las múltiples formas clínicas de la melancolía, elige como paradigma la crisis aguda de melancolía. En esta, el estatuto de la vergüenza y de la culpabilidad permiten diferenciar psicopatológicamente la melancolía de otras formas de manifestación depresiva. La vergüenza no parece hacer parte de la melancolía o es menos importante que en otras formas de depresión. El melancólico parece, por el contrario,

satisfacerse en una especie de puesta en escena, una desnudez que nos hace pensar en la megalomanía delirante –estrechamente asociada e incluso desencadenada por un sentimiento de culpabilidad muchas veces también delirante. Asséo prefiere hablar aquí de una inversión megalómana del sentimiento de un Yo indigno, en el que sólo los auto-reproches –por cierto excesivos– y el odio existen. El uso extendido del término melancolía tiende a borrar esta dimensión de “megalomanía invertida”. Los usos actuales del término parecen concernir, de hecho, variadas formas de la depresión que afectan la auto-estima, dejando completamente de lado esta dimensión de “megalomanía” muchas veces delirante.

c. Del loco amor

Es importante pensar esta faceta delirante de la melancolía. Kraepelin describía pacientes que creían haber devorado, comido sus propios hijos, o haberse transformado en hombres-lobo –aspecto que Fédida asocia a la significación canibálica de un duelo a la vez posible e imposible, sólo entendible en su aspecto mítico. Recordemos también que los estudios del siglo XIX intentaban distinguir paranoia y melancolía.

Para Chabert (2001), el melancólico no siente vergüenza sino que exhibe su “delirio de pequeñez”. Hemos dicho que para Asséo (2003) se trata de una megalomanía negativa producida por una organización incompleta del súper-Yo. Más allá de querer situar la melancolía dentro o fuera del registro de la psicosis, podemos afirmar que lo que el melancólico exhibe en su ausencia de vergüenza nos remite a un problema de escisión del Yo.

Esta parte de “locura” innegable del melancólico es ampliamente desarrollada por Pellion (2000) a partir del sistema lógico lacaniano. Partiendo del enunciado paradójico “todo lo que digo es falso”, Pellion ilustra la cercanía entre la locura y la melancolía –el TODO enunciado sólo puede establecerse a partir de la negación de una verdad común basada en la idea que “al menos algunas de las cosas que digo o pienso son verdaderas”. El análisis de la relación de la melancolía a la verdad permite establecer una primera diferencia respecto de la

paranoia, cuyo paradigma sería “algo hay de verdad en todo eso”. Si la “locura” del melancólico consiste en que nada es verdadero, se trataría en todo caso de un momento lógico completamente diferente al del paranoico –en el que el sujeto no tiene siquiera a su disposición el recurso de ser perseguido por algo limitado, en el sentido del “primero exterior” al que se refiere Freud en su artículo sobre la (de)negación (Freud, 1925).

El principal efecto clínico de esta diferenciación entre melancolía y paranoia tiene que ver con la utilización de la lógica de lo imaginario –a partir de la diferencia entre interior y exterior (Lacan, 1973, p.86)- al exigir una manera diferente de aproximación al YO en la cura en la medida en que la retórica del melancólico carece del énfasis yoico del paranoico. Lo que explica la inutilidad de actitudes de “empatía” y de “comprensión” en la melancolía.

El problema de la verdad no es importante sólo en términos psicopatológicos sino que tiene consecuencias sobre todo intento por “comprender” la melancolía. Pellion (2000, cap.13) demuestra que el problema de la verdad establece una primera relación a la melancolía en el delirio de negación descrito por Cotard –que postula una “alteración del sentido orgánico de la personalidad” cuya causa debe ser hallada “al interior” (del cuerpo del “soñante” cartesiano). Freud es el primero que postula una relación diferente de la verdad a la melancolía al proponer la idea de un duelo respecto de un objeto. Cabe entonces preguntarnos, en esta reflexión sobre las clasificaciones psiquiátricas, la causalidad en psiquiatría y la permeabilidad de las nociones psicopatológicas, por el estatuto actual de la verdad, en una época en que ésta es considerada como un objeto entre otros, asimilable a cualquier objeto de consumo.

d. Sueño y Melancolía: el niño muerto

En una reflexión psicopatológica sobre la melancolía que se apoya en aspectos fenomenológicos clásicos de la melancolía y la depresión, Pierre Férida precisa algunas vías de aproximación interesantes a partir del problema del duelo. Para Férida (1978), el duelo es

una garantía para el viviente ante su imposibilidad de pensar la propia muerte. La depresión debería ser considerada como una posición económica de defensa al trabajo de duelo en la que se establece una organización narcísica “de vacío” que simula la muerte y protege de ésta. La *psyché* no es en este caso el “soplo vital” sino la inmovilidad de un cuerpo devenido lugar de ausencia: la depresión, en la pesadez de las extremidades, en lo que manifiesta el rostro, en la textura de la piel, expresa la experiencia del vacío, representa la experiencia (vital) de la muerte (imposible). La crisis melancólica sería, en cambio, la puesta en acto de un sí-mismo que representa la ausencia. La puesta en acto (infantil) persecutoria de la ausencia genera auto-acusaciones mortíferas y la queja respecto de un duelo interminable, acompañado de insomnio. Sería, así, una culpabilidad respecto del intento desesperado de exhumación de la infancia que el hombre porta en sí mismo: se trata entonces siempre de un niño muerto. La pasividad e inmovilidad depresivas se oponen a esta puesta en acto de la ausencia que caracteriza la melancolía.

En este ejercicio, Fédida demuestra la inadecuación de la reducción de la depresión y la melancolía a una pura semiología y la necesidad de separar la fenomenología de lo metapsicológico. Para proponer una aproximación a la melancolía que considera la ruptura en la intersubjetividad y un conflicto tópico de relaciones al Yo-ideal que podemos resumir así:

i. En términos metapsicológicos, y tomando como ejes principales de reflexión el narcisismo y la regresión, el modo más pertinente de acercarnos a la melancolía sería a través del sueño –más adecuado que el análisis del duelo- e incluso el *insomnio* que caracteriza la melancolía. No profundizaremos aquí la riqueza del trabajo de Fédida sobre el insomnio pero podríamos ilustrar el problema tal como lo propone Paul Auster en el libro *Man in the dark*, que nos relata una noche de insomnio de un anciano escritor viudo que vive en casa de su hija. El insomnio no es una novedad para el protagonista que, incapaz de soñar, se ha habituado a inventar historias de muerte, de pérdida y de ausencia durante la noche –como una manera tal

vez de olvidar las historias reales de pérdida y ausencia. Vive también en la casa la nieta, una chica encerrada en una depresión y que no hace más que llenar el espacio de imágenes, viendo viejas películas en las que sólo la imagen parece expresar afectos. Hasta que estos dos personajes se encuentran en el insomnio y que el abuelo relata la historia de su relación con su mujer muerta... relato lleno de vida en el que el escritor abandona los personajes ficticios para confrontarse al dolor de la pérdida, a la soledad, la vejez y la propia muerte. Relato que permite una primera aproximación narrativa a la nieta, que habla de las imágenes de la muerte de su novio. Encuentro que les permite finalmente dormir. Los relatos de uno y otro no sólo permiten poner palabras a lo indecible de las imágenes de la muerte, al horror de la ausencia, sino que desplazan, a través del lenguaje, la locura exhibicionista de una culpabilidad injustificada, delirante en ambos casos. Desplazamiento asociado a la atribución de una substancialidad “lenguajera” a la pérdida, a la ausencia.

ii. Fédida establece una relación sueño-soma-depresión: si durante el sueño se suspende todo interés por el entorno, y si Freud afirma que esta suspensión caracteriza también la hipocondría, sería tal vez posible articular depresión y melancolía en torno a lo somático. En parte en torno a la diferenciación muerte/pulsión de muerte y de las dimensiones corporal y psíquica del sueño y del insomnio, pero sobre todo en una aproximación “somática” al problema del narcisismo primitivo (y su relación con el *egoísmo* del sueño) en la melancolía.

iii. Aunque el duelo se refiere a la reacción ante la pérdida de un ser amado, deberíamos definirlo como la reacción de TODO el sujeto a la muerte del ser amado, en la medida en que no se trata únicamente de un trabajo psíquico sino que es una reacción que compromete un TODO. No hay, por eso, una sola explicación posible, como podría hacernos pensar el análisis respecto de una reacción psíquica o de un fenómeno somático. La muerte no suscita algo unívoco. Es necesario considerar la dimensión enigmática del duelo, imposible de

reducir a la psicología. Más allá de la reacción, debemos tomar en cuenta el elemento trascendental de la subjetividad.

Si la depresión constituye una organización narcísica destinada a protegernos del duelo en la que el sujeto se ve inmovilizado por la presencia de la ausencia, la melancolía sería la puesta en acto de la violencia de la fascinación por el objeto de amor que no ha podido ser reconocido como muerto sino devorado en una especie de asesinato canibático de la belleza – más que la bondad- asociada a muerte. La importancia del sueño radica en su capacidad de figuración de la ausencia y también del duelo. En este sentido, el trabajo analítico con el sueño, en su sentido somático como psíquico, constituye una vía hacia el descubrimiento de la capacidad de estar solo en el sentido Winnicottiano (en presencia de otro).

4. Conclusión

La utilización indiscriminada de la noción de melancolía tiende a condensar el rol de la identificación narcísica en la investidura libidinal del objeto y el proceso generado por la pérdida de objeto cuando este no se organiza adecuadamente en un trabajo de duelo. La utilización cada vez más habitual del calificativo “melancólico” parece suponer este tipo de simplificaciones, en las que se pierde de vista la importancia de la noción psicopatológica de melancolía respecto de una aproximación específica al lenguaje, a la subjetividad y al cuerpo en la cura.

La complejidad del problema de la verdad tratado aquí no tiene que ver sólo con la cuestión lógica de la relación al objeto melancólico sino que representa un fundamento a nuestra aproximación a la teoría, especialmente en tanto posición respecto del discurso científico, que se presenta como una “verdad de consumo” que impone una disolución del hecho psíquico en aquel puramente somático, tal como ocurre entre cuando la melancolía, “hecho psíquico”, se funde y desaparece detrás de la depresión, como si se tratase de su

manifestación médica. En su relación al hecho científico, Freud ha sostenido la idea de una verdad “histórica” construida en oposición al ideal científico pero aceptable en tanto verdad “material” –posición que lleva a veces a una cristalización de la historia en el mito. Con el objeto *a*, Lacan establece una cierta marginalidad respecto de esta verdad y de los circuitos de intercambio reservados a la circulación fálica. En este artículo se ha querido puntuar aquella peligrosa permeabilidad que Pellion (2004) prefiere llamar “el noviazgo contemporáneo del melancólico y el científico” en la abnegación de ambos por hacer de la verdad un desecho más.

La sintomatología melancólica consiste en todo lo que rodea el evitamiento del acto de palabra que podría exponer al enfermo a la pérdida del objeto cadavérico que conserva ritualmente, en su necesidad de evitar el duelo y el reconocimiento de la pérdida y la ausencia que este implica. De este modo, la melancolía se escurre entre las líneas de fuerza del campo del lenguaje, sin dejar de provocarlo en su queja. El psicoanálisis se interesa por el lenguaje, y es en tanto tal que no podemos dejar de interesarnos por esta fascinación de la melancolía por las situaciones de inconsistencia y que somos llamados a dar una especificidad a este trabajo. Sólo esto nos permitirá dejar de lado la dimensión semiológica formal y la tendencia a la empatía, la comprensión, el acompañamiento, y establecer más bien un trabajo en el registro del acto –en lo que éste tiene de ruptura respecto de la repetición y de la pasividad.

Bibliografía

- ASSEO, Robert. Quelques remarques préliminaires à l’extension du terme de “mélancolie”.
Revue française de psychanalyse, Paris, v. 67, n. 5, p.1549-1552, 2003
- CHABERT, Cathérine & ROLLAND, Jean-Claude. Singulière mélancolie. Libres cahiers
pour la psychanalyse, Paris: In Press eds., n. 3, printemps 2001
- DAVID-MENARD, Monique. Eloge des hasards dans la vie sexuelle. Paris: Hermann, 2011
- DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix. Mille Plateaux. Paris: Minuit, 1980
- FEDIDA, Pierre. L’absence. Paris: Gallimard, 1978
- FREUD, Sigmund. La (dé)négation (1925). In: Résultats, idées, problèmes. Paris: PUF, 1985

- FREUD, Sigmund. Duelo y Melancolia (1917). In: LOPEZ-BALLESTEROS, Luis. Obras Completas de Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981, p.2091-2100
- FREUD, Sigmund. Métapsychologie (1915). Paris: Gallimard Folio, 1986
- FREUD, Sigmund. Entwurf einer Psychologie (1895). In: Gesammelte Werke, Nachtragsband. Frankfurt am Main: Fisher, 1987
- GOLD, Philip W, CHROUSOS, George P. Corticotropin-releasing-hormone in the pathophysiology of melancholic and atypical depression and in the mode of action of antidepressant drugs. *Annals of the New York Academy of Science*, NY, v.771, p.717-729, 1995
- GREEN, André. Le travail du négatif et l'hallucinatoire. In: GREEN, André. Le travail du négatif. Paris: Minuit, 1993, p.217-287
- HOLSBOER, Florian. The Corticosteroid Receptor Hypothesis of Depression. *Neuropsychopharmacology*, Nashville, v. 23, n. 5, p. 477-501, 2000
- HUMPHREYS, Derek. El concepto de Self como articulador de los discursos sobre el cuerpo y la enfermedad. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 3, p.410-421, setembro 2007
- JACOB, François. La logique du vivant. Paris: Gallimard, 1970
- KUPIEC, Jean-Jacques & SONIGO Pierre. Ni Dieu ni gène. Pour une autre théorie de l'hérédité. Paris: Seuil, 2000
- LACAN, Jacques. Encore. Le séminaire, livre XX (1973). Paris: Seuil, 1975
- LACAN, Jacques. Propos sur la causalité psychique (1946). In: LACAN, Jacques. *Ecrits I*. Paris: Seuil essays, 1970, p.150-192
- LACAN, Jacques. La famille: le complexe, facteur concret de la psychologie familiale. Les complexes familiaux en pathologie. In: *Encyclopédie Française*, Paris: Larousse, 1938
- LECLAIRE, Serge. Le pays de l'autre. Paris: Seuil, 1991
- PELLION, Frédéric. L'énonciation mélancolique à propos de mélancolie et vérité. *Savoirs et clinique*, v. 4, n.1, p. 103-107, 2004
- PELLION, Frédéric. Melancolie et Vérité. Paris: F.U.F., 2000
- VARELA, Francisco. El fenómeno de la vida. Santiago de Chile: Dolmen, 2000