



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“EL DUELO IMPOSIBLE DE LA MELANCOLÍA.
UNA REFLEXIÓN PSICOANALÍTICA”**

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

**VIOLETA VENCO BONET
(156026)**

DIRIGIDA POR:

DR. CARLOS GERARDO GALINDO PÉREZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., NOVIEMBRE DE 2008.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

El duelo *imposible* de la Melancolía. Una reflexión psicoanalítica.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestro en
Psicología Clínica

Presenta:
Violeta Venco Bonet

Dirigido por:
Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez

SINODALES

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez
Presidente


Firma

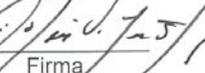
Dr. José de Jesús Casas Jiménez
Secretario


Firma

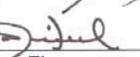
Dra. Raquel Ribeiro Toral
Vocal


Firma

Mtro. Andrés Velázquez Ortega
Suplente


Firma

Mtra. María Laura Sandoval Abortes
Suplente


Firma
Lic. Jorge Antonio Lara Ovando
Director de la Facultad de Psicología
Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre de 2008
México

RESUMEN

En la presente tesis nos acercamos al estudio de la Melancolía como un *duelo imposible*, desde el horizonte teórico y clínico del Psicoanálisis. No obstante las similitudes entre Melancolía y Duelo, según Freud, sólo un elemento marca la diferencia: en la Melancolía llega a instaurarse una “pérdida en el Yo” que no tiene similitud en el Duelo. Lacan considera que el momento primigenio y constitutivo del sujeto, delimitado en el vínculo del infante con su imagen, posibilita no sólo la inscripción de significantes fundamentales, sino la vivencia de una pérdida paradigmática cuya inscripción es clave para su futura subjetivación y superación de duelos futuros. El melancólico está implicado en una relación ambigua con el mítico objeto de deseo que no puede constituirse como objeto cesible o perdido; de allí la mezcla de apatía, crueldad y goce que lo envuelve. Se confronta con lo imposible de un significante ausente que pone en suspenso al deseo y lo fija en un duelo sin fin. La tramitación de ese *duelo imposible* podría concretizarse en el agotamiento de la ira o en el “asesinato” del objeto: la revalorización del Yo conduciría al abandono del objeto y anularía su autoagresión. Otra salida acontecería cuando el melancólico asume una obra de su creación a modo de anudamiento (palabra-acto factible de puntuación) generador de sentido, superando su inercia.

Palabras clave: Melancolía, duelo imposible, objeto, psicoanálisis.

SUMMARY

In this thesis we approach the study of Melancholy as *impossible mourning*, since the horizon of clinical and theoretical Psychoanalysis. However the similarities between Melancholy and Mourning, according to Freud, only one element makes the difference: the Melancholy comes to settle a "loss in the self" which has not similarity in Mourning. Lacan consider that the prime time and constitutive in the subject, bounded on the link in the infant with his image, not only allows the inscription of significant fundamentals, but the experience of a paradigmatic loss whose inscription is key to his future subjectification and overcoming future mournings. The melancholy is involved in an ambiguous relationship with the mythical object of desire that can't be constituted as an object transferred or lost, then the mixture of apathy, cruelty and enjoyment that envelops him. Is confronted with the impossible of an absent significant that puts on hold the desire, and it is set in an endless mourning. The handling of this impossible mourning could in practice depletion in anger or in the "assassination" of the object: the revaluation of the self could lead to the abandonment of the object and cancel his self aggression. Another exit could happen when the melancholy assumed a work of his creation by way of knotting (word-act punctuation feasible) generator of meaning, surpassing its inertia.

Key Words: Melancholy, impossible mourning, object, psychoanalysis.

Para *Luis y Andrea*

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez, por haberme acompañado respetuosa y sabiamente en todo el proceso de mi investigación, permitiéndome crecer en el descubrimiento de nuevos caminos de análisis, en los que pude detener la mirada. Gracias por su calidad humana y su confianza.

A la Dra. Raquel Ribeiro Toral y al Mtro. Andrés Velázquez Ortega quienes, a través de la excelencia académica de sus clases y la calidad de sus aportaciones teórico-clínicas, me ayudaron a crear espacios para nuevos cuestionamientos vitales y a considerar el estudio y la investigación de la clínica psicoanalítica como un horizonte de mi vida.

A los Maestros que contribuyeron a mi formación durante la Maestría en Psicología Clínica y a todos los compañeros que – a través de sus observaciones y cuestionamientos – me ayudaron a definir más mi investigación; en particular, gracias a Malena, por su escucha atenta, sus comentarios atinados, su sensibilidad, su amistad y los diálogos compartidos.

A los amigos, que me dieron la posibilidad de compartir parte de mis reflexiones y que me apoyaron solidariamente.

A aquellos analizantes quienes – a través de su discurso – me vincularon a su decir melancólico.

A mi papá, por haberme compartido su amor por el estudio y la dedicación responsable y constante en la búsqueda de nuevos horizontes. A mi mamá, porque a través de uno de sus frecuentes dichos (*“el saber no ocupa lugar”*), facilitó – sin “saber” – mi caminar tras las huellas del discurso analítico.

Finalmente, a mis queridos Luis y Andrea. A Luis por su amor incondicional, su apoyo constante y alentador, su confianza, su escucha paciente, sus atinadas críticas y sus agudos cuestionamientos. A Andrea, por su paciencia, su ternura amorosa, y su admirable y temprano ejemplo de intrepidez, confianza en sí misma y amor a la Vida.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	I
SUMMARY	II
DEDICATORIAS	III
AGRADECIMIENTOS	IV
INTRODUCCIÓN	1
I.- LA MELANCOLÍA SEGÚN LOS GRIEGOS:	
¿GENIALIDAD O ENFERMEDAD?	5
1.1. La locura como externa, invasora y temporal	6
1.2. El planteamiento de los <i>Tratados Hipocráticos</i>	8
1.3. Se abre una puerta: Aristóteles	10
1.4. La reivindicación del Renacimiento	13
1.5. El legado compartido	15
II.- MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN EN PSICOANÁLISIS	17
2.1. Sigmund Freud	17
a) La concepción de <i>melancolía</i>	17
b) ¿Freud relaciona melancolía y depresión?	25
c) La concepción de <i>depresión melancólica</i>	27
III.- EL OBJETO INVOLUCRADO EN LA MELANCOLÍA	29
3.1. El objeto según Freud	29
3.1.1. El objeto de <i>deseo</i>	30
3.1.2. El objeto de la <i>pulsión</i>	32
3.1.3. El objeto de <i>amor</i>	35
3.2. El objeto <i>perdido</i> en la melancolía	37

IV.- MELANCOLÍA: UN ENCUENTRO CON LO IMPOSIBLE	43
4.1. La locura como fenómeno	43
4. 1. 1. Posiciones de la locura	44
a) Locura igual a Psicosis	44
b) Locura diferente a Psicosis	47
c) Locura y Melancolía	48
d) Locura en la Psicosis desencadenada	50
e) Locura en Psicosis/Neurosis/Perversión	52
f) Locura inherente al ser del hombre	54
4. 1. 2. Una teoría sobre la locura en Lacan: un <i>fenómeno</i>	55
4.2. El deseo en suspenso	57
4.3. ¿Melancolía o Melancolías?	62
V.- ¿EXISTE UNA CURA DE LA MELANCOLÍA?	67
5. 1. La angustia <i>ausente</i>	68
5.1.1. La Angustia como punto nodal y desestabilizador	69
5.1.2. La Angustia como <i>llave de acceso</i> en la clínica psicoanalítica	71
5.1.3. Angustia y Melancolía	73
a) Freud	74
b) Lacan	76
5.2. La <i>intención luctuosa</i> de la Melancolía	80
5.3. La escucha analítica de la Melancolía	83
a) Los “espacios” del Síntoma	84
b) El “lazo” de la Transferencia	87
c) La Palabra de Interpretación	91
5.4. ¿Hay salida del luto infinito de la Melancolía?	94
CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFÍA	105

INTRODUCCIÓN

El acercamiento a la Melancolía, al menos en el ámbito del Psicoanálisis, nos pone en íntima conexión con varios temas que tienen implicaciones significativas en la actualidad; de manera particular con algunos: el Duelo, los Trastornos Depresivos de variada índole e intensidad, la Locura y la Genialidad.

¿Qué es lo que se oculta detrás del dolor hiperintenso que sepulta casi en vida al sujeto melancólico? ¿Qué es lo perdido en el duelo melancólico que inhabilita al sujeto con una desesperación de grado extremo? ¿Hay una “predisposición” a la Melancolía? ¿Qué es lo que se asemeja a un peligro de muerte en el Inconsciente del melancólico? ¿Qué relación hay entre la Melancolía y la Locura? ¿Y cuál es, también, su relación con los hoy masivamente llamados Trastornos Depresivos? ¿El melancólico, es un loco o un genio? ¿Cuál es el deseo que está en juego en la Melancolía? ¿Existe una cura de la Melancolía? ¿Cuál sería la apuesta del Psicoanálisis en la escucha de la Melancolía? ¿Hay salida del luto infinito de la Melancolía? Pero, ¿cómo concebir una cura analítica para quienes se vacunan contra el deseo? Estas y otras preguntas nos servirán de guía en la investigación que fundamenta este trabajo de tesis, que contempla el análisis de la Melancolía como un *duelo imposible*, desde una lectura psicoanalítica, en Freud y Lacan.

Todo lo que involucra y sumerge al sujeto melancólico en una vorágine de dolor, desesperación e inhibición, también encuentra cabida en las vivencias psíquicas y emocionales de un sujeto en duelo. Sin embargo, hay distinciones que ameritan un análisis más detallado y profundo.

El objetivo de nuestro estudio radica en lograr identificar aquella particularidad de fondo que hace que la Melancolía represente un *duelo imposible* en la vida de un sujeto. Es decir, aquello que hace que el sujeto melancólico se

confronte constantemente con una incapacidad o inhabilitación primigenia para asumir e integrar las pérdidas de su vida como vivencias que lo subjetivan.

Cuando Freud se acerca a analizar el duelo melancólico distingue en él un elemento que lo diferencia del duelo normal, y que va más allá de las numerosas similitudes, a lo que llama una “pérdida en el yo”. Sin concluir de manera exhaustiva la delimitación de la Melancolía, identifica – además – otros dos aspectos que dejan abierto el tema: por un lado, habla de cierta “predisposición” y, en segundo lugar, sin mayores explicaciones, considera que – después de cierto tiempo – los efectos dolorosos de la Melancolía también “pasan”, a semejanza del duelo normal. Estas tres características tendrán vinculación con los futuros aportes de Lacan.

Por su parte, la constitución del sujeto – según la perspectiva de Lacan – está delimitada por el vínculo con su imagen. En esta teoría, que elaboró a través del estadio del espejo, tienen singular importancia quienes fungen como madre y padre para el infante, en cuanto que pueden o no posibilitar la represión originaria que permitiría la inscripción de los significantes de la ley y del Otro, en sustitución de los significantes ligados al deseo de ser el falo materno. Esta inscripción no sólo implica la posibilidad de subjetivación del niño, sino también la vivencia de una primera pérdida que será paradigmática para futuras experiencias similares en la vida.

La elección del tema se fundamenta en el interés por profundizar – desde la perspectiva del Psicoanálisis – acerca de la ambigüedad en la que está implicada la dolencia melancólica y su relación con los tan difundidos Trastornos Depresivos, que tienen gran incidencia en la mayoría de los diagnósticos médico-psiquiátricos que proliferan en la actualidad, sin distinción de sexo, edad ni condición social.

Para ello, consideramos imprescindible partir de un referente histórico que aún tiene incidencias en el vasto horizonte de la cultura occidental y que

estudiaremos en nuestro primer capítulo. Nos referimos al surgimiento del concepto de Melancolía en el entorno social, político, artístico y religioso de los griegos. Es allí que inicia la evolución de una idea que – pasando por matices y especificaciones diferentes a lo largo de la historia – llega a extender sus raíces hasta nuestros días. La gran pregunta que se proyecta a lo largo de ese itinerario, y que mantiene su vigencia en la actualidad, es: ¿cuál es la fuente de la Melancolía: la locura o la genialidad?

Responder a ese cuestionamiento, desde los referentes psicoanalíticos, implica tomar en consideración – en el segundo capítulo – la necesidad de acercarnos al pensamiento de Freud, para focalizar nuestra atención en su concepción particular de la Melancolía en íntima relación con el Duelo, que distingue tres formas – a su vez – vinculadas con tres modos de anestesia sexual. Asimismo, ya desde entonces es posible visualizar cierta conexión entre la Melancolía y la Depresión en algunos textos freudianos, aunque con rasgos muchos más limitados de los que emergen actualmente en el discurso médico-psiquiátrico e – incluso – en el lenguaje común compartido por la mayoría de los sujetos.

La relevancia de la intensidad que está explícitamente manifiesta en la pérdida melancólica, conlleva dirigir la mirada hacia el *objeto* involucrado en ella. Según la teoría freudiana, se pueden distinguir características propias de diversos objetos: el objeto de *deseo*, el objeto de la *pulsión* y el objeto de *amor*. Es desde estos referentes que intentaremos delimitar los rasgos del objeto *perdido* en la Melancolía. Será el estudio que nos ocupará en el tercer capítulo.

Posteriormente, consideramos imprescindible profundizar acerca de la relación entre Melancolía y Locura. Tomando en cuenta el abordamiento de la locura como fenómeno, en el cuarto capítulo nos dedicaremos a identificar las diferentes posiciones de valoración de la locura, en su relación con la Psicosis, con la Melancolía, con las diversas estructuras psíquicas y en cuanto fenómeno

inherente al ser humano. Esta profundización nos dará elementos referenciales para ver las implicancias del deseo vinculado a la Melancolía y las consecuencias que llevan a valorarla como un “*encuentro con lo imposible*”.

Finalmente, en el capítulo quinto, trataremos de delimitar los puntos fundamentales que son referentes obligados para la consideración de una *cura* de la Melancolía: en primer lugar, su posible (o no) vínculo con la angustia como elemento facilitador de un futuro cuestionamiento analítico; en segundo lugar, la *intención luctuosa* que se esconde detrás de una “aparente” pérdida sufrida; en un tercer momento, las posibles particularidades de una escucha analítica de la Melancolía; y, concluyendo, la consideración de algunos puntos clave como vías de salida del luto infinito de la melancolía, a modo de facilitar una forma de “duelo” melancólico.

I. LA MELANCOLÍA SEGÚN LOS GRIEGOS: ¿GENIALIDAD O ENFERMEDAD?

Más allá de los siglos y de las innegables diferencias que separan la cultura occidental de la cultura griega, es imprescindible considerar que existe un vínculo que permea las particularidades propias de la cultura contemporánea, el cual se ha ido incorporando en el transcurso de la historia y se pone en evidencia aún hoy.

Si bien podrían ser varios los puntos de referencia desde los cuales podríamos acceder al estudio de la Melancolía en los ámbitos del Psicoanálisis, consideramos necesario iniciar nuestro acercamiento tomando como punto de partida los albores del pensamiento filosófico, en la consideración particular del fenómeno de la locura, contemplado y acogido en la vida y la tragedia griega, dentro de un marco de referencia general (Padel, 2005). Es desde allí que intentaremos esbozar el lugar de la Melancolía en la vida de los griegos, de tal manera que nos permita comprender su lugar actual en la cultura occidental, que aún integra la paradoja de vislumbrar tanto tintes de brillantez y genialidad como de locura.

Para ello, trataremos de puntualizar los comienzos del pensamiento griego acerca de la locura, lo que – a su vez – nos facilitará identificar aspectos fundamentales de los *Tratados Hipocráticos* [400 a.c.] relacionados al tema, que se erigieron como referentes obligatorios en el esfuerzo de comprender los misterios propios de la salud y la enfermedad del ser humano.

Posteriormente, nos acercaremos a una parte de la obra de Aristóteles que tiene estrecha relación con el tema fundamental de nuestra investigación y que, contemporáneamente, es uno de los textos más emblemáticos del filósofo. Fue, también, a partir de este texto que – varios siglos después – la comprensión y la valoración de la Melancolía adquiere el auge de una reivindicación esperada por largo tiempo y que comienza a florecer en la época renacentista.

Finalmente, concluiremos nuestro capítulo intentando focalizar aquellos elementos de la cultura griega que hemos heredado y que – aún hoy – ejercen una influencia significativa en nuestra cultura occidental y en la concepción actual de la locura.

I. 1. LA LOCURA COMO EXTERNA, INVASORA Y TEMPORAL

Tomar en consideración el fenómeno de la locura en la Grecia antigua, implica asumir ciertos referentes que tienen una connotación diferente a los de Occidente. En primer lugar, no podemos obviar que toda la vida de los griegos estaba imbuida de una presencia primordial de los dioses, quienes participaban de su cotidianidad ejerciendo un marcado poder en las decisiones importantes y en los posibles cambios, tanto de la vida personal, como de la vida cívica y/o política.

Esta singularidad es lo que conforma un vínculo estrecho con la divinidad que, en algunas ocasiones, llegaba a revelarse a través de testimonios de contactos directos, los cuales de ninguna manera eran asumidos como alucinaciones, porque *“ver a los dioses, entrar en contacto directo con la divinidad, no era evidencia de locura”* (Padel, 2005: 30). Lo que implica una vital diferencia con la cultura occidental, en la que no se dudaría ni por un instante en calificar tal evento como una alucinación, porque no se concibe la existencia de dioses.

Asimismo, esta presencia íntima de los dioses en la vida de los griegos los ubicaba en una relación de dependencia y de impotencia, ya que el poder y la fuerza de estos dioses podían llegar a afectar su vida al punto de causarles locura.

A la base de la distinción de la locura según la versión griega, por una parte, y la versión del occidente, por otra, se encuentra una concepción diferente de la estructura y de la dinámica de la personalidad, ya que – para los griegos – todo lo vinculado a las emociones viene de afuera, como algo extraño al sujeto. De allí que la locura trágica sea interpretada como algo invasor, maligno y divino, que

desvía la mente y que, por la misma razón, no se asume como una característica permanente, sino como un estado temporal (Padel, 2005: 59). De hecho, en el lenguaje de la tragedia, sólo era admisible una locura en la medida que fuera manifiesta: “*alguien está loco cuando, y sólo cuando, comete un acto loco*” (Padel, 2005: 63), por lo tanto, la locura era exclusivamente notoria. Prácticamente, en pocas circunstancias se percibía la locura como una disposición interna permanente sino, más bien, vinculada a acciones y conductas que la ponían en evidencia. Considerarla como duradera implicaba valorar a un sujeto como permanentemente incapacitado para actuar de manera responsable y con una marcada tendencia a revelar ataques temporarios – pero recurrentes – de locura (Padel, 2005: 65-67).

En resumen, la tragedia griega postula a la locura en una relación fundamentalmente exclusiva con una causa externa que origina un cambio interno, afectando de manera aguda, visible y temporalmente al sujeto en cuestión¹. La evolución de esa afección temporal puede desencadenar tanto la superación como la destrucción que lleva a la muerte: “*La locura, no un estado permanente, no un aspecto escondido, innato de una persona sino un único ataque que viene de afuera, es el ejemplo trágico perfecto de esa cosa temporaria*” (Padel, 2005: 79).

La idea griega de que la locura es temporaria también está relacionada con otras experiencias interiores: la pasión y la enfermedad, con las que comparte imágenes propias de la fantasía en las que emerge el elemento clave de la oscuridad interior, que también está ligado al lugar de la conciencia, de las entrañas y de la bilis negra.

Según Padel, a finales del siglo V a.C. el uso de dos verbos relacionados con la locura tuvieron amplia influencia en el pensamiento médico y ético de la época. Si bien *melankholáo* y *máinomai* tienen el mismo significado, que equivale a

¹ Una visión muy diferente a la del siglo XIX en el que emerge la idea de una locura “latente”, que puede desencadenarse en cualquier momento ante un evento que le facilite su manifestación.

afirmar: “estoy lleno de negra (*mélas*) bilis (*kholé*)”, el primero tiene una connotación más vulgar (Padel, 2005: 85). A su vez, tanto *melankholáo* como *kholáo* implican decir “estoy loco”. La “cura” para dicho mal era referida por los griegos a la acción de la raíz de una planta llamada *eléboro* que tenía en sí misma una doble facultad: causaba y curaba la locura, con cierta técnica semejante a la homeopatía (Padel, 2005: 84-87). La locura, entonces, que invade al sujeto desde afuera como una “*turbulencia hirviente y oscura*” (Padel, 2005: 87), llega a oscurecer las entrañas. Esta “negrura” (orina negra, bilis negra, etc.) va habitando poco a poco al sujeto hasta orillararlo – incluso - hacia ataques de Melancolía (Padel, 2005: 88). Desde esta perspectiva es que, entonces, los médicos griegos se dedicaban a expulsar a aquel agente invasor que causaba la enfermedad.

I. 2. EL PLANTEAMIENTO DE LOS TRATADOS HIPOCRÁTICOS

Hacia finales del siglo V a.C., la paradigmática bilis negra fue convirtiéndose en el factor interno principal del trastorno mental. Esta idea se fue formalizando, también, con la influencia del filósofo presocrático Empédocles (Padel, 2005: 88), quien afirmaba que el ser humano y el mundo exterior compartían una misma constitución a partir de cuatro elementos (sol-tierra-cielo-mar), cuya mezcla determinaba tanto la salud (cuando todos los elementos se encontraban en equilibrio), como la enfermedad (cuando alguno de ellos prevalecía sobre los otros). Es a partir del siglo IV a.C. que la bilis negra deja de ser considerada exclusivamente como un agente patógeno y se integra en la teoría de los humores, ampliamente ejemplificada en los *Tratados Hipocráticos* [400 a.c.]². Cada humor, entonces, será productor de un determinado tipo de enfermedades; aunque la bilis negra seguirá relacionada con la locura, las perturbaciones mentales y la Melancolía.

² En adelante, en este apartado haremos exclusiva referencia al texto de los *Tratados Hipocráticos*, por lo cual, sólo mencionaremos el año más fiable de su escritura, según la edición que trabajamos de Editorial Gredos, y las páginas correspondientes a los aspectos desarrollados en el cuerpo del texto.

En el desarrollo de estos *Tratados* atribuidos a Hipócrates, cobran vital importancia algunos elementos que, según el autor, pueden permitir la armonía y estabilidad del ser humano en orden a su salud o, por el contrario, llegar a ser causa de posibles enfermedades.

Para el médico griego era fundamental no sólo la observación del cuerpo del enfermo sino la consideración de todo el hábitat que conformaba su entorno. Además de conocer la ubicación geográfica de las ciudades con respecto al sol y a los vientos, también se valoraban los efectos de las estaciones y todas las circunstancias ambientales, sociales y políticas que podrían afectar al paciente ([400 a.c.]: 10-18).

A la luz de estos referentes se promovía la armonía y el equilibrio en la relación íntima existente entre el cuerpo y el espíritu, ya que todo elemento que tendiera a predominar implicaba el riesgo de una enfermedad al acecho ([400 a.c.]: 94). Los cuatro humores implicaban una variación en cuanto a número y cualidad, si bien eran elementos fluidos presentes en el cuerpo, en constante movimiento, y en correspondencia con los cuatro elementos o cualidades constituyentes: frío-calor-húmedo-seco ([400 a.c.]: 100-101).

Por su parte, el cerebro venía considerado como un elemento clave en la formación de las enfermedades pero, de manera particular, como agente fundamental de aquellas que dependen de los humores ([400 a.c.]: 15).

Asimismo, en orden al tema de la locura, el invierno se percibía como la estación del año que más se vinculaba con enfermedades mentales, neurológicas y con ciertos "*achaques de locura*" ([400 a.c.]: 50, nota 29), en relación – también – con la Melancolía. Por otra parte, según la medicina popular, la locura seguía percibiéndose en estrecha relación con los dioses, a modo de un castigo impuesto o como efecto de una pasión amorosa. En un vínculo estrecho con los trastornos mentales, los melancólicos eran caracterizados como "biliosos" por estar

relacionados con un predominio de la bilis negra, que determinaba su comportamiento taciturno y solitario ([400 a.c.]: 64, nota 68). Desde esta perspectiva, la Melancolía se concebía como un “desvarío”, como una alteración psíquica que daba lugar a “distracciones”, a “ausencias”, es decir, a conductas que se apartaban del modo común de actuar y que tenían como expresión recurrente una experiencia de “vagabundeo” ([400 a.c.]: 177.193.239.241.317).

I.3. SE ABRE UNA PUERTA: ARISTÓTELES

Son varios los tratados relevantes en la obra de Aristóteles, sin embargo, no obstante cierta sospecha apócrifa acerca del conjunto de la obra conocida como *Problemas* ([s. IV a.c.]: 382-399), es indudable el reconocimiento general que avala la escritura aristotélica del Problema 1 de la sección XXX, considerado el más famoso de la obra. En esta parte específica nos vamos a detener para tratar de puntualizar los aspectos más significativos del pensamiento de Aristóteles acerca del tema de la Melancolía y su relación con dotes de genialidad, que dieron origen a un despliegue abundante de citas y referencias de varios autores (Aristóteles, [s. IV a.c.]: 7-8).

Es útil tomar en cuenta que el planteamiento de los *Problemas* tiene, para Aristóteles, una especificación muy concreta: implica la proposición de cuestiones con marcadas dificultades para lograr una resolución. El texto pone en evidencia una experiencia académica que revela una interacción constante entre maestro y alumnos, a través de un método didáctico, de tal manera que la discusión del tema permanece abierta, en actitud de búsqueda y cuestionamiento (Aristóteles, [s. IV a.c.]: 7-16).

¿Qué es lo “original” y lo atractivo del planteamiento aristotélico, en relación al temperamento melancólico, que dio pie a numerosas referencias de otros autores posteriores?

El texto que estamos considerando específicamente está vinculado con la teoría hipocrática de los cuatro humores o fluidos presentes en el ser humano, cuya armonía o equilibrio, por una parte, o su preeminencia, por otra, determinan la salud o la enfermedad, respectivamente. Según Aristóteles, todos los hombres con rasgos excepcionales, que se han destacado en filosofía, política, poesía y/o arte, tienen el fundamento de su genialidad en el *dominio de la bilis negra* al interior de la mezcla de humores de su organismo. Para la medicina hipocrática, la salud estaba implicada por el *equilibrio de los humores*, mientras que la enfermedad se ponía de manifiesto por la presencia excesiva o la carencia de alguno de los mismos.

Reconsiderando, entonces: el estado de “salud” para los médicos griegos tenía la clave del *equilibrio* de los humores; mientras que, para Aristóteles, la “genialidad” tenía la clave del *dominio* de la bilis negra. Y, donde hay “dominio”, no hay “equilibrio” o, lo que es igual a decir que hay un “exceso”, un “sobrante” que marca referentes diferentes:

“La bilis negra [...], si hay un exceso en el cuerpo, provoca apoplejía, sopor, abatimiento o miedo; pero, si se calienta demasiado, produce alegría acompañada de canto, extravíos, erupción de llagas y otras cosas similares. Así, pues, a la mayoría de la gente la bilis que se produce del alimento diario no les hace diferentes de carácter, sino solo les provoca alguna enfermedad de la bilis negra. Sin embargo, aquellos cuyo temperamento se conformó así por naturaleza, estos son desde siempre de caracteres variados, de acuerdo con el temperamento diferente de cada uno. Por ejemplo, aquellos cuya bilis negra es abundante y fría son perezosos y estúpidos; los que la tienen demasiado abundante y caliente son extravagantes, de buenas dotes, enamoradizos y fácilmente se dejan llevar por sus impulsos y deseos; algunos son también muy charlatanes. Muchos, incluso, por el hecho de que este calor se encuentra cerca de la zona del intelecto, caen afectados por las enfermedades de la locura o de la posesión divina, de

donde las sibilas, los adivinos y todos los poseídos por la divinidad, cuando su disposición no proviene de una enfermedad sino de un temperamento natural. [...] Pero aquellas personas en las que se produce una afloración de este calor excesivo hacia un término medio, estos son impulsivos, pero más inteligentes y menos excéntricos, sobresaliendo entre los demás en muchas facetas, unos en cultura, otros en artes, otros en política” (Aristóteles, [s. IV a.c.]: 387-388).

Ese exceso tan propio de la enfermedad para la medicina hipocrática, para Aristóteles tiene, además, la implicación de una posibilidad de “excelencia”.

El temperamento melancólico, según la visión aristotélica, implica la convivencia con la variabilidad, por su recurrente oscilación entre lo frío y lo caliente. Sin embargo, el hecho de que algunos seres humanos participen de un gran exceso de bilis negra en la mezcla de sus humores los hace diferentes de la mayoría, lo que lleva a Aristóteles a afirmar que no pertenecen al grupo de la “gente corriente” ([s. IV a.c.]: 389). Además, las *depressiones* de diversos tipos que pueden afectar a este tipo de personas están determinadas – según Aristóteles – por una mezcla más fría de bilis negra, mientras que la *alegría* viene determinada por una mezcla más caliente. No obstante todo, es categórica la afirmación aristotélica que enaltece la Melancolía ubicándola en un registro paradigmático: “*todos los melancólicos son personas fuera de lo normal, no por enfermedad, sino por naturaleza*” ([s. IV a.c.]: 392).

El punto que pone a foco la afirmación de Aristóteles es el vínculo entre los ámbitos fisiológicos y psicológicos del ser humano. De hecho, la teoría aristotélica relaciona el predominio de alguno de los humores corporales (sangre, flema, bilis amarga y bilis negra) con el tipo de temperamento que determina en el sujeto; es decir: sanguíneo, flemático, bilioso o melancólico, respectivamente ([s. IV a.c.]: 36).

Entonces, lo que anteriormente la tradición griega explicaba a la luz del contacto directo del ser humano con los dioses, para Aristóteles tiene una causa exclusivamente fisiológica: *“La inspiración divina se ha convertido en un mero humor corporal. Los poetas y los profetas no están poseídos por la divinidad, sino por la bilis negra”* ([s. IV a.c.]: 37).

No obstante la originalidad del planteamiento – que marca el inicio de una exaltación de la Melancolía –, la preeminencia de una visión negativa de la misma determinó su caída en el olvido, sin grandes consecuencias, al menos hasta los inicios del Renacimiento.

I.4. LA REIVINDICACIÓN DEL RENACIMIENTO

Quien debe recibir el mérito de rescatar la teoría aristotélica acerca de la relación entre el temperamento melancólico y las dotes de genialidad es, sin duda alguna, Marsilio Ficino (Aristóteles, [s. IV a.c.]: 35-37). El fue quien reinterpreto esta teoría de la Melancolía en la época renacentista recuperando la obra de Aristóteles, lo que permitió que se constituyera como un referente básico y fundamental de la medicina en el occidente, teniendo particular influencia en los siglos XVII y XVIII, pero con vestigios que se prolongan aún en la actualidad.

La teoría clásica de la Melancolía, entonces, expresa el singular vínculo entre la enfermedad, el exceso y el desequilibrio, por una parte, con la genialidad creativa y la excelencia, por la otra. Esta relación paradigmática puso en jaque todos los parámetros existentes y, al mismo tiempo, se cubrió de un atractivo inusual. Ficino tuvo la habilidad de relacionar el texto aristotélico con la imagen platónica del frenesí divino (Padel, 2005: 97). De hecho, la cercanía entre la locura y la genialidad ya había sido planteada por Platón, pero sólo adquirió un estatus reconocido en los *Problemas*.

Según Padel, la recuperación del texto de Aristóteles facilitó la integración de tres imágenes griegas relacionadas con la locura: la imagen del frenesí en conexión con ideas de visión verdadera, argumentada por Platón en su obra *Fedro*; la imagen de una confrontación ficticia entre Hipócrates y Demócrito; y las imágenes de los héroes locos que emergen en la tragedia griega (2005: 95).

Asimismo, el replanteamiento instaurado por Ficino coincidió con la rehabilitación de Saturno – por parte de los neoplatónicos florentinos – como el planeta de mayor influencia y conexión con la excelencia del ser humano, superando la visión negativa del llamado “sol oscuro”, heredada de la astrología árabe y con marcado dominio hasta ese momento (Padel, 2005: 100-101). Saturno pasó a ser – a partir de entonces – la fuente de la genialidad. Desde esta perspectiva, la locura llegó a ser valorada en forma positiva, al igual que todas las representaciones de la oscuridad. En todo ser humano, entonces, se concebía un potencial de locura y de oscuridad.

Sin embargo, particularmente en el siglo XV, no todos fueron apoyos ni favores a la aclamación de la Melancolía, ya que también hubieron significativos ataques provenientes de ámbitos con mucho poder en la época: nos referimos a grupos relacionados con la ciencia médica y con la religión imperante, quienes no cejaban de considerar todo lo vinculado al tema como algo representativo de una patología, cargado de maldad, oscuridad y maldición, que sólo podía erradicarse a través de una cura científica o de un ritual de exorcismo (Padel, 2005: 102-103).

No obstante, la síntesis lograda en el Renacimiento tiene su punto clave y su culmen en definir que la genialidad y la locura tienen una misma fuente, que ésta es “oscura” y que, contemporáneamente, atemoriza y fascina.

I.5. EL LEGADO COMPARTIDO

Más allá de la vinculación histórica y cultural, que toda característica presente en la vida de la sociedad occidental tiene con sus antecedentes de épocas y culturas precedentes, existen elementos puntuales que relacionan la visión y la valoración actual de la Melancolía con sus orígenes griegos y su replanteamiento en el Renacimiento.

En primer lugar, hay un nexo entre locura y cólera, ejemplificada por los griegos a través de la negrura, la bilis y la amargura. Lo que era referido entonces como Melancolía, hoy en día podría traducirse como “furia”; sin duda en íntima relación con la cólera (Padel, 2005: 92). De hecho, es innegable la relación actual entre Melancolía (o depresión) con una base de hostilidad no manifiesta ni reconocida que pone en acción todo el cuadro melancólico como “fachada” que puede sustentar (o no) su ocultamiento.

La valoración griega de la locura como algo que surge de la misma oscuridad del ser humano, signa aún nuestro imaginario. Según la visión trágica griega, la afectación maligna de los dioses en algunos sujetos impregnaba no sólo su mente sino también su cuerpo, ya que para ellos no era concebible una separación (Padel, 2005: 193): de allí la idea de alejamiento del camino normal, del desvarío y de la ausencia de luz, por su vínculo con lo oscuro (Padel, 2005: 105). Sin embargo, la conexión entre la capacidad de grandeza y la capacidad de oscuridad o de locura del ser humano, es una idea surgida en el Renacimiento, que implica la connotación trágica del sufrimiento humano, con notables huellas en la actualidad.

Aunque tiene sus raíces en la tragedia griega, es en el Renacimiento que se establece un vínculo entre una corriente interior oscura y sus efectos en el entorno exterior. En la actualidad, ya es innegable la correspondencia que existe entre dolencias físicas, psíquicas y sociales. De hecho, el estado físico y psíquico, las

formas de relaciones humanas, los vínculos sociales, etc., son “discursos” que “hablan” del ser humano, de su “cordura” o de su “locura”, o de la convivencia de ambas. Asimismo, *“un aporte importante de la locura [...] es que en algún lugar del daño y la ilusión puede comprenderse una verdad”* (Padel, 2005: 364).

La desviación propia de la locura según la visión griega, portaba la idea de una visión equivocada de la conciencia, por efecto de la oscuridad que la habitaba. Sin embargo, Platón llegó a hacer referencia a una capacidad de visión “verdadera” en la locura. Como *“un modo de mirar en la oscuridad y a través de ella, de ver verdades inaccesibles a las mentes normales”* (Padel, 2005: 111). Ambas perspectivas conviven hoy en el modo que la locura es valorada en la cultura occidental.

El occidente ha heredado de la cultura griega y del replanteamiento renacentista muchas imágenes, referentes, palabras y asociaciones relacionadas con el modo de contemplar la locura. Cada uno de estos elementos fue, a su vez, integrado, asociado y transmitido según los valores y las características propias de cada cultura. Sin embargo, el temor, la marginación y el aislamiento que generaba la locura en la antigüedad, siguen presentes hoy en la cultura occidental: aún hoy no hay “lugar” para el loco; por eso está “perdido”, errante en un mundo en el que no encuentra cabida.

Finalmente, el riesgo de limitar a una causa el origen de la locura, como lo fue para los griegos que la atribuyeron a los dioses, sigue vigente en la actualidad según la tendencia de referir la locura a una deficiencia química que puede generar tanto esquizofrenia como la más amplia variedad de trastornos depresivos.

II. MELANCOLÍA Y DEPRESIÓN EN PSICOANÁLISIS

II.1. SIGMUND FREUD

Para poder definir los conceptos fundamentales de nuestra investigación, dentro del marco teórico del psicoanálisis, es imprescindible recurrir a Freud, desde los mismos orígenes de su pensamiento en torno al tema que nos interesa.

En consecuencia, hemos considerado varios documentos de Freud en los que se mencionan – tanto directa como indirectamente – referencias vinculadas a la Melancolía y la depresión. Fundamentándonos en dichos textos, hemos identificado tres aspectos importantes que pueden favorecer nuestra ulterior investigación y reflexión: la concepción de *Melancolía*; la consideración de si Freud relaciona Melancolía y depresión; y la concepción de *depresión melancólica*.

a) La concepción de *Melancolía*

En primer lugar, necesitamos tratar de especificar a qué se refiere Freud cuando habla de “melancolía”.

Ya en uno de sus primeros escritos, consideró que – en las neurosis – cabía suponer cierta tendencia a la desazón y a la disminución de la autoconciencia, “según la conocemos en la melancolía” (Freud, 1892-93: 155). Por otra parte, pocos años después, incluía la Melancolía en el esquema de la Morfología de las neurosis, además de vincularla a la Etiología de las neurosis adquiridas (Freud, 1894a: 225).

En textos de Freud que comprenden un período de poco más de treinta años, son varias las referencias que hace en relación a la Melancolía. De hecho, pueden ubicarse – entre otros – algunos intentos de definir esta dolencia psíquica,

en pocas palabras, tomando en consideración diferentes aspectos de la misma. Estima que consiste en “*el duelo por la pérdida de la libido*” (Freud, 1950 [1895]a: 240); también, una “*reacción frente a la pérdida de un objeto amado [que] se perdió como objeto de amor*” (Freud, 1917 [1915]b: 243); además, “*una pérdida de objeto sustraída a la conciencia*” (Freud, 1917 [1915]b: 243); en síntesis, “*un duelo patológico*” (Freud, 1917 [1915]b: 248); un “*automartirio [...] inequívocamente gozoso*” (Freud, 1917 [1915]b: 249); una de las “*afecciones narcisistas*” (Freud, 1917 [1916-17]b: 389); un “*miedo a la impotencia*” (Freud, 1899: 319); y, finalmente, “*un paradigma [...] de psiconeurosis narcisistas*” (Freud, 1924 [1923]: 158).

Al comenzar a observar más detenidamente el mecanismo de la Melancolía, Freud refiere la identificación de hechos que la vinculan llamativamente con algunos estados de anestesia sexual (1950 [1895]a: 222; Freud, 1894b: 231), y se cuestiona en qué medida esta última puede ser un signo de predisposición a la Melancolía o, también, una causa de la misma.

La Melancolía se relaciona a una falta de excitación sexual somática. La anestesia sexual se vincula a una falta de sensación voluptuosa. Ambas pueden afectar al grupo sexual psíquico, debilitándolo, y facilitando la manifestación de la Melancolía. Sin embargo, Freud considera que su principal predisposición es, fundamentalmente, el bajo nivel de tensión y excitación del órgano terminal (1950 [1895]a: 244). Esto se hace evidente en las personas impotentes. La neurosis de angustia, en cambio, es el camino propio de las personas potentes.

Profundizando nuestro análisis, diversificamos tres tipos de Melancolía identificadas por Freud, los que – a su vez – relaciona con otras tres variedades de anestesia sexual.

Las tres formas de Melancolía son las siguientes (Freud, 1950 [1895]a: 241):

1. *Melancolía grave común genuina ó melancolía cíclica*: en la que la excitación sexual somática disminuye o cesa (Freud, 1893: 222);
2. *Melancolía neurasténica*: se afecta la producción de excitación sexual causando un empobrecimiento del grupo sexual psíquico (Freud, 1894c: 238);
3. *Melancolía de angustia*: la tensión sexual es desviada del grupo sexual psíquico a la frontera entre lo somático y lo psíquico; es la condición de la angustia; implica una forma mixta de neurosis de angustia y Melancolía, que puede estar precedida por una debilidad en el ejercicio del gobierno psíquico de la excitación sexual somática (Freud, 1894c:236).

Consideramos, a continuación, las tres variedades de anestesia sexual (Freud, 1950 [1895]a: 243):

1. *Frigidez*: el órgano terminal no está suficientemente cargado de tensión y, de consecuencia, la sensación voluptuosa también es pequeña, lo que genera un aligeramiento consecuentemente pequeño; en este caso, la escasa voluptuosidad es signo y no causa de predisposición a la Melancolía;
2. *Anestesia masturbatoria, coitus interruptus, etc.*: el camino de la sensación a la acción deflectoria está dañado, por lo que la acción es insuficientemente intensa, lo que da lugar a una sensación voluptuosa pequeña y, por consiguiente, sólo un pequeño aligeramiento;
3. *Anestesia histérica*: todo está en orden, pero no se permite la sensación voluptuosa en el grupo sexual psíquico por algún enlace defensivo (p. ej.: asco).

Por otro lado, Freud relaciona el bajo nivel de tensión en el órgano terminal, con la mayor propensión de las mujeres a generar estados de anestesia sexual. Identifica una marcada influencia de la educación, que promueve la inhibición de la excitación sexual, llegando a establecer bloqueos en la dinámica del grupo sexual psíquico, lo que implica un estado inmaduro de la libido (Freud, 1950 [1895]a: 244).

Posteriormente, analiza la relación existente entre el duelo y la Melancolía, identificando que son mayores las ocasiones en las que esta última puede iniciar su proceso, ya que no sólo se genera por pérdidas por causa de muerte, sino por las diversas situaciones de afrenta, menosprecio o desengaño que pueden manifestarse en la vida cotidiana (Freud, 1917 [1915]b: 248).

La mayor semejanza entre la Melancolía y el duelo radica, fundamentalmente, en un mismo afecto: la añoranza de algo “perdido” (Freud, 1950 [1895]a: 240). Sin embargo, en la Melancolía se registra la existencia de una “pérdida” que tiene características particulares, ya que se manifiesta dentro de la vida pulsional, si bien se ignora el funcionamiento de los procesos afectivos implicados (Freud, 1910: 232). En el duelo se produce una reacción frente a la pérdida de una persona amada o de un objeto abstracto, pero – aunque se registran desviaciones graves en la conducta cotidiana normal – no llega a ser un estado patológico. En la Melancolía, en cambio, hay una cierta disposición enfermiza (Freud, 1917 [1915]b: 241), en lugar de un duelo normal: se evidencia un desgano intensamente doloroso, disminuye notoriamente el interés por el entorno exterior, se pierde la capacidad de vincularse amorosamente y, esencialmente, hay una inhibición de todas las fuerzas psíquicas, llegando a una pérdida de sentido del sí mismo, que se traduce en continuas auto-agresiones (Freud, 1917 [1915]b: 242; Freud, [1896a]: 264.267). Esta última es la característica esencial que diferencia la Melancolía del duelo normal. La tensión sexual psíquica se va acumulando y surge la angustia, enmarcada por la anestesia sexual y una gran añoranza por el amor psíquico (Freud, 1894b: 231).

Según Freud, esta pérdida se registra dentro de la vida pulsional y tiene efectos significativos. En primer lugar, se percibe una inhibición psíquica que genera un empobrecimiento pulsional. Éste, a su vez, produce un intenso dolor. Disminuye la excitación dentro del grupo sexual psíquico y se extiende, también, hacia otras pulsiones y operaciones. Es una pérdida de objeto que se sustrae a la

conciencia, al punto de representar una inhibición enigmática (Freud, 1917 [1915]b: 243).

De allí, que Freud identificara una pérdida “desconocida” en la Melancolía. La pérdida de un objeto que genera intenso trabajo interno, en donde no es posible ver lo que absorbe en tal medida al enfermo.

Hay un recogimiento dentro de lo psíquico, que alude a una especie de succión dolorosa, relajándose *“la fuerza del inhibir-pensar”* (Freud, 1896b: 273). Una *“hemorragia interna”*, según Freud (1950 [1895]a: 245), que se asemeja a una herida sin cicatrizar. En total contraposición a la manía, en donde se registra una sobreexcitación.

Duelen intensamente los “efectos” de la ausencia de lo perdido. Según Nasio, *“La lesión que provoca el dolor psíquico no es, por lo tanto, la desaparición física del ser amado, sino la perturbación interna engendrada por la desarticulación del fantasma del amado”* (Nasio, 1996: 61).

Ese empobrecimiento interno es similar en la neurastenia, en donde *“la excitación se escapa como por un agujero”* (Freud, 1950 [1895]a: 246), es decir, se succiona en vacío excitación sexual somática. Sin embargo, la diferencia fundamental está en que el “agujero” de la Melancolía está en lo psíquico.

La pérdida del melancólico duele intensamente. Asombra el afecto paralizante del hueco que va ganando espacio al interior de su yo, que puede llegar hasta sucumbir por el ataque auto infringido del suicidio.

En la investidura de amor del melancólico, sigue especificando Freud, se revela un destino doble: una parte regresa a la identificación, y otra se traslada hacia atrás, a la etapa sádica más cercana (1917 [1915]b: 249). De allí que la inclinación al suicidio se revele entre los efectos posibles de la Melancolía. Esta

tendencia sólo es posible en tanto que el yo se visualice a sí mismo como un objeto. Sólo así puede provocarse la muerte.

Como en el duelo, la Melancolía – después de cierto tiempo – puede remitirse, sin dejar grandes secuelas. Freud la define como una “*herida abierta*” (1917 [1915]b: 250), que recoge energías de todas partes, vaciando al yo hasta la desvalorización total.

Pero la característica más notable que localiza Freud en ciertos tipos de Melancolía, es su peculiar tendencia a convertirse en lo contrario, es decir, en el estado con síntomas opuestos: la manía. El tipo más grave de Melancolía, también llamado “*insania cíclica*” (Freud, 1917 [1915]b: 251), se caracteriza por una alternancia entre fases melancólicas y maníacas, a modo de una “*desazón cíclica*” (Freud, 1921: 124). Ambas fases forman parte de un mismo complejo, sin embargo, implican dos posturas contrastantes del yo: en la Melancolía, sucumbe; en la manía, ha sido dominado (Freud, 1895 [1894]: 91; Freud, 1905 [1904]: 254).

Al igual que en el estado melancólico, “lo” que la manía vence o sobre lo cual triunfa, siempre queda oculto, en el Inconsciente.

En su artículo *Duelo y Melancolía*, Freud especifica que, en el melancólico, no hay una pérdida de objeto – como es el caso del duelo –, sino una pérdida del yo. En dos oportunidades hace referencia a ese objeto – probablemente influenciado por Abraham – como objeto “oral”, es decir, vinculando la Melancolía con la investidura de objeto del tipo narcisista que, al tropezar con problemas, retorna al narcisismo originario – propio de la fase oral de la libido – por medio de la regresión (Freud, 1917 [1915]b: 247.237-238). Sin embargo, pone en evidencia que es una teoría no confirmada suficientemente por la investigación. Más adelante, también menciona la relación de la Melancolía con una regresión hacia el erotismo anal, dado el predominio de la angustia de empobrecimiento durante el estado melancólico (Freud, 1917 [1915]b: 250).

La ausencia del objeto genera un delirio de insignificancia, de gran peso moral, que está acompañado por un desfallecimiento de la pulsión a la vida, insomnio y rechazo del alimento. Es como si algo estuviera devorando al yo, internamente, al punto de volverlo pobre y vacío. Lo paradójico es que es el mismo yo quien provoca esa auto-denigración (Freud, 1921: 103).

Una parte del yo se enfrenta a otra; como una instancia escindida del yo que toma por objeto a la otra, criticándola y manifestando abiertamente un desagrado moral en su contra. De hecho, en la Melancolía, no hay una relación simple con el objeto, porque está complicada por el conflicto de ambivalencia, que es una de sus premisas más significativas (Freud, 1917 [1915]b: 253).

Freud nota, en su observación atenta del estado melancólico, que hay cierta discordancia entre las quejas expresadas por el melancólico y su persona misma (1917 [1915]b: 245-246). Más bien, pareciera que aluden a otro objeto: el objeto amado. En lugar de dirigir los reproches a ese objeto amado perdido, el melancólico muda la dirección de sus quejas hacia el sí mismo: rebotan sobre el propio yo.

En la Melancolía, algo difiere en el proceso de la pérdida que hace que no evolucione como un duelo normal. En principio, los dos procesos coinciden en que hay una elección de objeto, hay una ligadura de la libido a ese objeto y, en determinado momento, “algo” provoca un sacudimiento en el vínculo con el objeto. A partir de allí, los dos procesos se diversifican. En el caso de la Melancolía se evidencia que la investidura de objeto fue poco resistente, al punto que es cancelada. Pero esa libido en estado libre ya no se desplaza hacia otro objeto, sino que se repliega al interior del yo. La investidura de objeto, entonces, viene reemplazada por una identificación del yo con el objeto perdido (Freud, 1917 [1915]b: 246). De allí, que el melancólico muda una pérdida del objeto a una pérdida en el yo, donde prevalece un conflicto de ambivalencia; al igual que, de un

conflicto entre el yo y la persona amada, pasa a una escisión entre el yo crítico y el yo alterado por la identificación (Freud, 1923: 31).

Según Freud, y coincidiendo con Otto Rank, dentro del proceso melancólico debe haber existido una elección de objeto sobre una base narcisista, de tal manera que – ante la afectación del vínculo con el objeto – la investidura de objeto pudiera regresar al narcisismo originario (1917 [1915]b: 247). Así, no se resigna el vínculo de amor ya que el yo – a través de la identificación narcisista – intenta devorar al objeto, según la fase oral o canibálica del desarrollo de la libido. En síntesis, el amor se sustrae de la cancelación porque se refugia al interior del yo.

Cuando el amor se circunscribe en la identificación narcisista, según Freud, el odio se concentra en el objeto sustituto manifestándose a través de un automartirio gozoso, típico de la Melancolía y de la neurosis obsesiva (1917 [1915]b: 248-249). Es un odio canalizado hacia el sí mismo que, pareciera, también tiene el objetivo de penalizar a sus amores, pero sin poner directamente en evidencia su hostilidad. Es importante, a este punto, tomar en cuenta que – en uno de sus manuscritos inéditos – menciona cierto anudamiento de las Melancolías con la neurosis obsesiva (Freud, [1897]: 298; Freud, 1923: 52).

En la Melancolía todas las batallas parciales con el objeto se libran en el Inconsciente. Es propio de proceso melancólico que el camino del Inconsciente al Consciente, pasando por el Preconsciente, esté bloqueado. Cuando se da el desenlace de la Melancolía, lo que puede devenir consciente no es – en realidad – la pieza esencial del proceso, ya que ésta permanece inconsciente. A lo sumo, puede revelarse consciente como un conflicto entre una parte del yo y una instancia crítica.

Cada desvalorización y victimización del objeto – en el marco del conflicto de ambivalencia – disminuye la fijación de la libido al objeto. Según Freud, no se sabe qué determina la conclusión del pleito melancólico, pero sí se puede confirmar que

no trasciende las barreras del Inconsciente. Puede concluir tanto después de que se desahoga la ira, como después que se abandona el objeto por carencia de valor (Freud, 1917 [1915]b: 254).

b) ¿Freud relaciona Melancolía y Depresión?

Luego de considerar el estudio de varios textos que se relacionan con el tema de la Melancolía, hemos evidenciado pocas referencias de Freud sobre la depresión.

En uno de sus primeros escritos, Freud menciona un “*afecto depresivo*” que, sumado a una predisposición del sistema nervioso, favorecida por un desgaste sexual, puede contribuir a la manifestación de una neurastenia (1893: 218).

En otro manuscrito, al hablar de un caso de Melancolía senil, la vincula con ataques de “*depresión profunda*”, en equivalencia a una apatía total (Freud, 1894c: 235).

Además, otra de las referencias aparece vinculada con la oportunidad privilegiada que brinda la pérdida del objeto amado, para que se ponga en evidencia la ambivalencia de los vínculos de amor. En la disposición a la neurosis obsesiva, los conflictos de ambivalencia – al interno de las investiduras de objeto – le brindan al duelo una conformación patológica. Es por ello que dan lugar a “*depresiones de cuño obsesivo*” (Freud, 1917 [1915]b: 248), con expresiones recurrentes de auto-reproches, culpabilidad y profundo empobrecimiento yoico (Freud, 1917 [1915]b: 243). En este caso en particular, se podría considerar que el término *depresión* viene usado como equivalente a la Melancolía.

Otra referencia a la *depresión* es mencionada por Freud como uno de los elementos característicos de la Melancolía, al igual que la *inhibición*, en franco contraste y oposición a la manía (Freud, 1917 [1915]b: 251). Específicamente, la

referencia se hace en función de caracterizar el afecto jubiloso de la manía y su mayor celeridad para llevar a cabo diferentes acciones, distinguiéndolos del afecto aletargado de la depresión y la inhibición.

Asimismo, en el texto *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, Freud identifica un vínculo entre *depresión*, inhibición para el trabajo y duelo por el padre, considerando la posibilidad de dos tipos de enlaces: simples o complejos (1923 [1922]b: 103). Sin embargo, no especifica más al respecto.

En el caso del “hombre de los lobos”, considerado como uno de los más elaborados por Freud, se menciona el diagnóstico de *“insania maníaco-depresiva”*, dando por supuesto que se aplicaba más al padre del paciente que al paciente mismo, ya que aquél sufría con anterioridad de frecuentes ataques de *“depresión grave”* (1918 [1914]: 10.17.36). También se hace referencia a la desazón que afectaba al padre e, incluso, a la hermana, quien llegó a provocarse la muerte a través del suicidio por envenenamiento (1918 [1914]: 14.21).

En el texto *Psicología de las masas y análisis del yo*, en una nota a pié de página de James Strachey, se considera e interpreta que el término “Melancolía” tiene total equivalencia con el uso actual del término “depresión” (Freud, 1921: 103, nota 7). Dicha interpretación nos parece demasiado apresurada por el momento ya que, considerando los elementos evidenciados en los textos analizados, no resulta material suficiente para llegar a tal conclusión.

Salvo lo referido anteriormente en relación al texto *Duelo y Melancolía*, en ninguno de los escritos estudiados y referidos aparece considerada la depresión – ni siquiera indirectamente – como un estado semejante a la Melancolía, sino como referencia a un “afecto” característico del mismo proceso melancólico.

c) La concepción de *depresión melancólica*

Freud, llega a vincular los dos términos llamando “*depresión melancólica*” a aquel estado psíquico, confuso y, de consecuencia, desfavorable para someterse al psicoanálisis con provecho (1904 [1903]: 241).

En el texto *Psicología de las masas y análisis del yo*, se considera como no imprescindible la vinculación de la manía “*en el cuadro patológico de la depresión melancólica*” (1904 [1903]: 125). Seguidamente, Freud caracteriza los tipos de Melancolías según dos grandes grupos: simples y psicógenas, de acuerdo a su posible – o no – vuelco a la manía.

Otro texto nos aporta más referencias en torno a la “*depresión melancólica*”. En *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, se la considera caracterizada por: tristeza, inhibición del trabajo e incertidumbre por el futuro y, finalmente, llega a calificarse como “*melancolía*” (Freud, 1923 [1922]b: 82).

Seguidamente, se identifica un “*estado de depresión*” y se ubica la fuente de su desazón en la muerte del padre. Asimismo, se menciona que la consecuencia fue un “*estado de melancolía*”, que generó la búsqueda de liberación de la “*depresión*” en la venta del alma al Diablo.

Poco más adelante, en el mismo texto, se menciona una “*depresión melancólica*” caracterizada por martirio, desconcierto y desazón (Freud, 1923 [1922]b: 85). Además, también se la considera una consecuencia relativamente normal ante la muerte de un padre, acompañada de inhibición para el trabajo. Se infiere, así, que el vínculo de amor fue particularmente intenso.

Por otro lado, se considera que el duelo se transmuta más rápido en Melancolía cuanto más – la relación o el vínculo con el objeto perdido – haya estado bajo el signo de la ambivalencia (Freud, 1923 [1922]b: 89).

En conclusión, del escaso material referente al concepto “*depresión melancólica*”, podemos inferir cierto vínculo con un intenso proceso de duelo y, también, identificarla como una expresión que hasta podría ser equivalente de la Melancolía. Estimamos que se requiere de un mayor análisis para no caer en la tentación de llegar a conclusiones demasiado rápidas, concluyentes y carentes de fundamento.

Queda pendiente la consideración de ¿qué es “lo” perdido en el duelo melancólico?

Según Freud, el objeto perdido en la Melancolía es un objeto libidinoso (1950 [1895]a: 240). Y puede ser un objeto tanto real como ideal, pero que se perdió como objeto de amor.

Se experimenta una pérdida sumida en lo nebuloso ya que, en realidad, el melancólico “*sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él*” (Freud, 1917 [1915]b: 243).

III. EL OBJETO INVOLUCRADO EN LA MELANCOLÍA

Si queremos ahondar en nuestra reflexión sobre el tema de la Melancolía, es imprescindible tratar de conocer las características del objeto con el que se relaciona.

Para ello, intentaremos esbozar el pensamiento de Freud en relación al objeto, en primer lugar, partiendo de su concepción general del mismo, para puntualizar su caracterización como objeto de *deseo*, como objeto *pulsional* y como objeto *de amor*. En segundo lugar, trataremos de focalizar el objeto *perdido* en la Melancolía.

III.1. El objeto según Freud

En líneas muy generales³, y a modo de introducción al tema de este capítulo, podemos considerar que, para Freud, – no obstante las confusiones conceptuales que emergen de diferentes interpretaciones de sus textos – es posible distinguir tres perspectivas de análisis en relación al concepto de objeto. Específicamente, logra identificar: el objeto de *deseo*, irremediablemente *perdido*, que es el objeto de la experiencia de satisfacción alucinatoria, que se vincula con otro orden, diferente al de la realidad; el objeto de la *pulsión parcial*, con rasgos de autoerotismo y vínculos somáticos; y el objeto de *amor*, perteneciente a la serie de la elección de objeto y vinculado al concepto de narcisismo.

Según Freud, los objetos del mundo externo, a través de la acción de los estímulos y al pasar por la percepción, afectan al sujeto, causando una impresión, un registro, una huella, una marca psíquica. Estas diversas huellas – previas a las representaciones de las mismas – tienen un valor diferente al de la realidad. Es,

³ Para profundizar sobre este aspecto puede ser útil cfr. el estudio de Diana S. Rabinovich sobre el tema del objeto abordado por Freud. En su libro *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica* (2003: 5-38) hace un análisis detallado tomando en consideración los textos más significativos de Freud al respecto.

entonces, que el objeto se registra con valores que difieren de los del mundo externo y comienza a regirse por lineamientos psíquicos, que tienen relación con lo que el objeto representa para el sujeto⁴.

En el curso de su práctica clínica, Freud pudo vislumbrar el grado de importancia e incidencia de los factores sexuales en la salud física y psíquica de los seres humanos, ya desde la temprana infancia (1905). De hecho, la localización del objeto sexual se inscribe indiscutiblemente entre las mayores contribuciones teórico-clínicas de Freud a la humanidad, a través del psicoanálisis. Al punto de ser el hilo conductor presente en las diversas caracterizaciones del objeto en cada uno de sus análisis e investigaciones.

III.1.1. El objeto de *deseo*

El objeto relacionado con el orden del deseo está vinculado con algo mítico, gozado en un tiempo originario, que se busca incesantemente, pero que nunca se vuelve a encontrar (Ravinovich, 2007: 16). El deseo, entonces, se constituye a partir de una falta.

En principio, hubo – en el sujeto – una experiencia ligada al placer, que se sigue buscando. Efectivamente, siempre está presente el intento de retornar al objeto del deseo, y poder regresar al lugar de “todo” el placer. A ese espacio vital donde se reveló un *primer objeto* de satisfacción que fue, al mismo tiempo, hostil y auxiliador (Freud, 1950 [1895]b: 376).

Según Freud, es necesario distinguir entre la satisfacción de la necesidad y la realización del deseo, ya que

“la realización del deseo aparta al sujeto del camino de la satisfacción, encaminándolo hacia una búsqueda infructuosa desde la perspectiva

⁴ Para una mayor profundización en relación con el tema de la representación-objeto, cfr. el artículo de Carlos G. Galindo (2007: 39-46).

adaptativa, búsqueda signada por la repetición, búsqueda de una percepción primera [...] primer encuentro entre el sujeto y el objeto de satisfacción” (Ravinovich, 2003: 11-12).

El objeto de deseo se sitúa en una nueva posición, extraña a la satisfacción de la necesidad que está vinculada con la adaptación vital. Más bien, busca un placer ligado a una nueva forma de satisfacción: la *realización*. De hecho, el deseo es irreductible e incapaz de ser confundido con un acto reflejo (Ravinovich, 2003: 13).

La meta específica de la realización desiderativa es la identidad de percepción, es decir, repetir la percepción vinculada a la satisfacción de la necesidad. Hay, entonces, una inversión en la corriente de excitación y, de consecuencia, una nueva dimensión de placer, ya que se busca a ese otro inolvidable a través de una alucinación (Freud, 1900: 558). El deseo, entonces, abre la puerta al olvido de la satisfacción de la necesidad, constringiendo al organismo a la desadaptación (Ravinovich, 2003: 13). Se instaura un anhelo – fundamentado en el desamparo inicial y en la respuesta solícita de un otro – que moviliza la búsqueda del encuentro primigenio. Sin embargo, la satisfacción no se alcanza y, en cambio, persiste la necesidad.

Ese otro que se involucra con el infante desvalido adquiere un lugar preeminente haciendo que el deseo se torne insistente y exigente. Así, el objeto de deseo se vuelve inalcanzable y, de consecuencia, “perdido” para siempre. Esta pérdida, sin embargo, no se apoya en la inmadurez de la percepción, ni en la supuesta complementariedad del otro con el infante, sino en una imposibilidad *estructural*, propia del ser humano, en su relación con el objeto de deseo (Ravinovich, 2003: 15). Por lo tanto, el *objeto de deseo*, contemporáneo a su constitución, es irrecuperablemente *perdido*.

Según Freud, la experiencia de satisfacción implica una acción que cancela la necesidad, por el cese de carga displacentera (1950 [1895]b: 362-364). Esta acción conlleva la participación (ayuda exterior) de otro, que es atraído por el grito y el llanto del infante, fruto del desamparo e indefensión inicial de nuestra especie. Esto establece una huella imperecedera que genera el deseo inconsciente “indestructible” (Freud, 1900: 608), dando lugar a una nueva forma de realidad: la realidad psíquica freudiana.

A partir de este objeto de deseo, se abren paso dos series diferentes: la serie pulsional y la serie de la elección de objeto, con sus respectivos objetos específicos.

III.1.2. El objeto de la *pulsión*

Tomamos como punto de partida la definición de *pulsión* según Freud: “*la agencia representante psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir*” (1905: 153); diferenciándola de los estímulos, producto de excitaciones procedentes del exterior. Estos elementos implican la valoración de la pulsión como un concepto limítrofe entre lo anímico y lo corporal. Su diversidad depende del vínculo con sus fuentes somáticas y con sus metas.

A grandes rasgos, se pueden identificar dos tipos de pulsiones: las sexuales y las yoicas, o de auto-conservación. Es a partir del conflicto entre los reclamos de la sexualidad y las exigencias del yo, observado por Freud en varios casos clínicos, que puede ubicarse el inicio del psicoanálisis.

Consideraremos, de manera particular, en este momento, las pulsiones sexuales. Son numerosas y brotan de una multiplicidad de fuentes orgánicas, además de que pueden actuar tanto de forma independiente – generalmente al inicio – como vinculadas con otras (Freud, 1915a: 119-121).

La fuerza pulsional genera una necesidad que requiere una satisfacción: el displacer implica el incremento del estímulo y el placer su disminución. Por lo tanto, la satisfacción se logra cuando el estímulo cesa.

En el ámbito de las pulsiones, es útil considerar la especificidad de sus componentes. Freud identifica el *esfuerzo*, la *meta*, el *objeto* y la *fuentes*. El *esfuerzo* implica el factor de fuerza que genera el movimiento pulsional; la *meta* implica alcanzar la satisfacción que cancela la estimulación en su fuente, si bien puede diversificarse en intermedias, inhibidas y desviadas; el *objeto* implica aquello por lo cual se llega a la meta y, aunque es lo más variable, puede ser tanto parte del propio cuerpo, como ajeno a él; y, finalmente, la *fuentes* implica aquel proceso somático – generador de estímulo – que viene representado anímicamente por la pulsión (Freud, 1915a: 117-119).

Según Ravinovich, la experiencia de goce total, en donde se instaura el objeto del deseo y su pérdida consecuente, es la condición que genera la posibilidad de existencia de otro objeto: el objeto de la pulsión parcial (2003: 6). Este objeto es específico de la serie pulsional y comienza a partir del autoerotismo, estableciendo una contingencia o fijación con una parte del propio cuerpo, que sirve de apoyo para la manifestación del placer de órgano. Estas pulsiones parciales implican la estimulación de una zona erógena, cuya excitación atribuye carácter sexual a la pulsión.

El estado primigenio de placer y satisfacción no es permanente. De hecho, la pérdida del objeto del deseo lleva a la pulsión a buscar otros objetos como sustitutos, sin embargo, el objeto encontrado no corresponde con el que se busca. Por este motivo, el objeto de la pulsión es lo más variable en ella, ya que siempre viene usado como un instrumento que, finalmente, no cumple con su objetivo: la búsqueda del objeto se convierte en una actividad insistente, carente de satisfacción y, por lo mismo, incesante.

La pulsión parcial implica una serie de estadios libidinales que conllevan características particulares del objeto y del tipo de inclusión o vínculo con el cuerpo. En los inicios de la vida, el infante conoce aquel objeto de deseo originario, que genera la constante búsqueda del placer mítico y, de consecuencia, su recurrente fracaso. La pulsión sexual se abre paso, en la búsqueda de una satisfacción que nunca llega. Para ello escoge objetos diversos que puedan sustituir el objeto original de satisfacción.

Si bien el niño, en la primera etapa de exteriorización de su sexualidad, manifiesta un autoerotismo marcado por el placer de una zona erógena, en realidad y justamente por la misma razón, no conoce todavía un objeto sexual (Freud, 1905: 165-166).

Cuando el infante se halla bajo la influencia de la seducción, dice Freud, es el momento a partir del cual se vincula prematuramente con el objeto sexual, a pesar de que no surja de una necesidad puesta en acto por su pulsión sexual (1905: 174). Al relacionarse con otras personas, además de la madre o de quien funge en sus funciones, el infante muestra su vida sexual vinculándose con ellas en calidad de objetos sexuales, pero que están marcados por su parcialidad.

El niño tiene relación con un objeto externo a su cuerpo, que es el pecho materno, el objeto de la pulsión parcial. A partir de allí, la pulsión sexual infantil se concentra en el propio cuerpo y, de consecuencia, se vuelve autoerótica. Es probable, según Freud, que la pulsión no tenga como origen al objeto, sino que sea independiente de éste en sus comienzos (1905: 134).

El autoerotismo infantil perdura hasta que, después del período de latencia, el púber va afirmando el primado de las zonas erógenas genitales y, de este modo, se va preparando para la elección de objeto. Un objeto total, que rememora el objeto de la relación originaria y, por ello, Freud afirma que: *“El hallazgo {encuentro} de objeto es propiamente un reencuentro”* (1905: 203).

Reconsiderando que Freud distinguió, fundamentalmente, dos tipos de energías psíquicas: una vinculada al orden de la supervivencia, y otra que se revela en el ámbito de la excitación sexual (1914b: 74-75), esta última – llamada libido – se vuelve accesible al trabajo analítico cuando llega a investir objetos sexuales, es decir, cuando guía la pulsión sexual del sujeto, sea concentrándose, fijándose o abandonando dichos objetos.

La preparación para la elección de objeto marca la separación entre la actividad sexual y la nutrición, ya que se comienza a dar cabida a cierta restauración de la pérdida que genera esa separación. El niño (y el adolescente) va descubriendo y aprendiendo a vincularse afectivamente con otras personas que lo consuelan y que también satisfacen sus necesidades. De hecho, van escogiendo sus objetos sexuales en base a sus vivencias de satisfacción (Freud, 1914b: 84).

No obstante esto, para Freud, es de capital importancia el rol que asumen los padres para la vida sexual futura del infante, ya que – quienes se ocupan de la nutrición, del cuidado y de la seguridad del niño – son sus primeros objetos sexuales. De hecho, ellos son quienes pueden posibilitar la posterior elección del objeto sexual (total) del hijo en su edad adulta (Freud, 1905: 208).

III.1.3. El objeto *de amor*

A partir del objeto de deseo, según lo mencionamos anteriormente, se conforman dos series con objetos específicos: una es la serie pulsional y otra es la serie de la elección de objeto. En esta última se inscribe el objeto de amor, que también inicia a partir del autoerotismo inicial, pasando por el indispensable estadio del narcisismo, para llegar hasta la elección del objeto heterosexual (Ravinovich, 2003: 7).

El objeto primero (el pecho de la madre), ese otro inolvidable, es quien posibilita el surgimiento de tres objetos sucesivos: el objeto de deseo – que se distingue del objeto de la necesidad –; el objeto pulsional – a partir del vínculo con el pecho articulado con la pulsión parcial –; y el objeto de amor – relacionado con el complejo de Edipo – como posibilidad de objeto total (Ravinovich, 2003: 21-22). De hecho, tanto el objeto pulsional como el objeto de amor son intentos de sustitución del objeto de deseo perdido.

Para Freud, el objeto parcial ejemplificado en el vínculo del infante con el pecho materno, se pierde a partir del logro de la representación global de la madre, como integradora de un objeto de amor total (1905: 202).

El objeto de amor asume rostros diversos de acuerdo al tipo de amor en juego: el amor autoerótico, el amor narcisista y el amor heterosexual. La serie de la elección de objeto, como ya lo hemos mencionado, inicia con la fase autoerótica. De hecho, el desarrollo de la libido implica el pasaje del autoerotismo al “amor objetal”. Cuando en el infante la libido se manifiesta a través de la reunión de las pulsiones sexuales, el primer objeto que se revela como intento unificador es su propio cuerpo.

A medida que el yo se va sexualizando, va adquiriendo un estatuto de *objeto libidinal*. En estas circunstancias, para Ravinovich, “*la elección de objeto de amor se despliega entre la elección narcisista y la elección anaclítica*” (200: 25). La consideración de dos objetos sexuales originarios, según Freud: el infante mismo, por un lado, y la mujer que lo crió, por el otro, fundan la elección del narcisismo y la elección anaclítica, respectivamente (1914b: 73-74). El narcisismo conlleva una meta pasiva: ser amado. La elección anaclítica incluye una identificación activa con la madre o con el padre, que posibilita que el amor se apoye sobre la necesidad y sea precursora de un vínculo objetal sexualizado.

El objeto propio del amor, entonces, puede emerger en la medida en que se pueda constituir como un sustituto posible del objeto perdido del deseo.

Mientras las energías psíquicas (libido yoica y libido de objeto) se encuentran juntas en el narcisismo, son – de hecho – indiscernibles. Es a partir de la investidura de objeto, que es posible diferenciar una energía sexual y otra de pulsiones yoicas. Cuando la investidura del yo excede cierto límite, es entonces que surge la necesidad de atravesar las fronteras del narcisismo, encaminando y depositando la libido sobre los objetos (1914b: 82). A partir de este momento es posible concretizar una elección de objeto de amor que va a estar configurada según el modelo y el tipo de apuntalamiento de sus pulsiones. Esto implica tanto la posibilidad de una elección de objeto de tipo narcisista como de tipo anaclítico.

El vínculo con el objeto de amor implica su reconocimiento como objeto total, que produce placer al yo. Asimismo, esta relación de amor que se establece entre el yo y su objeto sexual total, conlleva – también – cierta oscilación entre vínculos de amor y odio, impropios de las relaciones entre las pulsiones y sus objetos (Freud, 1915a: 131-132).

El objeto de amor, entonces, implica un “reencuentro”, un intento de recuperar el objeto total de la relación originaria, ese objeto perdido eternamente. Se intenta reencontrarlo no desde la necesidad nutricia del primer encuentro, sino desde las funciones que le son otorgadas por la pulsión, es decir, como un objeto *erótico*, que atrapa y cautiva, al punto de dejar al sujeto a expensas de él.

III.2. El objeto *perdido* en la Melancolía

Son varias las semejanzas entre la Melancolía y el duelo, según las reflexiones elaboradas por Freud. Entre ellas, encontramos el rompimiento extremadamente doloroso del vínculo con un objeto amado que se perdió (Freud, 1916 [1915]: 310-311). Sin embargo, la significación de este objeto, o lo que éste

representa para el sujeto melancólico, es cualitativamente diferente para quien está afectado por un duelo⁵.

Para tratar de profundizar sobre las características del objeto perdido en la Melancolía, necesitamos ir planteando algunas referencias más amplias en torno a nuestro tema de fondo.

Ya desde principios del siglo XX, Freud hizo mención de algunos elementos que pueden presentarse durante el desarrollo del infante y obstaculizarlo (1905: 215). Estos factores pueden generar un proceso disociativo en el desarrollo de la psicosexualidad a través de alguna “fijación” que posibilita, a su vez, cierta predisposición con una consecuente inhibición del desarrollo (Freud, 1911 [1910]: 57; Freud, 1913: 337-338). De hecho, estos lugares de fijación pueden ser puntos de regresión ante dificultades que se puedan presentar en la vida (Freud, 1933 [1932]b: 92).

En *Duelo y Melancolía*, Freud hace referencia a una “*disposición enfermiza*” (1917 [1915]b: 241) que caracteriza a la Melancolía y que la distingue del duelo, no obstante que dichas afecciones puedan emerger a partir de causas semejantes.

Este objeto perdido en la Melancolía se perdió como objeto de amor. De particular manera, la pérdida del melancólico es sustraída de la conciencia, a diferencia de la registrada en el duelo (Freud, 1917 [1915]b: 243). La inhibición melancólica asume, entonces, rasgos enigmáticos que se consolidan en una pérdida experimentada en el yo, revelada en su enorme empobrecimiento (Freud, 1917 [1915]b: 245). De hecho, es una inhibición particularmente intensa, que se revela – según Freud – de manera característica en los estados depresivos y en la Melancolía (1926 [1925]: 86).

⁵ Hemos tratado este argumento de manera más detallada en nuestro segundo capítulo.

El melancólico sufre algo similar a un desengaño que produce un sacudimiento en el vínculo amoroso con su objeto de elección. El desenlace de esta pérdida tiene consecuencias anormales: la investidura de objeto resulta poco resistente – al punto de cancelarse – y la libido se retira sobre el yo, en lugar de desplazarse a un nuevo objeto sexual (Freud, 1923: 31)⁶. El yo termina identificándose con el objeto resignado⁷ y esto conlleva que él mismo sea reconocido como un objeto: el objeto abandonado. Se produce, entonces, una traslación de una pérdida de objeto a una pérdida del yo (Freud, 1917 [1915]b: 246-247).

Freud menciona que, para que se registre este resultado, *“tiene que haber existido, por un lado, una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto”* (1917 [1915]b: 247).

Según Otto Rank, la elección de objeto debería haberse producido sobre una base narcisista, de tal manera que – ante el surgimiento de circunstancias conflictivas – se justificara la regresión de la investidura de objeto al narcisismo originario⁸. Se produce, entonces, una sustitución: la identificación narcisista con el objeto reemplaza la investidura de amor y, por esto, el vínculo de amor no se resigna. Esta es una particularidad de las afecciones narcisistas.

⁶ El pasaje de una elección erótica de objeto a una alteración en el yo puede implicar, también, cierta dominación del yo sobre el ello, imponiéndose como objeto de amor, para tratar de reparar la pérdida sufrida. Cfr., también, p. 32 y 47.

⁷ Freud hace una distinción entre la identificación y la elección de objeto que consideramos muy útil citarla a este punto: *“cuando el varoncito se ha identificado con el padre, quiere ser como el padre; cuando lo ha hecho objeto de su elección, quiere tenerlo, poseerlo”* (1933 [1932]a: 58).

⁸ Si bien Freud califica como certera esta observación de Otto Rank, concluye que no ha sido comprobada de manera suficiente por la investigación, porque implicaría confirmar que la predisposición a la melancolía estaría fundamentada en la elección narcisista de objeto (Freud, 1917 [1915]b: 247).

Cuando Freud hace referencia a una identificación, la ubica como una etapa previa a la elección de objeto y como el primer modo (ambivalente) a través del cual el yo identifica a un objeto⁹.

Entre los enigmas del estado melancólico, es notoria la revelación de la ambivalencia de los vínculos de amor. Se pone en evidencia un particular odio hacia el objeto que sustituye al objeto de amor, es decir, al yo. Freud menciona una posible relación entre la disposición a la neurosis obsesiva, por un lado, como aquel estado del conflicto de ambivalencia que *“presta al duelo una conformación patológica”* (Freud, 1917 [1915]b: 248). Con estas prerrogativas se manifiesta una auto-culpabilidad reconocida por el yo en cuanto a la pérdida del objeto de amor¹⁰.

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, en la Melancolía se revela una oscura relación con el objeto, complicada por el conflicto de ambivalencia: el odio y el amor por el objeto se enfrentan en intensas batallas inconscientes (Freud, 1917 [1915]b: 253). De la estructura interna de la Melancolía emergen autorreproches que, en realidad, están dirigidos al objeto sexual perdido. La ira manifiesta sobre el propio yo esconde, de hecho, el vínculo de amor ambivalente con el objeto (Freud, 1917 [1916-17]b: 389).

Sin embargo, cuando se produce la regresión de la libido, es posible que el proceso pueda devenir consciente. En este caso, lo que se pone de manifiesto no es el núcleo de la afección melancólica, sino aquel rasgo conflictivo que contrapone una parte del yo a una instancia crítica (Freud, 1917 [1915]b: 254). Este rasgo es – a su vez – parte del cuadro patológico de la Melancolía, que

⁹ Abraham relaciona la repulsa de los alimentos que se presenta en el estado melancólico grave con este proceso de identificación que tiene ciertos rasgos canibólicos, ya que manifiesta un deseo yoico de devorar al objeto, de acuerdo con la fase oral del desarrollo de la libido, y en íntima relación con el narcisismo (Freud, 1917 [1915]b: 247).

¹⁰ Tanto en la neurosis obsesiva como en la melancolía, el sentimiento de culpa es particularmente hiperintenso (Freud, 1923: 51-52). En la neurosis obsesiva el yo se resiste; en la melancolía, el yo se asume culpable y se resigna al castigo, porque el objeto ha sido incorporado por identificación.

ilustra la crueldad del superyo al exacerbarse en contra del yo (Freud, 1933 [1932]a: 56).

En un texto posterior, Freud sigue insistiendo en calificar de narcisismo aquél movimiento particular de la libido retirada de los objetos y replegada sobre el yo (1917 [1916-17]b: 378)¹¹, tan característica de la afección melancólica. De hecho, lo patógeno se pone en evidencia, particularmente, en la incapacidad de la libido de abrirse paso hacia un nuevo objeto, y en su proyección hacia el yo, dando lugar a una *“identificación narcisista”* (Freud, 1917 [1916-17]b: 388). Esta inmovilidad es lo que da cuerpo a su patología (Freud, 1917 [1916-17]b: 383).

Según Freud, la Melancolía es un paradigma del grupo de afecciones llamadas *“psiconeurosis narcisistas”* (1924 [1923]: 158). En *Neurosis y psicosis* establece una distinción que resulta muy gráfica para ubicar la afección melancólica: *“La neurosis de transferencia corresponde al conflicto entre el yo y el ello, la neurosis narcisista al conflicto entre el yo y el superyo, la psicosis al conflicto entre el yo y el mundo exterior”* (1924 [1923]: 158).

De lo analizado hasta el momento podemos concluir que el objeto perdido en la Melancolía tiene características eróticas, vinculadas con un proceso previo a la elección de objeto, ejemplificado en la regresión a una identificación narcisista.

¿Qué genera, en la afección melancólica, ese dolor hipertenso de la pérdida, que sume al yo en tan profunda inhibición? ¿Qué es lo que se asemeja a un peligro de muerte en el inconsciente del melancólico?

Quizás la particularidad enigmática de la Melancolía se pueda relacionar a un ambiguo vínculo con el mítico objeto del deseo original. De allí se podría colegir la intensidad de la fijación radicada en ese primigenio objeto de amor y,

¹¹ Una elaboración anterior de este tema, de manera más extensa, podemos encontrarla en Freud, 1914: 71 (en particular).

contemporáneamente, la particular debilidad de la investidura de objeto. Un contraste reforzado, además, por el conflicto de ambivalencia, que le impone hostiles rasgos sádico-masoquistas.

Sin embargo, no podemos confirmar dichas suposiciones. Nos movemos, todavía, en un terreno de investigación insuficiente.

IV. MELANCOLÍA: UN ENCUENTRO CON LO IMPOSIBLE

La parálisis que conmociona al melancólico, poblándolo de una tristeza negra, es uno de los rasgos más inquietantes que emergen como expresión de su dolor de existir.

¿Qué sucedió en su vida que lo incapacita para superar experiencias de pérdida? ¿Cuál fue el espacio ganado por ese tirano interno que lo consume a través de una desesperación voluptuosa?

Estas y otras tantas preguntas planteadas en los capítulos anteriores serán ahora los referentes para profundizar nuestro estudio.

IV. 1. La locura como fenómeno

A la hora de tratar de pensar la locura, en torno a las posiciones de Freud y Lacan, resulta difícil encontrar una reflexión definida, acabada. Se abren varios cuestionamientos: ¿existe una locura o hay una variedad? ¿se vincula a una estructura en particular o puede implicarse a la estructura en general? Tratar de dar una respuesta a estas interrogantes y a otras que, sin duda, irán emergiendo, será parte de nuestra tarea mientras nos acercamos a contemplar la locura como fenómeno.

Según Haydée Heinrich (2003: 10), se podría encontrar una teoría de la locura en Lacan, particularmente en una intervención que realiza en las Jornadas Psiquiátricas de Bonneval, el 28 de septiembre de 1946, titulada *Acerca de la causalidad psíquica* (1946)¹². A modo de contextualización, es oportuno considerar que la contribución de Lacan se inserta como una dura crítica sobre el tema de la

¹² Esta reflexión de Lacan surge como una elaboración posterior y más detallada del antecedente registrado en su tesis, en la que postulaba la reconsideración del saber psiquiátrico a la luz del modelo del inconsciente propuesto por Freud. Cfr. Lacan, 1932.

psicogénesis, puesto a discusión por Henry Ey, en el intento de promover su doctrina órgano-dinámica como parte de la neuropsiquiatría.

Dejamos voluntariamente de lado el objetivo principal de este escrito que motivó la participación de Lacan, ya que no es esencial a nuestro estudio. Sin embargo, nos interesa evidenciar que, en su contribución, Lacan se acerca al tema de la locura considerándola como un “fenómeno”, es decir, como un “observable”, que se puede percibir sensiblemente. Asimismo, dicho acercamiento en absoluto cae en la pretensión de hacer un diagnóstico de estructura.

Dada la implicancia de este primer apartado como punto de apoyo inicial para desarrollar lo específico del presente capítulo, iniciaremos nuestro estudio focalizando el concepto de locura, en un plano general, para concentrarnos, finalmente, en el planteamiento de una teoría sobre la locura en Lacan, donde emerge su consideración como *fenómeno*¹³.

IV. 1. 1. Posiciones de la locura

Vamos a intentar desglosar las posibles y diferentes formas de acceder a la locura tomando como referencia material de un seminario dirigido por Haydée Heinrich (2003: 1-10).

A grandes rasgos ella identifica seis opciones de vinculación a la locura que intentaremos desarrollar a continuación:

a) Locura igual a Psicosis

En varios ámbitos vinculados en cierto modo con el Psicoanálisis, se ha llegado a homologar *locura* a *psicosis*. Antes de hacer una hipótesis sobre esta quasi sustitución del término, es oportuno especificar cada concepto.

¹³ Cfr. el presente escrito, en particular, el apartado IV.1.2.

El término *locura* ha estado presente en la historia humana desde los inicios del pensamiento reflexivo, aunque con mayor puntualidad en los albores del pensamiento filosófico.

Por *locura* se entiende la privación del juicio y del uso de la razón, que se exterioriza a través de acciones anómalas que generan sorpresa por su carácter extremo, fuera de lo común. Se percibe como un trastorno o perturbación de las facultades mentales, como “*lo otro de la razón. Extravagancia, pérdida del sentido, trastorno del pensamiento, divagación del espíritu, dominio de la pasión*” (Roudinesco y Plon, 1998: 652).

A lo largo de la búsqueda de su génesis se la relacionó tanto con la magia, como con alteraciones del cerebro o de los humores, y también con movimientos del alma.

Como un concepto más reciente, en cambio, el término *psicosis* se utilizó por primera vez en 1845, por el psiquiatra Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), en su Manual de Psicología Médica, para designar la enfermedad mental desde la óptica psiquiátrica, reemplazando el término de *locura*, y como un intento de definir y clasificar las anteriormente llamadas “enfermedades del alma”; también distinguiéndola de la neurosis, la que consideraba implicada con las enfermedades del sistema nervioso (Roudinesco y Plon, 1998: 868).

En líneas generales, por *psicosis* se entiende la enfermedad mental grave, caracterizada por una alteración global de la personalidad y de la conducta del sujeto, acompañada de un desvío del sentido y del juicio de la realidad, además de la vivencia de delirios, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento, lo que puede desencadenar una grave disfunción social (Roudinesco y Plon, 1998: 868-871). Se incluyen en este rango de padecimientos a la esquizofrenia, la paranoia y la psicosis maníaco-depresiva.

No obstante lo específico de los conceptos, suele ser muy común escuchar que se homologa locura a psicosis. Esta identificación no se percibe únicamente dentro del campo del Psicoanálisis, sino también en otros ámbitos (Foucault, 1964). Una vez superado el vínculo con la magia o la religión, se pudieron distinguir tres modos de concebir la locura: a) en el marco nosológico de la psiquiatría, equiparándola a la psicosis; b) en el ámbito antropológico propio de las diferentes culturas; y c) desde un vínculo transferencial de escucha, en donde emerge la palabra, el deseo y la vivencia del sujeto *loco* (Roudinesco y Plon, 1998: 652).

La historia nos da muestras de que las fronteras entre estas tres maneras de pensar la locura siempre se han cruzado. Sin embargo, hacia la segunda mitad del siglo XX, se recrudeció aún más la presencia de una psiquiatría que apostó todo por generalizar la clasificación de las entidades clínicas, autonominándose como aquel saber con el auténtico poder de “cura”, a través de la obligada dependencia farmacológica en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Como consecuencia, el asilo, la clínica y la escucha fueron reemplazados por el chaleco de fuerza “químico”, la terapia conductual y la preeminencia del cuerpo sobre la palabra. Poco a poco, por cuestiones relacionadas a usos y costumbres, en algunos ámbitos y entre algunos autores, se fue generalizando la semejanza entre locura y psicosis (Laplanche y Pontalis, 1996: 321-323).

El mismo Lacan llega a utilizar el término locura como sinónimo de psicosis e, incluso, llega a referirse a Schreber como el “loco Schreber” (1955-1956: 109). Además, confirma que – para la psiquiatría – la psicosis no se homologa a demencia, pero sí a la locura (Lacan, 1955-1956: 12; Chemama, 1998: 351-356).

b) Locura diferente a Psicosis

En los inicios del psicoanálisis, Freud marca una diferencia significativa: se aparta de una psiquiatría en actitud de segregación y comienza a *escuchar* las diferentes dolencias psíquicas, no obstante que – en muchos casos – emergieran delirios y alucinaciones, propios – hasta ese momento – del campo de la psicosis (1893-95: 47-194).

De hecho, Freud es quien, por primera vez, distingue la locura que se puede *escuchar* – porque implica a sujetos que pueden entrar en transferencia –, de la locura que involucra a sujetos que están sumergidos en un nivel extremo de desconocimiento y que, por lo tanto, no pueden entrar en transferencia. A estos últimos, en un primer momento, les atribuyó el nombre de neurosis narcisistas, considerándolas dentro de la estructura psicótica. Posteriormente, fue una denominación que reservó para la Melancolía, lo cual trajo, como consecuencia, la idea de que la Melancolía correspondía al campo de las psicosis.

Por otro lado, Freud también hace una distinción entre Psicosis de deseo o Confusión alucinatoria o Amentia de Meynert (considerados como sinónimos), por una parte, y la Psicosis propiamente dicha, por otra parte. Identifica rasgos de locura (delirios, alucinaciones) tanto en la neurosis como en la psicosis, pero considera que no son manifestaciones suficientes para un diagnóstico de psicosis, ya que pueden tener una estructura diferente. Por ejemplo, en la Amentia de Meynert, según Heinrich, *“hay algo del deseo jugado en estas alucinaciones y delirios no psicóticos que de ninguna manera se puede encontrar en las alucinaciones y delirios de las psicosis”* (Heinrich, 2003: 3).

En el texto *Una neurosis demoníaca en el Siglo XVII*, donde se menciona el caso del pintor Hartzman, a lo que tiene apariencia de una psicosis, Freud la diagnostica como una locura melancólica o Melancolía grave (1923 [1922]b: 89)¹⁴.

Sin ignorar la semejanza que algunos establecen entre psicosis y locura, tampoco se puede pasar por alto la distinción que otros subrayan. En síntesis, se podría relacionar la locura con toda actitud anormal que puede expresar un sujeto, sin que por ello implique que reúne todas las condiciones que llevarían a un diagnóstico de psicosis. Por ejemplo, si bien los rituales de un obsesivo compulsivo pueden tener apariencia de “locura”, al igual que ciertas manifestaciones de fobias o, incluso, de ataques de pánico, en realidad, distan mucho de pertenecer al ámbito de las psicosis. Asimismo, tampoco las demencias se integrarían al campo de las psicosis, ya que son una entidad diferente, tanto por su etiología orgánica como por su evolución (Roudinesco y Plon, 1998: 273-274).

c) Locura y Melancolía

Las tres diferentes posiciones ante una pérdida, vienen analizadas por Freud en *Duelo y Melancolía*: la Melancolía y la Amentia de Meynert aparecen como dos tipos de patologías que se distinguen del Duelo normal (1917 [1915]b)¹⁵. La Melancolía se identifica con rasgos de una depresión mayor, con tonos de humillación y resignación. La Amentia de Meynert (o psicosis alucinatoria de deseo), por su parte, implica una ruptura con la realidad que se revela en manifestaciones alucinatorias, a modo de delirios oníricos (Freud, 1917 [1915]b: 242).

¹⁴ Aparecen, además, otras referencias en el texto que reiteran el diagnóstico a través de expresiones tales como: depresión melancólica, melancolía, y estados de depresión o melancolía; cfr. 82.84.85.89.103-105.

¹⁵ Como complemento puede ser también oportuno cfr. Freud, 1917 [1915]a.

A lo anterior, podemos sumar otras formas sintomáticas de Melancolía que no pueden identificarse como resignadas: nos referimos a la anorexia, la bulimia, las adicciones toxicológicas (Hassoun, 1996: 39) y, según Heinrich,

“todo lo que tiene que ver con las mostraciones actuadas, eso que Lacan – en el Seminario de La Angustia – llama Zona de Relación Acting Out, que es una vertiente de la locura que vale la pena transitar, y que tiene que ver con un duelo no realizado, es decir, con la dificultad estructural de tramitar un duelo” (2003: 4).

Lacan no está hablando de una especie de sujeto, sino de una zona de relación (1962-1963: 156).

Entre los diversos fenómenos que nos ofrece la clínica, hay algunos que podrían vincularse más cercanos a los actings. No estamos haciendo referencia a aquellos deslices caracterizados por la no-mesura, por la falta de freno en el decir o en el actuar, sin que se midan las consecuencias, y que – antes o después – nunca falta la ocasión en la que todo sujeto cae. Es decir, no hablamos de un acting ocasional, sino más bien, de aquellos sujetos que viven de acting en acting. En estos casos, continuamente se está bordeando una gravedad que “pesa”, que excede lo soportable: *“hay sujetos a los que la vida les pesa, el tiempo les pesa, el cuerpo les pesa”* (Heinrich, 2004: 6). Estas manifestaciones un poco “locas” son como unos intentos fallidos del sujeto, a través de los cuales busca liberarse del peso que lo oprime, tratando de encontrar el modo de sentirse vivo, de “habitar” su cuerpo o, incluso, de revelar una verdad que aún no fue escuchada.

Freud llega a hacer referencia a la existencia de diversas clases de Melancolía, de las cuales sólo fueron estudiados algunos casos de duelo fallido relacionados con pérdidas de objetos. Pareciera que abre la posibilidad de suponer que habría formas de Melancolía que no dependerían de una pérdida de objeto (Freud, 1921: 125-126). Queda evidenciado que la pérdida de objeto puede desencadenar en la vida de un sujeto el inicio de un estado de tristeza sin fin. Pero

también pueden encontrarse casos clínicos en los que no se identifica claramente la causa o el inicio de un estado de desesperación intenso, sino que – de algún modo – pareciera que acompaña al sujeto a lo largo de toda su vida, antes – incluso – de que se desencadene alguna pérdida de objeto. Permite suponer que algo no fue inscripto en los orígenes de la vida, de tal manera que el sujeto queda imposibilitado para afrontar los comunes contratiempos que pueden presentarse. Se manifiesta, entonces, un dolor continuamente recreado que empuja al sujeto a realizar actos “locos” como intentos de huida de ese dolor que lo persigue (Heinrich, 2004: 9).

Es en este espacio donde puede articularse la locura con la Melancolía.

d) Locura en la Psicosis desencadenada

De lo visto anteriormente, podemos deducir que no necesariamente alguien tiene que ser psicótico para estar loco. Para ello sí es necesario que una psicosis esté “desencadenada”.

Si bien intentamos concentrarnos en las posiciones de Freud y Lacan, en un ámbito más general, identificamos que no hay una definición enteramente psicoanalítica de la psicosis, aunque es indudable la constante aportación del Psicoanálisis – a través de sus diversas teorías – en la iluminación de la vida psíquica que lleva a la psicosis.

En un principio, Freud desarrolló los fundamentos de su teoría sobre la psicosis a la luz del caso Schreber (1911 [1910]). Consideraba a la psicosis como una organización de la subjetividad caracterizada por un trastorno entre el yo y el mundo externo, con una notable pérdida de la realidad y una libido en regresión al yo. Las eventuales manifestaciones de alucinaciones y delirios las interpretaba como intentos de reconstrucción de vínculos con los objetos o tentativas de curación (Chemama, 1998: 353). Mientras que, en la neurosis, la realidad se

reacomoda al interior de un registro simbólico, en la psicosis, un sustituto de la realidad ocupa el lugar de algo que ha sido forcluido.

La aportación de Lacan en la conceptualización de la psicosis tiene íntima relación con la metáfora paterna fallida o, dicho de otro modo, con la forclusión del “Nombre-del-Padre”. Para Lacan, la constitución de sujeto está implicada en el vínculo con su propia imagen; teoría que elaboró a través del estadio del espejo. El tercero simbólico (el padre) es indispensable – por su función normativa – para la constitución del sujeto, porque es quien media y regula la inestabilidad o ambigüedad inherente al equilibrio imaginario del sujeto en su relación con el otro (Chemama, 1998: 354). De hecho, el juego del deseo implicado en el lenguaje, implica la aceptación de lo simbólico por parte del niño: esto es lo que posibilitará la represión originaria que lleva a sustituir los significantes ligados al deseo de ser el falo materno, por los significantes de la ley y del Otro (en el orden simbólico). En caso de fracasar la represión originaria, se origina una forclusión, un rechazo de lo simbólico que retorna en lo real (Lacan, 1955-1956: 23-25). De allí que, entonces, la única relación posible para un psicótico, según Lacan, es la agresividad o el erotismo, dado que no hay mediación de lo simbólico (Chemama, 1998: 355).

Daniel Paola, a partir de la afirmación de Lacan: *“Entre locura y debilidad mental, no tenemos sino la elección”* (11 de enero de 1977), plantea que la locura tiene relación con una falta de anudamiento del imaginario, que implicará el desciframiento analítico de aquello que retorna de lo real (Freud, 1911 [1910]: 66). Por otro lado, la debilidad mental tiene relación con alguna forma de anudamiento de lo imaginario, ya sea en una cadena borromea, en un nudo de trébol o en el ego-sinthôme del nudo de Joyce (Paola, 1995). Obviamente, la debilidad es de mayor grado en los dos últimos ejemplos que la que se expresa en la cadena borromea. Sin embargo, si las cruces del nudo se respetan, la mentalidad se sostiene sin que haya locura. Retomando a Lacan (1975-1976), *“en la medida en que el error de nudo está corregido por el sinthôme, no hay locura”* (Heinrich, 2003: 6).

A modo de conclusión, Lacan considera que, para que una psicosis se desencadene, es imprescindible que se encuentre con una coyuntura dramática. Esta coyuntura implica el encuentro con un tercero, con una autoridad, con “Un-padre”, que no ha llegado a ocupar el lugar del Otro. Y, de consecuencia, hay una imposibilidad en el sujeto de responder con el Significante-del-Nombre-del-Padre.

“Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante” (Lacan, 1955-56: 558-559).

En esta perspectiva está implicado, también, el hecho de que la psicosis no tiene un desarrollo precipitado, que necesariamente tenga que concluir en su desencadenamiento, ya que – incluso – puede advenir la muerte del sujeto antes que ésta se haga manifiesta.

e) Locura en Psicosis/Neurosis/Perversión

En cualquier estructura puede manifestarse la locura. Y, aún, como vimos en el apartado anterior, en la misma psicosis podría no llegar a manifestarse. De hecho, hay una frase de Lacan que puede ser emblemática con respecto a este punto: *“Como todo perverso, podía ocurrir que el paranoico pasara los límites, y cayese en esa horrenda locura, exageración desmesurada de los rasgos de su enojoso carácter”* (1955-1956: 13-14). Entonces, también en la perversión podríamos encontrarnos con la locura.

Siguiendo con Lacan, *“el mundo instituido [...] le indica a cada cual que tiene derecho a estar loco, a condición de que se quede su locura para él solo. Ahí empezaría la locura, si pretendiera imponer su locura privada al conjunto de sujetos”* (1956-1957: 129).

Dicha imposición conlleva la creencia de que la propia “verdad” es la que debería regular la vida de todos, como si fuese la única válida o auténtica. Esta desmesura, sin embargo, no es propia de una estructura psíquica. Todo sujeto – perverso, neurótico o psicótico – puede llevar una vida “funcional” en orden a sus relaciones e intereses... hasta que puede dejar de serlo. ¿Cuál es el elemento que contiene el poder de desencadenar la locura? Es aquella “coyuntura dramática” de la que Lacan hablaba, cuya implicancia dependerá no sólo de las cualidades estructurales del sujeto, ni tampoco sólo de su propia historia, sino – además – de la fuerza o facultad de fragmentación que pueda ejercer sobre esa subjetividad: es decir, sobre ese perverso, o ese neurótico, o ese psicótico.

En la nueva organización de la estructura del sujeto, según la aportación de Lacan a partir de su lectura del caso Schreber y de su concepción de la clínica de la psicosis, la dimensión de lo real se convierte en el espacio donde se pone de manifiesto la locura. Cuando los significantes forcluidos, es decir, rechazados primordialmente del universo simbólico del sujeto – sea cual fuere su estructura – retornan en lo real sin integrarse a su inconsciente, el real llega a confundirse con un “otro lugar” del sujeto. Así, tanto su palabra como su modo de acción están ocupados por “algo” que se expresa en su lugar, mediante gestos, alucinaciones o deseos que el sujeto no es capaz de controlar ni de integrar.

En palabras de Lacan,

“el riesgo de la locura se mide por el atractivo mismo de las identificaciones en las que el hombre compromete a la vez su verdad y su ser. Lejos, pues, de ser la locura el hecho contingente de las fragilidades de su organismo, es la permanente virtualidad de una grieta abierta en su esencia. [...] No bastan un organismo débil, una imaginación alterada, conflictos que superen a las fuerzas. Puede ocurrir que un cuerpo de hierro, poderosas identificaciones y las complacencias

del destino, inscritas en los astros, conduzcan con mayor seguridad a esa seducción del ser” (1946: 166-167)¹⁶.

Desde cualquier estructura, entonces, se podría caer en la locura. A partir de ello podríamos llegar a afirmar que la locura es algo que nos concierne a todos.

f) Locura inherente al ser del hombre

¿Por qué nos concierne a “todos” el tema de la locura? Lacan dice que

“el fenómeno de la locura no es separable del problema de la significación para el ser en general, es decir, del lenguaje para el hombre [...] al ser del hombre no sólo no se lo puede comprender sin la locura, sino que ni aun sería el ser del hombre si no llevara en sí la locura como límite de su libertad” (1946: 156.166).

El registro del sentido es el marco referencial para toda vivencia del sujeto, sea cual fuere su status de “salud” mental. Desde su “lugar” particular, cada sujeto intentará cuestionar y descifrar todo fenómeno que lo implique personalmente, siempre con el propósito – consciente o no – de llegar a develar su significación. A partir de la implicancia del lenguaje, que contiene-limita-retiene al hombre en un espacio relacional de determinación, el sujeto se descubre atravesado por el interrogante de su verdad, lidiando constantemente con la ambivalencia de su propia mentira.

La libertad “pura” no existe para los hombres “normados”, determinados por el lenguaje. Es la locura la que parafrasea con la libertad, a la manera de un vasto campo abierto a toda expresividad, que vincula tanto lo absurdo como lo magnífico.

¹⁶ La relevancia es nuestra.

Nuevamente, en palabras de Lacan,

“los hombres libres, los verdaderos, son precisamente los locos. No hay demanda del a minúscula, su a minúscula él lo tiene, es lo que él llama sus voces, por ejemplo. Y eso por lo cual ustedes están en su presencia justificadamente angustiados es porque el loco es el hombre libre” (10 de noviembre de 1967: 26).

En cambio, el que Lacan llama ese ser “normado”, siempre demandará el objeto a al gran Otro. El lenguaje, entonces, “hace” el sujeto; como significante necesariamente *anterior* a su existencia. El Otro, de hecho, está presente como un definido e imprescindible lugar para la preexistencia de la cadena significante. De allí que un significante represente a un sujeto para otro significante, y no para otro sujeto.

Todo aquél que se confronta con el loco (en cualquier estructura que se desencadene la locura), se confronta con su propia angustia y, por lo tanto, está concernido. Por ello es tan difícil estar en presencia de la locura, y escucharla.

Finalmente, esa “virtual grieta abierta” inherente al ser humano es lo que nos habita (Lacan, 1946: 144).

IV. 1. 2. Una teoría sobre la locura en Lacan: un *fenómeno*

Maud Mannoni dice que *“No se trata de decir que la enfermedad mental no existe, sino que el modo como ella evoluciona guarda relación con el tipo de aproximación que se establece para acceder a ella”* (1970¹¹: 52-53).

Según Heinrich, la forma de locura situada de manera más precisa por Lacan es la del que sabe perfectamente lo que hace (2003: 10). Hay quien puede saber perfectamente lo que hace y, contemporáneamente, estar totalmente loco. Es la locura del que “se la cree”. Para Lacan, creérsela, es estar loco (1946: 161).

De hecho, en este escrito, como veíamos anteriormente, Lacan no hace referencia a la locura desde la perspectiva de un diagnóstico de la estructura, sino más bien, en cuanto a “fenómeno”¹⁷. Es decir, como aquello accesible a la observación, con posibilidad de encuentro en toda estructura; que integra – a su vez – fenómenos que incumben personalmente al sujeto.

Especifica tres dimensiones del fenómeno de la locura, a saber:

- a) el fenómeno de la locura del hombre en general: que tiene relación inseparable con el sentido, con la significación del lenguaje, pero con independencia de su estructura;
- b) el fenómeno de la locura en la psicosis: que incluye el cuestionamiento sobre delirios, alucinaciones, interpretaciones, etc., como manifestaciones propias del sujeto, vinculadas con el registro del sentido y con la estructura del desconocimiento (que implica saber qué conoce de él sin reconocerse a sí mismo allí);
- c) y el fenómeno de la locura del que se la cree: que implica la creencia de ejercer una función para establecer orden en el mundo, sin dudar de sus posibilidades. Esta creencia depende de la inmediatez de la identificación, es decir, de la presunción o infatuación del sujeto. Al explicar esta infatuación, Lacan retoma tres nociones de la locura usadas por Hegel (1946: 162-168): 1. la infatuación o delirio de presunción (el sujeto está más expuesto a la locura cuanto más inmediata sea la identificación); 2. la ley del corazón (se pretende imponer la locura privada al resto del mundo); 3. el alma bella (toma posición ante el mundo como no teniendo nada que ver con los desórdenes que lo aquejan).

Para exponerse a esta clase de locura no son suficientes, según Lacan, un organismo débil, una imaginación alterada ni conflictos insuperables. Lo que

¹⁷ Ya con anterioridad, en su defensa de la tesis de doctorado llegó a expresar a uno de sus maestros lo siguiente: “no podemos olvidar que la locura es un fenómeno del pensamiento” (1946: 153). En el mismo texto, Lacan también hace mención al tema fundamentándose en Descartes (1946: 153s.)

puede comprometer la verdad y el ser del hombre en el riesgo de la locura es, como lo veíamos en apartados anteriores, “*la permanente virtualidad de una grieta abierta en su esencia*” (Lacan, 1946: 166). Esta grieta se ubica en el plano estructural, no contingente. Habría que ver de qué manera gestiona esa grieta cada sujeto.

En la medida que el fenómeno de la locura está implicado en la problemática del sentido, del lenguaje para el hombre y, en la medida que todos estamos afectados por identificaciones, también todos nos vemos expuestos a la locura.

La causalidad psíquica de la locura se fundamenta, según Lacan, en dos elementos imprescindibles e irreductibles: por una parte, en el fenómeno de la *identificación* y, por otra parte, en la función de la *imago*; de cuya inscripción depende la realización de la identificación resolutive. De allí que Lacan la defina como “*una amenaza para el hombre, porque el haber reconocido la distancia incuantificable de la imago y el ínfimo filo de la libertad como decisivos de la locura no basta aún para permitirnos sanar ésta*” (1946: 181-182).

Finalmente, al identificar Lacan los momentos fecundos del delirio como uno de los fenómenos característicos del fenómeno mismo de la locura, emerge – a su vez – el *desconocimiento* esencial que ésta pone de manifiesto, en cuanto a la múltiple fragmentación subjetiva que insume al loco en la perplejidad de un real que lo alcanza y lo supera.

IV. 2. El deseo en suspenso

La Melancolía, para Freud, implica una destrucción en la que la muerte, a través de una mezcla de apatía, crueldad y goce, se ensaña sobre el sujeto melancólico y sobre los otros que le rodean. Según Jacques Hassoun, este avatar destructivo en el que está involucrado el melancólico, lleva la marca de un duelo

imposible que aletarga la vivencia del sujeto llegando a una suspensión del deseo (1996: 51).

Cuando Freud expresa su teoría sobre la pulsión de muerte articulándola a las pulsiones parciales (eróticas), introduce un giro a su teoría sobre la Melancolía. Ante la imposibilidad de llevar a cabo el duelo por el objeto, el melancólico revela la desmezcla pulsional que marca el inicio paradigmático de la Melancolía, en un momento fundamental – a nivel estructural – para la vida del sujeto (Freud, 1917 [1915]b: 244).

La muerte está presente en la vida humana al manifestarse intrincada, como una pulsión, con las pulsiones parciales. Al estar inscrita en el Yo, la pulsión de muerte revela la posibilidad del deseo y su causa. Sin embargo, la Melancolía, según Freud, tiene rasgos de una enfermedad del Yo, en donde hay un efecto de desligadura pulsional. La pérdida se transforma en un enigma sin resolución que cubre de intensa e infinita tristeza al sujeto, haciéndolo incapaz de afrontar toda experiencia de duelo. Será esta incapacidad la que alimentará la pasividad propia del melancólico que, para Karl Abraham, se convierte en signo de la imposibilidad de su reacción ante una situación que lo sobrepasa (1994³).

Si aceptamos con Freud que el sujeto melancólico sabe lo que ha perdido, pero no lo que ha perdido en él, postulamos que está confrontado constantemente con un imposible, con un significante ausente (perdido). Justamente la imposibilidad de reconocer como “perdido” al primer objeto es lo que marca con tanta crueldad la vida del melancólico: detrás se oculta el desenfreno de un narcisismo inevitablemente dañado (Hassoun, 1996: 46).

La Melancolía, entonces, pone en evidencia una falla en la primera forma de identificación, por la ausencia del objeto como objeto perdido. Así, la imagen interna del cuerpo del melancólico no se constituye, no llega a “ocuparse”. El

fracaso del estadio del espejo en relación al objeto está materializado en el duelo (el primero) del infante que no fue acompañado por su madre.

De hecho, el destete contempla algunos elementos que se conjugan y que tienen importancia radical en la futura subjetivación del infante. En primer lugar, implica un duelo compartido, vivido de a dos: para que el bebé pueda pasar por el duelo del seno perdido, antes la madre debe estar dispuesta a perderlo y acompañar la pérdida que experimenta su hijo. En segundo lugar, valorando la aportación de Hassoun, el destete es más una “cesión” que una pérdida. Si la madre no se presta al destete, si se ciega en conservar y prolongar para sí el goce, no posibilita el derecho que el niño tiene de ceder ese seno, ya que sólo podrá ceder aquello que ya está constituido como perdido por el Otro. Es, entonces, esta cesión la que posibilita la constitución del objeto: *“¿No es lo perdido del Otro, en tanto es reconocido en ese estatuto, lo que permite que esta zona sea erotizada en el niño, es decir marcada, punteada, golpeada con el filo del significante pérdida?”* (Hassoun, 1996: 38). Finalmente, la Melancolía, entonces, plantea un cuestionamiento al goce femenino, que estaría centrado en un objeto que parece no poder ser cesible, porque está ocupando el lugar de un hombre que “no es nada” para la madre.

Según Lacan, es imprescindible que el objeto a (objeto causa de deseo), esté en cierta manera ya constituido como objeto cesible (perdido). Asimismo, es esta antecedencia la que posibilita que el sujeto se constituya como sujeto al reconocer y confrontar este objeto en su calidad de “perdido”.

Cuando la madre es susceptible de experimentar y asumir esta pérdida, está permitiendo – de consecuencia – que en el infante se anuden las pulsiones parciales a la pulsión de muerte, posibilitando una primera forma de identificación y la constitución de su imagen especular. Inversamente, se generan las condiciones para el surgimiento de la Melancolía o sus equivalentes sintomáticos

actuales (anorexia, bulimia, toxicomanías, etc.), según lo plantea Hassoun (1996: 70-71).

Hay una mirada, una confirmación que el lactante busca en la madre ante la visión de su imagen en el espejo. La madre puede confirmarlo o, contrariamente, negarle su mirada; quizás por estar sólo presente para sí misma, demasiado absorta en contemplar su propia imagen. Pasa a ser, entonces, una madre ausente para su hijo y para aquél que fungiría como padre para el infante.

Si el niño es abandonado – no confirmado – por su madre (el primer Otro), el daño provocado por la ausencia materna afectará los lazos que sirven de fundamento y consolidación para la futura existencia del sujeto. En particular, se verá dañada la calidad de los vínculos que el melancólico establece con su entorno. De hecho, el “otro” sólo será pensable en la medida en que se asocia a una ausencia, desfallecimiento o extinción de la vida.

Para Lacan, hay una ausencia, un agujero, que funciona como un referente para el sujeto, y que se constituye por el objeto primordialmente perdido, aquél que – desde los orígenes – es inasimilable, aunque – paradójicamente – siempre se tratará de reencontrarlo. La existencia de este objeto (agujero) es lo que va a permitir que el sujeto mida lo insaciable de su deseo. Si bien surgirán otros objetos de satisfacción (pulsionales) que tratarán de llevar a cabo el engaño de realizar el deseo, sólo serán excusas a las que recurre frustradamente el principio del placer, como una manera de tomar distancia de lo imposible del goce incestuoso con la madre. Esta distancia será la condición para que surja y permanezca la palabra, y para que pueda existir el sujeto hablante (Hassoun, 1996: 25-26).

En la Melancolía se desencadenan todas las pulsiones. La pulsión de muerte parece que sume al melancólico bajo el tormento de una culpabilidad sin causa. Lo imposible lo confronta a cada instante, atormentándolo en el vaivén extremo de una omnipotencia que se contrasta con un lamento infinito.

Paradójicamente, la pasión fúnebre que invade al melancólico se esconde tras una apariencia de apatía y desinterés hacia su entorno; salvo sus típicas querellas dirigidas contra algún otro como si realmente fuera víctima de una gran iniquidad. Y, sin embargo, es innegable que – detrás del luto interminable – hay un goce sin fondo ni límite. El melancólico choca con una ausencia radical, con una necrosis que ataca todas sus fuerzas y lo constriñe a una incapacidad de desear.

El deseo del hombre es el deseo del otro, afirmaba Lacan. Esto puede implicar que *“el primer objeto del deseo se funda en el deseo de ser reconocido por el Otro”* (Hassoun, 1996: 51), de otra manera, ¿qué caso tendría su insistencia? Si este Otro (la madre, en primera instancia) niega su reconocimiento, no hay quien sostenga la imagen del niño y, en consecuencia, sólo se encuentra una mirada vacía, desprovista de contención. Es, entonces, a partir de esa encrucijada, que el deseo queda divagando, sin palabra que lo simbolice, ni posibilidad de búsqueda de sentido: es, finalmente, un deseo en suspenso.

La Melancolía se instala en una espera intensamente dolorosa, pero sin angustia.

Es el margen que designa una falta posible entre la necesidad y la demanda el que sitúa el deseo. Si la no-existencia (falta de reconocimiento) del otro imposibilita la expresión de la demanda, el niño se confronta con lo imposible (con la falta de la falta), ya que no se dan las condiciones para que pueda estructurarse la relación entre necesidad-deseo-demanda. El deseo permanece enigmático, negado, fijado en un duelo sin fin, y confrontado constantemente con una ausencia, con un vacío, con un agujero que no pasa por lo simbólico.

La Melancolía hunde al sujeto en una indiferenciación que lo aparta de todo lo que puede ser causa para su deseo, porque está signado por la insignificancia heredada de la madre.

En síntesis:

“sólo hay amor en la perspectiva de una palabra que demanda ser oída. En la pasión, no hay más que una espera infinita y siempre imposible a satisfacer [...] el melancólico ha estado confrontado de entrada a la imposibilidad del amor, a la imposibilidad de que el Otro pueda situarse en la pérdida, a la imposibilidad en fin de un don, lo que reenvía su ser mismo del lado del nada” (Hassoun, 1996: 69).

El melancólico *“ha suicidado al objeto, el único que cuenta, que vale: el que causa su deseo”* (Hassoun, 1996: 70). Como es el objeto primero, tampoco da lugar a una serie, lo que genera un peligro al acecho: *“un sin-límite incestuoso”* (Hassoun, 1996: 71).

IV. 3. ¿Melancolía o Melancolías?

Como ya mencionábamos a inicios de este capítulo¹⁸, Freud abre la posibilidad de pensar en la existencia de diversas clases de Melancolía, si bien aclara que sólo se han estudiado pocos casos relacionados con algún tipo de pérdida.

Asimismo, según el mismo Freud, la Melancolía se presenta tipificada con rasgos de resignación, con cierto tinte romántico (1917 [1915]b: 242-245). Esto lo afirmó en su texto *Duelo y Melancolía*, posteriormente criticado por Jean Allouch (2001) y puntualmente rectificado por Josafat Cuevas (2005).

A partir de la escucha clínica de la Melancolía, y confrontándonos con otros autores, se ponen en evidencia otros tipos de Melancolías que distan mucho de adquirir el peso de una resignación. Más bien asumen formas que no muestran una aceptación pasiva del hecho de cargar con el peso de la sombra del objeto.

¹⁸ Cfr. la página 49.

Como lo mencionamos en el punto anterior, Jacques Hassoun llega a plantear que, entre otros padecimientos actuales, la anorexia, la bulimia y las adicciones son *“equivalentes sintomáticos de la melancolía”* (1996: 39).

Las reflexiones de los filósofos de la antigüedad, por su parte, ponen en evidencia que la Melancolía era considerada como constitutiva del ser. Quien presentaba rasgos melancólicos se veía afectado por la llamada “bilis negra”. Esta afectación, según Hassoun, se remonta a un momento constitutivo de la vida del sujeto que tiene relación con la experiencia de un duelo primero, a partir del cual se signa la vía de los futuros duelos de la vida.

El melancólico, antes que un sujeto, es alguien “sujetado”. Inexorablemente confrontado a una ausencia de alteridad que lo sume en un vacío poblado – apenas – de una tiranía que lo subyuga: hundiéndolo en un sufrimiento sin fin, cargado de indignidad, inhibición y pasividad. El “otro” – si es que puede considerarse su existencia – está presente a través de una ferocidad de la que se apropia para imponerse al sujeto melancólico. Así, el tormento del melancólico se muestra ligado a un saber no sabido acerca de una culpabilidad relacionada con el asesinato de la Cosa (según Lacan, la madre arcaica, apuntada por el incesto) que nunca llega a realizarse completamente (Hassoun, 1996: 25).

Esta “imposición” es el rostro de “el ser de la ausencia”, que acaba determinando la vida entera del sujeto sumido en la Melancolía. En ese espacio regido por una ausencia enigmática que reincide compulsivamente, se posibilita el asentamiento de un “algo” que puede – aunque defectuosamente – cubrirse con la apariencia de un “objeto”, desaparecido desde siempre. Es allí y entonces que, por ejemplo, la droga, puede ocupar un espacio y un tiempo en la existencia del sujeto.

Esta realidad puede posibilitar que la Melancolía asuma rostros diversos, aunque posea un fundamento único que la instaura como una falla, signada por

una falta de inscripción primigenia y fundamental, tanto para la conformación del sujeto como para su inexorable fracaso en la resolución de conflictos y/o futuras pérdidas. Por lo tanto, se podría identificar *una* Melancolía como referente fundamental de un proceso no logrado, con *varias* formas de expresión, según implique características de pasividad o reactividad, de acuerdo a lo que hemos ya explicitado.

La Melancolía, entonces, abarca aquellas afecciones que son prolongaciones patológicas del duelo. Marca las “fallas” de este último, en cuanto no puede ser superado. Algunas de estas fallas que podemos mencionar son la pasión fúnebre y la tóxico-dependencia, entre otras.

La pasión fúnebre, llamada “murra” por Lacan, delata la aparición de un ser escogido que se presenta como un objeto maravilloso, pero termina capturando al sujeto y sometiéndolo a una experiencia de desubjetivación radical que afecta al Yo. Esta pasión melancólica implica la participación de un “otro” que tiene características semejantes al Yo ideal que Narciso ama hasta la muerte, porque carece de una imagen de alteridad que responda a su (no-) deseo.

El objeto abandonado (perdido) desde siempre, deja flotando una carga de amor con implicaciones ambivalentes. No hay un cuerpo marcado por un significante, sino un cuerpo-ruina, an-erotizado. El sujeto, entonces, se confronta con una parte de la Cosa (das Ding) que escapó al asesinato: no se logra el proceso de simbolización que permite constituir el objeto como objeto perdido.

La pasión se muestra como el reverso de la Melancolía. De hecho, pasión y Melancolía implican la relación del sujeto al Otro y a la alteridad. La Melancolía es el núcleo alrededor del cual se organiza la pasión, como el modo de expresión más notorio de la estructura melancólica. El ser al que el sujeto se aliena, por medio de la pasión, va a implicar un Otro que no tiene referencia fálica, que se sitúa fuera de la castración, y que conlleva un proceso de desubjetivación. La

manifestación de la lujuria apasionada representa la paradoja a la que accede el melancólico como un intento de cura. Más que un “sujeto”, el melancólico es un apasionado “sujetado” (víctima pasiva) a un otro que termina siendo agente de un fracaso seguro. La Melancolía revela *“la relación de un hijo a una madre que estuvo en la imposibilidad subjetiva de ayudarlo a atravesar el primer duelo fundador de su subjetividad”* (Hassoun, 1996: 84). El apasionado, entonces, anuda una relación devorante, sin límite. *“Este ser-cause-de-pasión está locamente convocado a constituirse en objeto causa de deseo para permitir al apasionado el extraerse de su miseria melancólica”* (Hassoun, 1996: 86-87). Este vínculo de pasión se genera como un intento de curación de la Melancolía.

También podría emerger, por ejemplo, a través de una toxicomanía: en el lugar de un significante ausente (perdido) se genera una espera que puede ser ocupada por algo (droga) que viene a representar aquello que le ha faltado desde siempre y que termina siendo causa de un encantamiento. Esa ausencia surge, como ya lo hemos visto, de un defecto en el destete. La inscripción de la pulsión de muerte, de hecho, implica una doble operación: por un lado, asumir la imagen especular a partir de la pérdida de objeto y, por otro lado, incorporar al padre cuya función es la de sostener la Ley. En un tóxico-dependiente emerge a la luz una falla en esta doble operación. La crueldad que tanto caracteriza el trato de sí mismo y la marginalidad social que genera es, finalmente, un intento de constituir aquello que faltó en el lugar de la Ley (la función paterna).

Según Hassoun (1996: 29), el drama que trastorna al adicto tiene tres vertientes:

- a) el objeto-droga se constituye en el lugar del fallido objeto interno imposibilitado para el duelo;
- b) la carencia del límite de la Ley hace que el adicto caiga en continuas auto-agresiones de extrema crueldad;

- c) la carencia de subjetividad se apoya en el trastorno de la identificación primera que viene sustituida por una identidad social (“soy un adicto”) que genera un mundo “*en el que el sujeto se des-nombra*” (Hassoun, 1996: 29).

El objeto suplantado por la droga acaba siendo una de las figuras que articula el Mal en un lazo social: haciendo confluír el trastorno individual con la crueldad melancólica. La droga, entonces, se ofrece como un término de identificación, que se remonta a una forma primigenia de Melancolía, desconocida por el sujeto, pero que queda en evidencia – al fin – en un instante en que el sujeto se descubre desprovisto de cuidado, abandonado y sin protección.

V. ¿EXISTE UNA CURA DE LA MELANCOLÍA?

En el contexto de la clínica psicoanalítica, el concepto de la “cura” incluye algunas diversidades que dependen del enfoque teórico. Sin profundizar demasiado, para Freud, según uno de sus últimos escritos (1937), son varios los obstáculos que pueden disminuir el éxito de un análisis, llegando, incluso, a juzgar con cierto escepticismo la eficacia profiláctica del mismo y a hipotizar casos de extensión indeterminada. Desde otra perspectiva, Lacan vislumbra la posibilidad de una “cura” a través del análisis, en tanto sea posible – para el analizante – dejar “caer” el objeto “supuesto saber”. Es decir que, a partir del nuevo lugar que ocupa el sujeto, el analista “cae” como aquel objeto causa de deseo, sin el cual no es factible un vínculo transferencial ni es posible un análisis.

Asimismo, y sin la pretensión de abarcar todo lo que conlleva teorizar acerca de la cura en psicoanálisis, es imprescindible tomar en consideración a la angustia, como aquél elemento que posibilita una demanda de análisis y que es parte constante del proceso analítico.

De hecho, el Psicoanálisis pone en evidencia un sentir doloroso, casi inagotable: se revela una angustia por nombrar lo que sucede. Esta angustia asume diversos rostros, con características particulares según la estructura del sujeto que la vivencia, (y la padece). De hecho, todo sujeto *deseante* experimenta angustia.

Constitucionalmente, este sujeto no puede más que desear y, en esa vorágine que lo confunde y descontrola, no hay palabra que alcance.

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de fondo del presente capítulo, y tomando en cuenta las particularidades mencionadas, en un primer apartado nos interesa focalizar el tema de la angustia desde la óptica singularizada de la Melancolía. Para ello, iniciaremos con la consideración de la

angustia como núcleo del discurso teórico-clínico del Psicoanálisis. Seguiremos, posteriormente, con la valoración de la angustia como condición indispensable para el acceso y la existencia de la clínica psicoanalítica y, finalmente, con el abordaje del binomio Angustia-Melancolía en algunos textos de Freud, Lacan y algunos de sus seguidores.

En un segundo apartado, y abordando la centralidad de nuestro capítulo conclusivo, trataremos de develar la meta que se oculta en la “*intención luctuosa*” (Heinrich, 2004: 92) de la Melancolía. Este acercamiento, a su vez, nos permitirá reconocer – en un tercer apartado – cuáles son los elementos necesarios para contextualizar la particularidad de la *escucha* de los *decires* propios de la Melancolía, que diverge sustancialmente de muchas propuestas vigentes de acompañamiento en torno al mismo padecimiento. Para ello, tomaremos en consideración tres ejes significativos de la clínica, imprescindibles en su vínculo con la *escucha analítica*, a saber: el *Síntoma*, la *Transferencia* y la *Interpretación*.

Finalmente, concluiremos – en un cuarto apartado – tratando de dilucidar si es o no posible una *cura* de la Melancolía, teniendo como trasfondo el aporte histórico-filosófico del pensamiento griego considerado en nuestro capítulo introductorio.

V. 1. LA ANGUSTIA AUSENTE

Existen diferentes tejidos vivenciales en los que se muestra la angustia, sin embargo, en la Melancolía hay algo enigmático que se oculta y que no puede vincularse con una angustia propiamente dicha. Hemos identificado que en el melancólico se registra una “pérdida” que tiene características particulares. De hecho, es lo que la asemeja con el duelo, poniendo en evidencia un mismo afecto: la añoranza de algo “perdido”.

En el duelo no llega a revelarse un estado patológico. En la Melancolía, en cambio, hay cierta disposición enfermiza: se evidencia un desgano intensamente doloroso, disminuye notoriamente el interés por el entorno exterior, se pierde la capacidad de vincularse amorosamente y, esencialmente, hay una inhibición de todas las fuerzas psíquicas, llegando a una pérdida de sentido del sí mismo. Según Freud, es una pérdida de objeto “desconocida”, que se sustrae a la conciencia, y que genera intenso trabajo interno, en donde no es posible ver lo que absorbe en tal medida al enfermo, *habitándolo* con una queja interminable y terriblemente dolorosa.

En la angustia está implicado el deseo. Pero, según lo que hemos visto en el capítulo anterior, en la Melancolía el deseo está “en suspenso”: imposibilitado, inhibido, truncado de raíz. Entonces, ¿hay cabida para la angustia en la Melancolía? Si el objeto es inasible, inapropiable, ¿qué deseo es el que está en juego?

V.1.1. La Angustia como punto nodal y desestabilizador

A diferencia del miedo, que implica una reacción ante un objeto que viene identificado como posibilidad de peligro, la angustia se vislumbra más confusa, pero no por ello menos dolorosa.

Según Kierkegaard (1985 [1844]), la angustia está ligada a la existencia y no al cuerpo. La identifica con una fuerza que hace que el hombre se mueva, que esté alerta. Como aquello que permite la manifestación del deseo y, de consecuencia, la revelación de la carencia existencial del hombre, que nunca llega a satisfacer su añoranza. De allí su planteamiento de la necesidad de convivencia con la angustia, en la cotidianidad de la vida, y en la renuncia a las formas de placer de la existencia. En sintonía con esta perspectiva, pero con un análisis más detenido, Carlos Galindo (1991: 9-11) puntualiza que la angustia se abre camino cuando falta la “falta”, es decir, cuando el deseo del otro (el de la madre) se

apropia del hijo y lo coloca en el lugar de su deseo, imposibilitando su distinción, su separación o, mejor dicho, la instauración de la falta que lo vincularía con su propio deseo. La angustia, entonces, es “*un miedo a nada [...] no se establece en la pérdida de objeto, sino en su presencia [...] no está en alejarse, sino en siempre mantenerse cerca de la madre, volver a ella, cosa que es demasiado deseada, demasiado temida*” (Galindo, 1991: 10.11).

Por su parte, Karl Jaspers (1913: 124-135) habla de las situaciones límite que trastornan la existencia del hombre, *habitándolo* con sentimientos de angustia torturantes, muy difíciles de delimitar y de valorar, generalmente caracterizados por formaciones psíquicas oscuras, cuyo estudio ha sido muy imperfecto.

La Angustia hace dudar, y muchas veces se confunde con indecisión. En el punto de quiebre de la indecisión se revela la angustia, que da inicio a un movimiento cíclico en el que se pone en juego el deseo. Esta dinámica cíclica está imbuida de rasgos muy difíciles de captar que toman el cuerpo y la psique del sujeto al punto de aferrarlo a un agudo y oscuro dolor (Assoun, 2003: 10-11.15-16).

Cuando el deseo se derrama, como un “*deseo entrelazado a la muerte*” (Assoun, 2003: 9), el amor toma parte en el juego. Este amor surge como algo cultural, que quiebra la posición existencial del sujeto a partir de la aparición en escena de una alteridad que pone en crisis la vida. De hecho, el encuentro con el otro transforma la subjetividad. En este *espacio* existencial se reclama un hábitat propio en el que la palabra sea albergada.

La angustia conlleva dos reflejos contradictorios: por un lado, es tan terrible que genera parálisis y, por otro lado, mueve sin saber por qué. En esa aparente disparidad, revela cosas profundas, vinculadas con un dolor antiguo y desestabilizador, con una experiencia desgarradora que atrapa y no suelta, y que contiene – y puede revelar – verdades genuinas (Freud, 1905: 204). De allí la

reinvindicación de su centralidad en la historia cotidiana del hombre (Freud, 1933 [1932]a).

En la Modernidad (siglo XVIII), en donde se postula la preeminencia de la razón a través del método científico, se fue abriendo paso la construcción de sujetos sin angustia ni Melancolía. Poco a poco, se fue aniquilando la ilusión. De esta manera, se fue desvirtuando la realidad. Así, hoy en día es generalmente aceptable la manifestación de “crisis” o “stress” temporales en la vida de las personas; sin embargo, son disfraces para cubrir la angustia.

Nuestra contemporaneidad – de consecuencia – está cubierta de solipsismo. Todos los medios son válidos con tal de huir de la angustia y rescatar al hombre de sus fauces, porque – si ésta emerge – se revelarían cosas peligrosas e incómodas, con las que es difícil convivir. La sociedad, entonces, se va poblando de personajes indoloros... hasta que “algo” quiebra el “yo puedo” de la rutina diaria, y así se abre paso la angustia y el desamor. Es decir, inicia el camino de una angustia que *revela* algo más profundo.

V.1.2. La Angustia como llave de acceso en la clínica psicoanalítica

La angustia afecta la clínica de manera determinante, al punto de ser condición indispensable para la existencia misma de la escucha psicoanalítica.

Esta escucha analítica posibilita que el paciente hable de su síntoma y llegue a elaborarlo o resignificarlo. En ese espacio clínico, en donde se materializa el amor de transferencia, se posibilitan diferentes escuchas para las manifestaciones diversas de la angustia, que adquiere características específicas y diferentes, según la subjetividad del analizante (Freud, 1923: 56).

El objeto del deseo, ese objeto perdido irremediabilmente, aparece en el análisis dependiendo de la relación entre el paciente y sus objetos. Aquello que es

constitutivo del sujeto, se abre espacio – a través del discurso – en la escucha del analista (Freud, 1926 [1925]: 119). La circularidad del deseo llega a confrontar la existencia, a través de la repetición y desde el encuentro con el objeto. El analista soporta, entonces, los decires de la angustia y los transfiere, interviniendo y posibilitando el encuentro mismo del paciente con su angustia y, en su caso, con su dolencia melancólica. Es, entonces, que se pueden crear las condiciones para que el analizante comience a sostenerse con sus propias palabras.

Así, el psicoanálisis permite reconstruir, reconfigurar y resignificar los objetos que constituyen al sujeto, sin catalogar los síntomas como “problemas”, sino como intentos de solución. A partir de la duda y del cuestionamiento sobre el estado y condición de vida, como interacción entre el deseo y la necesidad, es que puede surgir la demanda en un sujeto y, de consecuencia, buscar un espacio de análisis. Es el caso en el que se revela una demanda de amor que está siendo atravesada por la angustia y que hace que alguien se mueva (Freud, 1917 [1916-17]a: 373-374). Sin embargo, son muchos los artificios que obstaculizan esa pregunta de fondo (Freud, 1933 [1932]b: 82).

El análisis abre paso a la revelación de palabras no dichas, en la búsqueda de la otredad, porque es allí donde se manifiesta el deseo. El paciente habla desde su angustia y, en la transferencia, cada elemento va tomando significación.

La angustia es la “llave” de acceso que “abre” la garganta: lleva a desear, a nombrar las cosas de otra manera, desde la propia subjetividad.

Sin embargo, la angustia no es exclusiva propiedad del analizante. El analista participa, también, desde su síntoma: posibilitando la apertura, la asociación libre, la palabra no dicha. Su angustia pasa por la duda de la intervención, que implica la supresión del pensar como forma de posesión del saber. Se vive, entonces, en el análisis, una angustia compartida. De hecho, la angustia no tiene un origen definido. Su materialidad se da entre el paciente y el

analista, quienes – a través del análisis – van tejiendo la trama que la anuda. La escucha, el silencio, la intervención del analista tiene una finalidad específica: facilitar la escucha del paciente consigo mismo.

La angustia abre el interrogante: el inconsciente revela el deseo revelado en preguntas, dudas y dolores abiertos por la angustia. El analizante termina, por lo tanto, exponiéndose ante sus propias palabras y tocando de lleno su vulnerabilidad más íntima.

Por ello el psicoanálisis se construye desde el caso, desde la singularidad de cada análisis. El paciente busca causas de lo que le sucede, abre espacios no explorados anteriormente y se zambulle en la continuidad de su discurso vía la angustia.

Esto pone en evidencia la praxis terrible y angustiosa del psicoanálisis, que – paradójicamente – también cura (Freud, 1937: 222).

La angustia, entonces, es una disyunción que escinde al sujeto. Quien llega a análisis fue orillado por su deseo inconsciente y no por su voluntad. De allí que no pueda identificarse un origen definido en la angustia. Su materialidad se da entre el paciente y el analista, quienes – a través del análisis – van tejiendo/destejiendo la trama que la anuda.

V.1.3. Angustia y Melancolía

La angustia está ligada a los afectos, como originaria de una tensión que posibilita que un sujeto esté o se encuentre alerta (Freud, 1920: 12).

Asimismo, según el Psicoanálisis, el síntoma se teje con la angustia, recayendo en lo corporal, donde se *materializa* el hueco del deseo, indefectiblemente *nunca saciado*.

El vínculo entre Angustia y Melancolía implica matices diferentes entre la propuesta de Freud y la de Lacan. Si bien de manera breve, trataremos de focalizar sus aportaciones al respecto, dado que nos permitirá abrir el camino de respuesta al cuestionamiento que nos ocupa en el presente capítulo.

a) Freud

En su acercamiento teórico a Freud, Paul-Laurent Assoun ubica al síntoma – en los textos freudianos más significativos – como aquél que está sosteniendo la angustia (2003: 8). Habla de una angustia sin nombre, que puede tener la oportunidad de nombrarse en el análisis clínico.

Para Freud, la angustia tiene un lugar central en su estudio de la neurosis (1926 [1925]: 71-164), al considerar que, a través de la angustia, se revela una *señal* que hace referencia al estado afectivo que prescinde del objeto. Algo está perdido: hay un objeto amado que está ausente y, en su lugar, se revela un síntoma que pone en evidencia la clave del deseo inconsciente y su conflicto.

Como en la angustia, también en la Melancolía está en juego el deseo inconsciente, que tiene íntimo vínculo con la sexualidad. De hecho, Freud identificó una *“melancolía de angustia”* como una forma mixta en donde la tensión sexual viene desviada (1950 [1895]a: 241; Freud, 1894c: 236). Para Freud la angustia y la Melancolía son fenómenos naturales que no tienen explicación y se presentan abruptamente, sorprendiendo y, por eso mismo, llegando a perturbar intensamente e impactando en la subjetividad al punto de desequilibrarla (1915c: 179). Llega a identificar una puntual diferencia entre la neurosis de angustia y la Melancolía, al especificar dónde se acumula la tensión sexual (Freud, 1894b: 231).

Freud ve al sujeto en una tensión neurótica en donde el deseo inconsciente está ligado a una añoranza. Desde esa perspectiva, visualiza su método hacia la cura, que implica arriesgarse a la experiencia desde el propio deseo.

Es la filosofía alemana la que influye en Freud notablemente; de modo particular, los llamados “filósofos de la sospecha”: Kant, Nietzsche y Schopenhauer. Así, entonces, Freud se ve inscrito con la angustia en relación a lo trágico, a lo perdido. Aunque también la considera como un motor, constitucional al hombre, generando en él una dinámica de movimiento, que llega – incluso - a rebasarlo (Freud, 1915b: 150).

Para Freud, la angustia opera sintomáticamente, como parte constitutiva del hombre, como la forma propia de estar en el mundo. Y es a partir de la angustia que Freud puede *escuchar* en la clínica el despliegue del deseo.

Hipotéticamente, para Freud, todo sujeto está atravesado por la experiencia de la angustia, que sostiene y perturba el cuerpo. Por eso, también el encuentro sexual causa angustia, porque hace desear un objeto ausente. A diferencia de Lacan, para quien el objeto está presente y es persecutorio. Entonces, es la demanda de algo perdido la que genera el discurso, la que hace hablar, la que posibilita la clínica psicoanalítica. El objeto involucrado es un objeto cuya presencia radica – paradójicamente - en su falta; por estar ausente es que está presente. Es así que, a través del psicoanálisis, Freud pone al descubierto la fragilidad del hombre.

En la Melancolía, por su parte, hay un recogimiento dentro de lo psíquico, como una succión dolorosa o “*hemorragia interna*”, según Freud, que parece una herida sin cicatrizar (1950 [1895]a: 245. De hecho, al vincular la angustia con la depresión, Assoun la llama “*libido agriada*” (2003: 29-30).

Duelen intensamente los “efectos” que genera la ausencia de lo perdido. De hecho, ese empobrecimiento interno viene relacionado por Freud con la neurastenia, cuya “*excitación se escapa como por un agujero*” (1950 [1895]a: 246). Pero la diferencia radica en que el “agujero” de la Melancolía se aloja en lo

psíquico. Esta “*angustia de muerte de la melancolía*” (Freud, 1923: 58), puede llegar, incluso, a materializarse en el suicidio.

A su vez, el objeto perdido de la Melancolía tiene una especificidad “erótica”: es un objeto libidinoso (Freud, 1950 [1895]a). Puede ser un objeto tanto real como ideal, pero que se perdió como objeto de amor. En realidad, el melancólico “*sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él*” (Freud, 1917 [1915]b: 243). Pareciera que algo está empobreciendo, vaciando y devorando al yo; pero, en realidad, es una auto-denigración. “Algo” sacude el vínculo del yo con el objeto y la libido libre se repliega. En síntesis, el amor se sustrae de la cancelación porque se refugia al interior del yo.

Según Freud, se ignora qué lleva a la aparente resolución de la querrela melancólica, pero da por hecho que no va más allá de los límites del Inconsciente (1917 [1915]b: 243.253-254). Puede concluir tanto después de que se desahoga la ira, como después que se abandona el objeto por carencia de valor. En síntesis, hay “algo” que *se muere* del sujeto en ese objeto perdido. Hay algo que angosta, que estrecha y presiona la misma vida: es la angustia.

b) Lacan

Si bien las aportaciones de Lacan en orden a la valoración de la angustia no dejan de tener un vínculo estrecho con el pensamiento freudiano, distingue algunos aspectos que permiten contemplar la subjetividad en un marco de referencia más continuo.

La angustia, según Lacan, es un afecto (1962-1963: 27) que tiene íntima relación con el espacio del Otro, diferente al semejante, que está en lugar del Significante. Ese Otro está presente con anterioridad a la existencia del sujeto y fungirá como constituyente del mismo. En esa perspectiva, se vincula con algo que va mucho más lejos, es decir, con la angustia, que tiene relación con el juego

del deseo: el del Otro. *“El deseo del hombre es el deseo del Otro”* (1962-1963: 31) dirá Lacan.

Según la lectura de Lacan, para Hegel, el Otro es aquel que *me ve*, que está del lado de la conciencia y que pone en evidencia una necesidad del sujeto: que el Otro lo “reconozca”, aunque se implique como “objeto” en ese reconocimiento. Para Lacan, en cambio, el Otro está implicado y constituido como inconciencia; concernido en el deseo del sujeto en relación a su falta (1962-1963: 32). Por ello afirma:

“Yo te deseo, aunque no lo sepa. [...] Le digo al otro que, deseándolo, sin duda sin saberlo, siempre sin saberlo, lo tomo como el objeto para mí mismo desconocido de mi deseo. [...] te identifico, a ti, a quien hablo, con el objeto que a ti mismo te falta. Tomando prestado este circuito obligado para alcanzar el objeto de mi deseo, realizo precisamente para el otro lo que él busca. [...] el otro en cuanto tal, aquí objeto [...] de mi amor, caerá forzosamente en mis redes” (1962-1963: 37).

Por una parte, Freud identifica la angustia como una señal que se produce en el Yo como advertencia de un peligro interno. Por otra parte, pero en continuidad con la lectura freudiana, Lacan no distingue entre interior y exterior del sistema psíquico, ya que – como estructura – lo sitúa en otra dimensión, *“como Otro en cuanto lugar del significante”* 1962-1963: 167). La angustia, entonces, se revela específicamente como el deseo del Otro. Hay una motivación que se esconde en ella, y es precisamente una advertencia: la de un deseo o demanda que no se sustenta en una necesidad, sino que se manifiesta a la manera de un cuestionamiento, que llega a anular al sujeto. En palabras de Lacan, *“no se dirige a mí en cuanto presente, se dirige a mí [...] como esperado y, mucho más todavía, como perdido. Solicita mi pérdida para que el Otro se encuentre en ella. Es esto la angustia”* (1962-1963: 167).

La angustia como deseo del Otro interroga el deseo del sujeto como causa de dicho deseo y es así como llega a “capturarlo”, en una dimensión temporal que es la propia del análisis. Para Lacan, a diferencia de Freud, la angustia no es sin objeto, aunque niegue – contemporáneamente – la implicación de una causa (1962-1963).

En el proceso de subjetivación¹⁹ hay algo que permanece irreductible, como resto, y que es del orden de la imagen: es el objeto *a*. “*En tanto que es la caída [...] de la operación subjetiva, en este resto reconocemos estructuralmente [...] el objeto perdido. Con esto nos enfrentamos, por una parte en el deseo, por otra parte en la angustia*” (Lacan, 1962-1963: 175). Hay un vínculo radical entre la angustia y el objeto caído. Y es allí donde se revela su función esencial como resto del sujeto.

La angustia se revela en la brecha, en el margen, que abre la demanda (siempre dirigida al Otro) entre el deseo y la manifestación de la necesidad, bajo la forma de una falla posible que nunca termina de satisfacerse (Lacan, 1960: 793). Esta satisfacción no es posible por estructura, dado que no hay un objeto adecuado a la pulsión.

Según Hassoun, el melancólico vivencia un sufrimiento muy particular, porque no está cargado de angustia (1996: 52). Es un dolor intenso, paralizante, pero que no está referido ni contextualizado por la presencia de un Otro. De hecho, no hubo un espacio para el Otro desde el momento mismo en que la madre se reveló como “ausente”, porque sólo estaba presente para sí misma. A partir de este vacío, “*el sitio del Otro está mudo*” (Hassoun, 1996: 52). De allí la inhibición, la indecisión y el rebajamiento de sí mismo que sume al melancólico en una inercia apabullante.

¹⁹ Aquel proceso mediante el cual el sujeto llega a constituirse en el lugar del Otro teniendo como fundamento los referentes propios del Significante, como anteriores a él y constituyentes del mismo.

Como no se dan las condiciones para el surgimiento de la demanda, dado que está ausente la secuencia entre necesidad-demanda-deseo, el melancólico está confrontado con lo “imposible”: no existe un reconocimiento del Otro y, de consecuencia, se torna imposible la constitución de un objeto “perdido”. El objeto, entonces, asume características ficticias: queda reducido a “tapón” (Hassoun, 1996: 53), como signo crítico que delata una ausencia de falta. Por ello, el deseo del melancólico permanece enigmático, involucrado en un duelo sin fin y sin posibilidad de recurrir a la angustia como espacio propicio para la revelación de una demanda que, oportunamente, podría abrir el camino para la transformación de un vacío en un espacio finalmente “ocupado” por un Otro ya no amenazante.

“Así, la angustia sobreviene no cuando la pérdida se revela, sino cuando la imposibilidad del Otro para ceder retorna en el sujeto al punto de ser insoportable. Dicho de otra manera, la angustia como tapón, indica el reconocimiento de una ausencia de falta” (Hassoun, 1996: 85).

En el caso del melancólico, la angustia tendría la función de restituirle la posibilidad de constituir lo “cesible”. Es decir, si en algún momento es factible que el sujeto encuentre un objeto angustiante que pueda situarse en un lugar de la cadena significativa y que, desde allí, posibilite su retraimiento de la degradación y pueda reconocer la existencia de un Otro, entonces, y sólo entonces, es posible que este objeto tenga también el poder de cortar su goce y extraerlo de su inhibición y apatía.

Asimismo, aquello que hace apremiante el dolor del melancólico y que no puede considerarse dentro de los referentes de la angustia, como bien dice Heinrich, “no es la insoportable levedad del ser, sino la insoportable gravedad del no-ser [...] de no ser para el Otro” (2004: 10).

V.2. LA INTENCIÓN LUCTUOSA DE LA MELANCOLÍA

Haydée Heinrich postula que la Melancolía puede desencadenarse por circunstancias que van más allá de una pérdida; es más, que puede estar presente, latente desde siempre, en la vida del sujeto (2004: 59). Incluso, la experiencia misma de la pérdida puede redimensionarse desde la perspectiva de la Melancolía. Hay, asimismo, quien sugiere que la pérdida del objeto no necesariamente es algo que *le sucede* al melancólico, sino que puede ser una meta buscada desesperadamente por él (Heinrich, 2004: 73-83). Es decir, que “*la melancolía no sería tanto la reacción regresiva a la pérdida del objeto de amor, sino la capacidad fantasmática de hacer aparecer como perdido, un objeto inapropiable*” (Heinrich, 2004: 74). La *pérdida* no sería, entonces, la causa de la Melancolía, sino su mismo *objetivo*.

Entre las varias paradojas que conviven en la Melancolía se incluye, entonces, una *intención luctuosa* que precede y anticipa la misma pérdida del objeto. De hecho, el *luto* tiene íntima relación con el *duelo*, como un afecto consecuente del mismo. Relacionado con este aspecto, recordamos que Freud puntualizó que se sabía cuál era el objeto perdido en la Melancolía, pero no lo que se perdió en él; es decir, lo que éste implicaba para el sujeto.

La *intención luctuosa* del melancólico- a su vez - conlleva la posibilidad de establecer un vínculo, de entrar en relación con “algo” que, de otro modo, no podría ser ni apropiado ni gozado. Contemporáneamente, entonces, detrás de esa *intención luctuosa* se esconde una pretensión imposible: apropiarse de algo *inasible*.

Entre los diversos rostros que asume la ambivalencia en la Melancolía se distinguen, particularmente, dos concepciones extremas: la Melancolía como

tristitia salutífera y la Melancolía como *tristitia mortífera*²⁰; que incluye, además, la convivencia de características polarizadas: rasgos sobresalientes en arte, filosofía, literatura y ciencias, por una parte, y rencor, envidia, mal genio y avaricia, por otra parte. La ya conocida *bilis negra*, por parte de los griegos, termina conviviendo – paradójicamente – con una *imaginación exacerbada*, con un *saber* que supera la “normalidad”, pero que no deja de confrontarse con un amenazante fracaso al volver siempre sobre su objeto de deseo en el intento de darle alguna clase de existencia. En él conviven la acción inhibida con el pensamiento exacerbado. Es así que el melancólico termina padeciendo de un conocimiento que va más allá del saber común: al pretender abrazar lo real, acaba apasionándose por un fantasma que lo puede llevar a la muerte.

Hay, entonces, una especie de “simulación” en la *intención luctuosa* del melancólico: hace “como si” estuviera haciendo duelo por el objeto amado que perdió (que, en realidad, nunca había poseído), porque ésa sería la manera de darle una existencia (aunque, tal vez, nunca haya sido real); esto implicaría para él reconocer la “existencia” de un objeto a partir de su status de “perdido”.

Según Agamben, la relación entre acidia-tristitia-melancolía pone en evidencia una perversión: el melancólico pretende poseer el objeto pero no el camino que lleva a él y, por lo tanto, constantemente se confronta entre el deseo y el fracaso de llegar a consumir el propio deseo (Heinrich, 2004: 84). Es así que el deseo termina permaneciendo fijo en aquello que se ha vuelto inaccesible. Algo pasa, por lo tanto, con el deseo, con el objeto como causa de deseo, que no se resume en una simple declinación.

²⁰ Esta diversificación era común entre los Padres de la Iglesia, en un período comprendido entre los siglos III y X: se relacionaba a la melancolía con la virtud intelectual y contemplativa, por una parte, como una exacerbación del deseo, que puede llegar a un abuso del amor al pretender transformar la contemplación en deseo de abrazo o de apropiación de aquello que debe restar inapropiable; y, por otra parte, como aquel peligro constante de caer en el aniquilamiento y la parálisis.

Las posibles fallas en el narcisismo primario del melancólico – a su vez – generan aparentes contradicciones: surgen manifestaciones de máxima fragilidad que fluctúan con signos de máxima infatuación (Heinrich, 2004: 86). En medio de esta vorágine emocional, la desesperación es parte fundante del drama melancólico. De hecho, no aparece como una consecuencia de la pérdida, sino como una condición previa que caracteriza desde el inicio el intento del melancólico de asegurarse la pérdida.

En la neurosis, el deseo puede mantenerse como insatisfecho: por un lado, se posibilita la tolerancia de una ausencia, que es ineludible aún en la misma presencia del objeto; y, por otro lado, se confirma una presencia aún en la misma ausencia, cuando el objeto se retira. Siempre, por lo tanto, hay un *resto*. El objeto que se ausenta puede ser anhelado y, en la nostalgia, puede haber incluso dolor, pero siempre hay una persistencia del objeto.

En cambio, pareciera que – en la Melancolía – se creyera en la posibilidad de un abrazo absoluto, en un intento de fusión con el objeto, tratando de llevar a cabo un encuentro *sin resto*. Se pretende instaurar un vínculo signado por la ausencia de límites, el exceso y una voluptuosidad oculta en la desesperación. Así se configura la *pasión melancólica*, como un intento de curación de la Melancolía (Hassoun, 1996: 86-87).

En la total obsesión del sujeto con el objeto se muestra lo insaciable de su intento de apropiación, ya que nada le alcanza como prueba de amor. Así, entonces, nada alcanza, nada sirve, nada completa, nada satisface en la *intención luctuosa*. En esa pseudo recuperación, a la vez luctuosa y gozosa, se revela el intento de inscribir – finalmente – al objeto, aunque sea a partir de su categoría de *perdido*.

Heinrich concluye, finalmente, que “*en la melancolía [...] la pérdida del objeto no sólo es lamentada, [...] también es buscada, no en un sentido*

masoquista, tampoco en el afán de apropiarse fusionalmente del objeto perdido, sino en relación a la necesidad de inscribir lo perdido del objeto” (2004: 93). En ello está en juego, para el melancólico, la posibilidad de poder subjetivarse al fin.

Puede surgir el cuestionamiento acerca del motivo de este tipo de inscripción de la pérdida, si sabemos que el objeto ya está perdido por estructura. Según Heinrich, la pérdida del objeto no sólo puede inscribirse como estructural, sino también como traumática (2004: 93). Es decir, el melancólico puede llegar a suponer que lo que le sucede a él es algo exclusivo, no compartido por otros, a los que identifica como sujetos felices, sin necesidad de concesiones ni sacrificios.

Al experimentarse como una pérdida traumática, y no estructural, es posible que el sujeto melancólico manifieste esa *intención luctuosa* que puede conllevar dos escenarios extremos: el constante fracaso y cansancio de quienes están en su entorno, por un lado, que puede desencadenar un pasaje al acto suicida; y la genuina búsqueda de un intento de procesar un duelo, diferente, estructural, que aún no está hecho. El riesgo siempre es grande, pero en él está también inmersa la posibilidad de una salida de la Melancolía. Para ello, es preciso traspasar el amor pasional melancólico sin transgredir el referente fundamental que posibilita su proceso: lo que implica entrar de lleno en el juego de la transferencia.

V.3. LA ESCUCHA ANALÍTICA DE LA MELANCOLÍA

Cuando Freud ubicó la Melancolía entre las afecciones narcisistas (1923 [1922]a), (es decir, entre las psicosis), puso en evidencia la dificultad de su acceso a través de la terapia analítica. De hecho, en la Conferencia 27, que trata sobre la Transferencia, ya había comentado sobre la inmunidad de ciertas formas de enfermedad ante el psicoanálisis, entre las que ubicó la Melancolía (1917 [1916-17]c). Allí especificó que, si bien los melancólicos tienen conciencia de su enfermedad, no por ello son accesibles, ya que – según él – no tienen capacidad alguna de transferencia y, por lo tanto, el análisis no puede curarlos.

Estos datos referidos anteriormente, sin embargo, parecen contradecirse con un testimonio de Freud en relación a su experiencia clínica. En la Conferencia 28 hace referencia a una paciente, que tenía ciclos de depresión y manía, a quien trató *“durante una pausa tras la melancolía”* (1917 [1916-17]d: 420).

No obstante lo anterior, creemos que la teoría elaborada por Freud se permeaba en la cotidianidad de su clínica y se resignificaba a partir de la subjetividad de cada paciente. De allí ciertos contrastes teórico-clínicos que deja entrever en algunos textos. Este hecho, sumado a las significativas aportaciones de Lacan, nos permite reconsiderar la validez de una escucha analítica también para la Melancolía.

Asumimos esta escucha en el íntimo vínculo con tres elementos esenciales de la clínica psicoanalítica que desarrollaremos a continuación:

a) Los “espacios” del Síntoma

Según Freud, los síntomas son señales y sustituciones de satisfacciones pulsionales reprimidas, que se manifiestan a través de una formación de compromiso, en la que el deseo figura como cumplido (1923 [1922]a). Desde esta manera de concebir el síntoma, Freud identificó tres elementos: un sentido (que revela el nexo con la historia personal del paciente), un motivo (que funge como detonante) y un propósito (la razón de su formación). En su génesis se atribuye un valor etiológico a la vida sexual temprana.

Por otro lado, también puso en evidencia otro grupo de síntomas, llamados “típicos” de la enfermedad, con características diversas y sin conexión aparente con las vivencias individuales de los pacientes. Los dos grupos de síntomas, sin embargo, coinciden en revelar que el cuerpo es tomado por la angustia (Velázquez, 2005: 81-104).

Así, el síntoma va ganando un “espacio” que es la revelación de un deseo y, a la vez, la pretensión de ocultarlo. Se desfigura el deseo original, pero – contemporáneamente – muestra indicios para develarlo. De allí que todo síntoma sea un enigma a resolver; lo que implica el planteamiento de muchos interrogantes que, de una u otra manera, están relacionados con el entorno cultural. Porque es inadmisibles considerar la existencia de un síntoma al margen del lazo social, ya que *“el desorden subjetivo en el cual vivimos está producido por una objetividad causa de nuestro malestar en la cultura”* (Sladogna, 2005: 63).

En estos “espacios” desordenados de subjetividad, se hace extensivo a múltiples padecimientos actuales un talante melancólico de la vida. Y se torna cada vez más masivo, invadiendo no sólo los espacios del cuerpo y del alma, sino los de una subjetividad que acaba privada de relaciones, sumergida en una soledad vacía de pensamientos y deseos, pero llena de diagnósticos y fármacos. Lejos de representar una suma de Melancolías individuales, parece dar cuerpo a un ente socio-cultural en el que se diluyen (y se patologizan) todas las supuestas individualidades.

Ya no se diversifican “síntomas”, sino que emerge “el” síntoma, dando nombre – incluso – a un “espacio” temporal: el comúnmente llamado “siglo de la depresión” (finales del siglo XX), con marcadas incidencias en los comienzos del presente siglo.

Si tratamos de situarnos en el contexto del análisis del melancólico, podemos visualizar un trabajo que apunta a la constitución del objeto, en el ámbito de un duelo primordial no cumplido, donde pueden puntuarse aquellas fallas y vacíos de sentido que emergen en el discurso y que podrían posibilitar al sujeto la concreción del duelo fallido.

Mientras el melancólico esté sumergido en una crisis de aletargamiento, la parálisis que lo conmueve poblándolo de una tristeza negra, es uno de los

mayores impedimentos para la emergencia de una demanda de análisis. Esto implica que su dolor de existir no es aún suficiente para conformar un síntoma que muestre al sujeto tomado por la angustia.

El momento propicio para el análisis es el de una “pausa” en la Melancolía, según lo mencionaba Freud. Dicho en otras palabras, son los momentos de remisión de la crisis melancólica que posibilitan la sustracción de su desesperación profunda y el surgimiento de posibles “reencuentros” con el objeto. Sin embargo, la aparición de este objeto no viene a relanzar el deseo o a desatar los nudos de la abulia, sino a confrontar al sujeto con un peligro interno y enigmático, que representa una alerta (Hassoun, 1996: 83). Sumergido en una espera sin fundamento ni espacio, el melancólico no conoce la angustia más que en sus momentos de remisión, en donde puede experimentar un período de mejoría confrontándose con un deseo sin causa, mortífero, que puede – incluso – precipitarlo a la muerte, pero que – contemporáneamente – puede ser también su boleto de salida.

Generalmente, el primer objeto con el que se vincula el sujeto, tiene la cualidad de estar “perdido” y, por ello mismo, suele provocar angustia. En la Melancolía, en cambio, el surgimiento de un objeto proveniente del exterior puede representar una amenaza de violencia que podría materializarse en diversas consecuencias.

“El melancólico – boca, sexo y año sellados, cuerpo erótico sellado – puede ser precipitado hacia una destrucción – singularmente la defenestración – en el curso de la cual pone en escena la caída de ese deshecho que representa su cuerpo. Pero también ocurre que la angustia contribuye – muy precisamente en ese instante – para crear una obra de arte, un escrito, una música que va a desplegar la retracción en la que el melancólico se ha encerrado, en la que sus pulsiones parciales, lejos de desplegar sus trayectos, se enroscan sobre ellas mismas. Si es un tiempo de la resistencia, si es una manifestación

de vida en el mundo petrificado del melancólico, sobreviene en el momento en que la angustia se revela susceptible de crear un objeto causa de deseo” (Hassoun, 1996: 102).

Esa obra, fruto de la creación del melancólico, termina conformándose como *síntoma*, como cierto “anudamiento”, como palabra-acto que puede ser puntuado, interpretado como dador de sentido, que se levanta en lugar de la inercia, la apatía y la crueldad interior que lo gobierna. Desde allí, entonces, a modo de necesario *pase* por la muerte, puede conducirlo a un tiempo en el que la subjetividad puede ser finalmente reencontrada (o constituida). Hay, por cierto, una “elección” en el cúmulo de sus vivencias, entre las cuales una se convierte, a modo de broche, en lo que puede guiar su vida (Heinrich, 2003: 70)²¹.

El peso de lo thanático que carga el melancólico, entonces, puede ser atravesado por una obra, por una creación (a modo de *sinthome*) que le permitiría zafarse de la muerte.

b) El “lazo” de la Transferencia

Entre analizante y analista se revela un vínculo afectivo particular que supera lo racional. Según Freud, la transferencia *“entra al servicio de la resistencia, [... convirtiéndose] en el más poderoso medio auxiliar del tratamiento”* (1923 [1922]a: 243). De hecho, este particular “lazo” es parte de la repetición de vivencias anteriores olvidadas e inconscientes del paciente, que muestran al analista los indicios de una enfermedad que ejerce un poder actual en la vida del analizante. Esta repetición se muda en recuerdo, a medida que el análisis se encamina a la cura.

²¹ En el caso de Schreber, por ejemplo, se puede visualizar que hace síntoma a través de la escritura, eligiendo la inocencia, la debilidad mental, como nudo que le permite cierta estabilización (Heinrich, 2003: 71).

La transferencia, entonces, es el elemento clave para la cura del enfermo. Gracias a este vínculo, puede generarse – como alternativa a la enfermedad originaria – una neurosis de transferencia que permite crear una versión nueva de aquel viejo conflicto y que hace más accesible la intervención del analista (Freud, 1914a). Desde ese momento, los síntomas abandonan su significado originario e incorporan un sentido nuevo (Freud, 1917 [1916-17]c).

Es a partir de la transferencia – en la esencialidad de la relación con el analista - que puede generarse un proceso de cura en el analizante, ejemplificado en la descomposición de cada forma de manifestación de la transferencia y en la superación de las resistencias. Este proceso no depende en absoluto de una mayor o menor comprensión intelectual, sino únicamente del lazo transferencial entre analista y analizante (Freud, 1917 [1916-17]d).

De consecuencia, hay un lugar especial que el analizante atribuye al analista y – en sintonía con esa atribución –, el analista se presta como soporte de la transferencia. Según Lacan, el secreto del análisis debe buscarse en la libertad enajenada por el desdoblamiento que sufre el analista (1958). De hecho, toda transferencia implica poder, pero en psicoanálisis, el hecho de no utilizarlo es lo que posibilita el desarrollo de la transferencia que, aunque es también un tipo de sugestión, tampoco se ejerce como tal, sino sólo como demanda de amor. Por otro lado, Lacan es puntual al especificar que no se trata de guiar ni de dirigir al analizante, pero sí dirigir la cura como un proceso en el que va subjetivándose dialécticamente, a medida que va rectificando sus relaciones (1958), o que va ubicándose en un lugar existencial diferente. De hecho, la prevalencia de la transferencia implica – contemporáneamente – la prevalencia de la frustración sobre la gratificación. *“El amor de transferencia permite al sujeto [...] acceder a los eventos que le provocan sufrimiento, y en ciertas circunstancias, construirá el objeto que causa un deseo”* (Sladogna, 2005: 73).

¿Cuál transferencia, entonces, en el análisis de la Melancolía?

La respuesta, obviamente, no puede ser generalizada. Como en toda clínica psicoanalítica, la subjetivación que se encamina a la cura atraviesa caso por caso. Por su parte, lo inaccesible de la Melancolía radica en la distancia interpuesta por el enfermo, como una barrera que excluye el contacto con otros y que custodia el repliegue absoluto de todas sus energías. De hecho, lo que sostiene fundamentalmente la existencia de un sujeto se apoya en los lazos que pudo establecer con el Otro. Pero, en el caso del melancólico, la calidad de los lazos que establece con su entorno están en íntima vinculación con una carencia primigenia: la ausencia de una primera pérdida, en la que el objeto no pudo constituirse como perdido y, de consecuencia, tampoco él pudo constituirse como sujeto. Entonces, ¿hay Otro para el melancólico? Si no es así, ¿cómo puede introducirse al Otro en su proceso de cura? (Hassoun, 1996: 51).

Sin embargo, si el melancólico (en un momento considerado favorable o de remisión) demanda de alguna manera un análisis, es porque – de cierta forma – está colocando a su interlocutor en un lugar de confianza que posibilita la demanda y la oportunidad de una escucha en donde puede emerger el Otro, facilitando la constitución del objeto, como *“condición para que la soledad deje de hacer signo y que el acceso a lo heterogéneo le permita entender que el deseo no tiene por amo ni a la crueldad ni a la plenitud, sino a la falta”* (Hassoun, 1996: 55). Se está mostrando, entonces, quizás de manera velada, un deseo, una brecha que abre la posibilidad para el surgimiento de la angustia, que puede ser motor del análisis (Lacan, 1958).

Esta posibilidad de escucha de la Melancolía, finalmente, puede constituir un reto en estos tiempos tan urgidos de extinción de la locura: *“se trata de ofrecer un lugar donde aún sea viable a partir del amor y del odio de la transferencia, la constitución de un sujeto en condiciones de sostenerse deseando algo en la vida”* (Sladogna, 2005: 78).

Todos estamos preocupados por la locura. Sin embargo, no todos quieren escucharla. El psicoanálisis va contra la corriente: su escucha no tiene la finalidad de neutralizar, ni de juzgar; privilegia la producción y la expresión de una palabra equívoca que otros intentan silenciar (Casanova, 1990).

Más allá del “saber” (diagnóstico de un trastorno depresivo, por ejemplo) que puede, o no, ostentar el sujeto que llega a análisis, el tipo de aproximación que cabe al analista puede generar, al menos, dos tipos de vías: la que conduce a la acotación de la locura, o la que puede alentar el despliegue de la misma.

En primer lugar, la escucha analítica parte de la base de otorgar categoría de verdad a la palabra del analizante, desde su indiscutible lugar de *sujeto* y, por ello mismo, con la posibilidad de hacerse responsable de sí mismo (no obstante su estructura psicótica, por ejemplo; de lo contrario, ¿qué espacio habría para su escucha en el psicoanálisis?). Desde otra perspectiva, la compasión (abogada por varias líneas de psicoterapia) termina condenando al paciente a un lugar de objeto, sin ninguna posibilidad de salida de su padecimiento. El lugar del analista en el análisis de la Melancolía, en cambio, conlleva hacerse cargo de dirigir la cura, establecer los cortes que faciliten al sujeto un cambio de registro, y poner los límites necesarios que permitan al paciente entrar en transferencia. La compensación, por el contrario, sólo confirma al analizante en un lugar de desecho, no de sujeto.

En el análisis del melancólico el analista se enfrenta continuamente con lo insaciable. Esta desmesura lo implica, en pos del mantenimiento de la transferencia, en la imprescindible puntuación y manifestación de cortes significantes, en los que confluyen la amabilidad y la firmeza, sin caer en la expulsión ni en dar lugar a una especularización de crueldad por parte del paciente (Heinrich, 2003: 32).

El lazo de la transferencia que puede constituirse en la escucha analítica de la Melancolía es el espacio privilegiado en el que puede jugarse *“alguna posibilidad de introducir el tiempo, la espera, la insatisfacción que resta en la satisfacción, la presencia en la ausencia y la ausencia en la presencia”* (Heinrich, 2004: 94), como elementos vitales para la salida de la Melancolía.

c) La Palabra de Interpretación

En palabras de Freud, el psicoanálisis es *“un arte de la interpretación”* (1923 [1922]a: 235). Se interpretan aquellas fallas y agujeros (tan humanos) que emergen en la palabra y en los actos anímicos del analizante. Esto implica un trabajo que se alimenta con la fuerza de la transferencia y que conduce a la trasposición de lo “oculto” o “no dicho”, en palabra o discurso. Así pueden llegar a eliminarse las condiciones para la formación de síntomas, mudando el conflicto patógeno en un conflicto normal, lo que conlleva una transformación psíquica o resignificación de la vida (Freud, 1917 [1916-17]c).

A través de la interpretación, el analista también “paga” el análisis y se involucra en la cura del paciente con lo que *dice* y lo que *hace* (Lacan, 1958). Y sus palabras de interpretación son escuchadas a partir del lugar transferencial en que el analizante lo sitúa. Desde ese espacio vital, su palabra resuena según la particularidad del caso, identificando y poniendo en evidencia aquel significante que llega a “sobornar” al paciente, enredándolo y reteniéndolo en una lucha estéril para mantenerse oculto, e introduciendo algo que rompe con la cadena de significantes y que permite su traducción. Sólo a partir de sus efectos es posible confirmar la palabra de interpretación.

Se trata de vislumbrar y captar la estructura constitutiva del deseo que se muestra en la hiancia abierta de los significantes que representan al Otro. Un deseo que convive con la ambivalencia: porque está en “otra parte”, en el “ser” el falo (Lacan, 1958).

En la interpretación también se pone en juego un pensamiento dialéctico que refleja luz sobre ciertas verdades analíticas – no dogmáticas – que quedan en suspenso. Se rompe, entonces, la certeza y se abre la posibilidad de incluir verdades que pueden subjetivar la vida misma, desde otro lugar.

Todo esto vale, también, como condición para una palabra de interpretación en la Melancolía. Mientras la fuerza de la transferencia permite el “encuentro” entre analizante y analista, es posible tomar la palabra para volverla a ofrecer como perla preciosa que puede resignificar todo el discurso y dirigir la cura hacia el desprendimiento *“de la libertad para arriesgarse a vivir una vida en el juego del deseo”* (Sladogna, 2005: 73).

Dependerá, obviamente, de las condiciones particulares del melancólico y de sus posibilidades de expresión, qué tanto pueda mantenerse en el vínculo de amor/odio de transferencia, para dar lugar a la resonancia de la palabra interpretativa.

En síntesis, lo paradigmático del psicoanálisis es que se articula a partir del vínculo entre dos sujetos “en falta”. Esta particularidad contrasta notablemente con las pautas vigentes de la post-modernidad, que privilegia la ilusoria existencia de sujetos satisfechos. De hecho, en la actualidad – mucho más que en la época inicial del psicoanálisis – esta característica pone en evidencia su “desventaja” ante la cultura postmoderna. Asimismo, en las últimas décadas, ha ganado terreno una configuración diferente del sujeto que vive inmerso en una sociedad donde sólo se proclaman verdades relativas, en orden a una generalización que margina la subjetividad. La diferencia que pone a la luz el psicoanálisis está fundamentada – por el contrario – en la valorización de la singularidad de cada caso y en la apertura a verdades analíticas de subjetivación reveladas en la dirección de la cura.

Los sujetos “en falta” del psicoanálisis, ya no tienen espacio en este mundo, porque se busca cubrir inexorablemente toda carencia o evidencia de error humano: no hay lugar para la locura, no hay espacio para el sufrimiento, no hay cabida para las “fallas”. Pululan por doquier mediocres objetos de deseo “standard”, de fácil adquisición y desecho, que ostentan cubrir todos los huecos. Esto conlleva la conformación de una sociedad integrada por sujetos ficticios, superficialmente “satisfechos”, en los que el deseo sólo se vislumbra como un peligro – por su irreductible ingobernabilidad – y como un fantasma de probable imposibilidad de satisfacción.

La “palabra” de supuesta intervención que fluye por doquier en la actual “escucha” de la depresión-Melancolía tiene características químicas, más que lingüísticas. Estamos en los tiempos del Prozac, del Ritalin, etc., como las versiones vigentes de la panacea que se confrontan con la dificultad de vivir propia del melancólico. Sus recursos mediáticos, a su vez, están focalizados hacia la generación de necesidades artificiales que, al mismo tiempo, “garantizan” un estado anímico estable, no problemático, “libre” de conflictos molestos. Según Heinrich, *“es una cuestión ideológica querer reducir la depresión, [...] el malhumor, a una cuestión química, medicable y no interrogable, ni digna de producir modificaciones en la relación del sujeto con su deseo”* (Heinrich, 2004: 13). Obviamente, también tiene implicaciones con un lazo social ausente en la vida de los sujetos, marcados por la indiferencia, la irresponsabilidad y el individualismo.

¿Cuál es, en cambio, la apuesta del psicoanálisis? ¿Qué tipo de palabra cualifica la interpretación analítica?

El analista implicado en el análisis del melancólico pone en juego su propio deseo a través de su palabra interpretativa. Los efectos de ésta serán los que confirmen, o no, su eficacia. Es decir, en tanto que sea una palabra que dé lugar al trabajo de creación, de sublimación y de confrontación con el peligro de la muerte misma del melancólico, será posible la realización del acto analítico. De hecho, el

acceso del melancólico al objeto dependerá de la factibilidad de la existencia del Otro (antes denegada), que debe pasar por el contacto doloroso con afectos que pueden desestabilizarlo pero que, al mismo tiempo, le permitirían el anudamiento de sus pulsiones y la manifestación de su deseo. Allí es donde el deseo del analista es convocado a revelarse en una palabra de interpretación que fungiría como generadora de creación (Hassoun, 1996: 102).

V.4. ¿HAY SALIDA DEL LUTO INFINITO DE LA MELANCOLÍA?

Si asumimos la consideración de Freud, y valorizamos el psicoanálisis como un “arte”, también necesitamos redimensionarlo en el ámbito de un arte “artesanal”; es decir, de pocos. Se abren, entonces, varios interrogantes: ¿Cómo se sitúa el psicoanálisis ante la marginación categórica del sujeto postmoderno? ¿Cómo concebir una cura analítica para quienes se “vacunan” contra el deseo? ¿Cuál es el lugar del analista en un mundo que sofoca la locura? ¿Cómo concebir una cura para la Melancolía (o para casos actualmente diagnosticados como trastornos depresivos) dentro de los espacios teórico-clínicos del psicoanálisis?

No podemos dudar de la vigencia de estos cuestionamientos porque, a pesar de todo, la angustia, la locura, la Melancolía... siguen mostrándose.

El lugar del psicoanálisis en la vida del sujeto dependerá de la capacidad de revelación de su deseo a través del planteamiento de una demanda. Mientras el sujeto se auto-exilie en un mundo “poblado” de vacuidad y del anonimato propio de la indiferencia, no existen las condiciones para la realización del acto analítico. Sin embargo, la locura, como fenómeno inherente al ser del hombre – según palabras de Lacan – afecta inexorablemente todo vínculo o lazo social que esté implicado en la vida humana. De allí que se constituya como parte del horizonte social en el que está imbuido, también, el analista.

Podríamos afirmar, como Hassoun, que existen diversos intentos de liberación de la sombra dolorosa que cae sobre el sujeto melancólico cuando falla esa primera experiencia de pérdida que lo capacitaría para afrontar los duelos futuros de su vida (1996: 59). De hecho, menciona la anorexia, la bulimia, las adicciones, los actings, como expresiones de una pasión en búsqueda de un vínculo “sanador”.

Para Lacan, a su vez, es determinante que el melancólico no haya podido ocupar un lugar de falta para el Otro primordial (1962-1963). De allí su imposibilidad de tramitar un duelo.

Siguiendo con Hassoun, *“el melancólico es este objeto que, no separado, no ha llegado a ser. A este título, él es un resto que intenta constituirse como causa de (no-) deseo, de imposible deseo para cualquier otro susceptible de interesarse en él”* (1996: 39). Al no inscribirse el significativo pérdida, no puede inscribirse tampoco un primer duelo como paradigma de las pérdidas futuras. Por ello, no se produce el objeto perdido que, posteriormente, constituiría el objeto causa de deseo. Asimismo, el sujeto – que no puede identificarse con el objeto perdido – queda fijado en una identificación mortífera a ese objeto, pero en su carácter de *resto*.

En el intento de dar cuerpo a la pregunta que nos plantea el presente capítulo, vamos a considerar que, ya con anterioridad, Freud había contemplado la posibilidad de un cese de la Melancolía que, a diferencia del trabajo de duelo, concluiría en el Inconsciente (1917 [1915]b: 254). Podríamos intuir, entonces, que esa posible “cura” de la Melancolía tenga relación con una supuesta satisfacción del Yo al valorarse mejor que el objeto. Según Heinrich, este proceso se realizaría a través de dos vías posibles: agotando la furia o asesinando al objeto (2004: 65). Esto podría dar cuenta de una posible salida de la crueldad y de la furia melancólica que ya no estaría canalizada en contra del Yo, sino que mostraría una prevalencia del odio hacia el objeto, adquiriendo un tinte paranoico. No se

materializaría, entonces, un duelo por un objeto valioso, sino una degradación y asesinato del mismo: como un modo melancólico de “hacer un duelo”. El objeto, entonces, no se abandonaría porque se lo reconozca como perdido, sino porque se lo declara no valioso e indigno, lo cual implica que es innecesario hacer un duelo por él.

Según la lectura de Heinrich, si esta supuesta forma melancólica de tramitar el duelo es exitosa, el Yo no quedaría expuesto al pasaje de un acto suicida. Es posible que sea allí donde Freud situara la posible salida de la Melancolía como un modo melancólico de afrontar una pérdida, que – obviamente – no implicaría la tramitación verdadera de un duelo (Heinrich, 2004: 65-67). Sin embargo, la consecuente liberación de la libido que la torna disponible para fijarse a un nuevo objeto, tendría resultados similares; es decir: incluiría una elección de tinte narcisista, marcada por una pasión insaciable y condicionada por una expectativa fusional en el encuentro con un nuevo objeto de amor.

La ambivalencia melancólica, por su parte, pone de manifiesto una lucha que oscila entre el amor y el odio por el objeto que, tarde o temprano, termina debilitando la fijación de la libido. Es, entonces, que el melancólico confluye en la devaluación, denigración y “asesinato” del objeto. Es decir: no recurre al reconocimiento propio del duelo que declara muerto al objeto, sino que él mismo lo mata, lo asesina (Heinrich, 2004: 64).

Una alternativa a la lectura de Freud propuesta por Heinrich, es la trabajada por Hassoun. Aunque hemos hecho mención de la misma en apartados anteriores, trataremos de retomarla con mayor detenimiento y, a su vez, identificar elementos que pueden integrarla en la perspectiva de nuestro capítulo introductorio, con el que abrimos el acceso al tema que nos ocupa desde la concepción propia del pensamiento griego.

Ya, anteriormente, hemos notado que la supuesta pérdida que sumerge al melancólico en una vorágine oscura de tristeza y desaliento, en realidad, no existe. Dicho en otras palabras, no hay tal objeto “perdido”, porque no pudo constituirse en sus orígenes. Hay, en cambio, un objeto inapropiable, inasible (una imagen, un fantasma), que – al buscarse con desesperación – puede asumir visos de realidad en tanto que “perdido”. La fijación en un duelo sin fin acerca al melancólico a los límites peligrosos de una relación devorante que, sin embargo, debe traspasar necesariamente para dar cuenta de una angustia que podría transformarse en *sinthome*: sólo desde ese lugar podría dar cuerpo a una creación que ocupe un espacio de sentido. En esta perspectiva se vincula el espíritu artístico, creativo, ampliamente puntualizado por los griegos, que resulta familiar (y emblemático) en la vida de muchos melancólicos.

Cada producción será, en sí misma, un intento de crear un objeto propio que facilite un trabajo de duelo, materializado (es decir, escrito, pintado, publicado, expuesto) y, por lo cual, finalmente ofrecido al Otro. Sin embargo, es una experiencia que no deja de confrontarse con la nebulosa pérdida primigenia nunca consumada (Hassoun, 1996: 117).

Sólo desde allí puede haber espacio para un encuentro fundante que – sin dejar de estar marcado por una espera angustiada – puede implicar el retorno en lo real de aquello no-cesible, convocando al sujeto a “*mantener la relación al deseo, en el mismo lugar en el que el objeto parece faltar*” (Hassoun, 1996: 89). Es en un tiempo favorable de remisión que el melancólico puede contactarse con el agujero insondable de su miseria, para que – finalmente – pueda traspasarlo.

La oportunidad de salida que algunos melancólicos asumen a través de una elección y producción creativa (escritura, pintura, etc.), no deja de estar vinculada – a su vez – con un posible espacio analítico que facilite los referentes esenciales para su cura. De hecho,

“desplazar la espera en el cuadro de la cura del melancólico puede representar para él el tiempo primero del acceso al deseo. También, se trata de asir al vuelo esa señal de angustia para ayudar al analizante a alejarse de la tiranía de un objeto no perdido, de un objeto causa de nada, lejano hijo de un amor maternal que habría sido causa de todo” (Hassoun, 1996: 90-91).

La brecha abierta por la angustia, entonces, es la que puede poner fin a la pasividad y a la inercia del melancólico, permitiéndole vincularse – al fin – con el deseo del viviente. Desde ese nuevo lugar, podrá inaugurar los tiempos de una subjetividad finalmente reencontrada, en donde ya no hay cabida para un *“eterno-errante perdido en un no-lugar sin memoria”* (Hassoun, 1996: 107).

CONCLUSIONES

La respuesta a la pregunta acerca de la razón de la imposibilidad del duelo en la Melancolía, tiene su fundamento en el momento primigenio en el que fracasa la inscripción de la primera pérdida en la vida del infante. En esta peculiaridad puede visualizarse aquella “predisposición” a la que Freud hacía referencia al distinguir la Melancolía del Duelo normal.

Por su parte, la teoría propuesta por Lacan, en el estadio del espejo, focaliza la significación prioritaria que radica en la calidad y en el modo de ocupar el lugar físico-psíquico-cultural, como madre-y-padre, es decir, como agentes primordiales de la posible (o no) subjetivación del infante. En ese tiempo primigenio se instaura la posibilidad de una primera pérdida paradigmática que, por tal motivo, es fuente de inscripción clave para la futura subjetivación. Esta perspectiva de Lacan está en continuidad con los elementos puestos en evidencia por Freud: se enlaza a ellos y los completa.

La relación con el objeto amado perdido, causa de la añoranza tan intensa y doliente de la Melancolía, tiene avatares complejos y ambivalentes. Lo que sumerge al melancólico en una oscura parálisis se sustrae totalmente a su conciencia y lo fija en un estado de inercia y auto-agresión emblemática, a causa de la identificación narcisista que proyecta hacia el Yo cubriéndolo de una mezcla de apatía, crueldad y goce.

Según Freud, la Melancolía tiene rasgos de una enfermedad del Yo, en donde hay un efecto de desligadura pulsional. La pérdida se transforma, entonces, en un enigma sin resolución que cubre de *muerte* al sujeto, originando su imposibilidad de reacción ante una situación que lo sobrepasa o que puede generar una experiencia de duelo. El melancólico pone en evidencia la relación con un objeto que tiene características eróticas, libidinosas. Está implicado en un ambiguo vínculo con el mítico objeto de deseo original. A causa de la imposibilidad

de llevar a cabo el duelo por el objeto, el melancólico revela la desmezcla pulsional que marca el inicio paradigmático de la Melancolía, en un momento fundamental – a nivel estructural – para la vida del sujeto. La marca de ese *duelo imposible* se hace manifiesta por la suspensión del deseo. De hecho, afirmar que el sujeto melancólico sabe lo que ha perdido, pero no lo que ha perdido en él, implica postular que se confronta constantemente con un imposible, con un significante ausente. Detrás de esa imposibilidad de reconocer como “perdido” al primer objeto se oculta el desenfreno de un narcisismo inevitablemente dañado.

La Melancolía, entonces, pone en evidencia una falla en la primera forma de identificación, por la ausencia del objeto como objeto perdido. Por ello, la imagen interna del cuerpo del melancólico no llega a “ocuparse” o a constituirse, porque – como infante – quedó marcado por un fracaso primigenio, al no ser acompañado por su madre en su primera experiencia de duelo.

Según Lacan, es imprescindible que el objeto a (causa de deseo), esté de alguna manera ya constituido como objeto cesible (perdido), porque esta antecendencia es la que posibilita la constitución del sujeto, en el reconocimiento y confrontación del objeto en su calidad de “perdido”. Si falta la mirada de confirmación que el lactante busca en la madre ante la visión de su imagen en el espejo, ella se convierte, entonces, en una madre ausente, dolorosamente estéril. Viviendo la experiencia de un abandono – o la no confirmación de su madre (el primer Otro) –, el niño será afectado por un daño provocado por la ausencia materna que debilitará los lazos que sirven de fundamento y consolidación para la futura existencia del sujeto. Esto determinará, sin duda, la calidad de los vínculos que el melancólico pueda establecer con su entorno.

Para Lacan, hay una ausencia, un agujero, que funciona como un referente para el sujeto, y que se constituye por el objeto primordialmente perdido, aquél que – desde los orígenes – es inasimilable, aunque – paradójicamente – siempre se tratará de reencontrarlo. La existencia de este objeto (agujero) es lo que va a

permitir que el sujeto mida lo insaciable de su deseo. Sin embargo, detrás del luto interminable que envuelve al melancólico, es innegable la revelación de un goce sin fondo ni límite. En la encrucijada que lo rebasa, se confronta con una ausencia radical que inhibe todas sus fuerzas y lo condena a una incapacidad de desear; el deseo queda divagando, sin palabra que lo simbolice: es, finalmente, un deseo en suspenso que delata una ausencia de falta.

Si la no-existencia (falta de reconocimiento) del otro imposibilita la expresión de la demanda, el niño se confronta con lo imposible (con la falta de la falta), ya que no se dan las condiciones para que pueda estructurarse la relación entre necesidad-deseo-demanda. El deseo permanece enigmático, negado, fijado en un duelo sin fin, y confrontado constantemente con una ausencia, con un vacío, con un agujero que no pasa por lo simbólico, porque es imposible que el Otro pueda situarse en el lugar de la pérdida. Para Lacan, a su vez, es determinante que el melancólico no haya podido ocupar un lugar de falta para el Otro primordial. De allí su imposibilidad de tramitar un duelo.

Según Hassoun, el melancólico vivencia un sufrimiento muy particular, porque no está cargado de angustia; ello implicaría lidiar con un deseo que – para él – está truncado de raíz. Sufre un dolor intenso, paralizante, pero que no está referido ni contextualizado por la presencia de un Otro. Entonces, lejos de poder constituirse como “sujeto”, el melancólico es alguien “sujetado”.

Sin embargo, la indolencia que puebla la cotidianidad de la sociedad actual puede quebrarse cuando el “yo puedo” cae y abre paso a la angustia y al desamor. Ese es el momento privilegiado en el que puede salir a flote el deseo y, a partir de allí, la vida, las cosas, las experiencias, puedan comenzar a nombrarse desde la subjetividad, con un lugar propio. En este horizonte vivencial puede desplegarse y *escucharse* el deseo en la clínica. En el caso del melancólico, la angustia tendría la función de restituirle la posibilidad de constituir lo “cesible”: a partir del encuentro con un objeto angustiante que pueda situarse en un lugar de

la cadena significativa y rescatarlo de su apatía e inhibición paralizante; esto le permitiría reconocer la existencia de un Otro no-amenazante y, desde allí, facilitar el corte de su goce. La brecha abierta por la angustia, entonces, es la que puede poner fin a la pasividad y a la inercia del melancólico, permitiéndole vincularse – al fin – con el *deseo* del viviente.

Por su parte, Freud ya había considerado la posibilidad de una salida de la Melancolía que se distinguiría del trabajo de duelo, por su conclusión en el Inconsciente. Esa posible “cura” de la Melancolía podría tener relación con una supuesta satisfacción del Yo al valorarse mejor que el objeto. Según Heinrich, este proceso se realizaría a través de dos vías posibles: agotando la furia o asesinando al objeto. Esto podría generar una posible salida de la agresión y de la ira melancólica que no caería en contra del Yo, sino que canalizaría el odio hacia el objeto, asumiendo rasgos paranoicos. No tendría lugar un duelo por un objetopreciado, sino una desvaloración y asesinato del mismo: representaría un modo melancólico de “hacer un duelo”. El objeto se abandonaría – no como perdido - sino por reconocerlo carente de valor e indigno; por ello no sería necesario hacer un duelo por él.

Siguiendo con Heinrich, la Melancolía puede estar presente desde siempre, en forma latente, en la vida del sujeto. Asimismo, la pérdida del objeto no sería la “causa” de la Melancolía, sino su “objetivo” primordial (desesperadamente buscado), cuya meta es – finalmente – la de dar existencia a un objeto *inapropiable*. La *intención luctuosa* del melancólico, entonces, implicaría la oportunidad de establecer un vínculo con “algo” que, de otra manera, no podría apropiarse ni gozarse, porque se trata de un objeto *inasible* que tendría existencia sólo a partir de su status de “perdido”. A diferencia de la neurosis, pareciera que – en la Melancolía – se apuesta a la posibilidad de un abrazo absoluto, fusional, con el objeto, para alcanzar un encuentro *sin resto*. El vínculo estaría signado por la desmesura y una voluptuosidad oculta en la desesperación. Así se configura la *pasión melancólica*, como un intento de curación de la Melancolía. En este vínculo

se pone en juego la posibilidad de que el melancólico pueda subjetivarse al fin. La inscripción de esta “pérdida” podría darse en un plano traumático, ya que el melancólico está marcado por una imposibilidad estructural. Esta posibilidad no deja de ser extremadamente riesgosa por el peligro de un pasaje al acto suicida. Sin embargo, también puede generar un intento genuino de procesar un duelo pendiente, a “su” modo; es decir como una posible salida de la Melancolía.

El referente fundamental para esta vía de salida es, sin lugar a dudas, la posibilidad de entrar de lleno en un vínculo transferencial cuando sea factible una “pausa” o un momento de remisión en la crisis melancólica, dado que es imposible el surgimiento de una demanda de análisis mientras el melancólico permanezca inmerso en su apatía, porque su sufrimiento no es aún suficiente para conformar un síntoma signado por la angustia. Este momento de remisión no sólo conlleva un posible período de mejoría, sino el hecho de confrontarse con un deseo sin causa, que tanto puede orillar a la muerte como a una salida de su cruel padecimiento. El trabajo de análisis implicará, por lo tanto, apuntar a la constitución del objeto dentro del marco de un duelo primordial, para que sea finalmente cumplido. Así, podrán puntuarse las fallas y vacíos de sentido que emerjan en el discurso del melancólico, de tal manera que le faciliten la concreción del duelo fallido en un principio.

También, puede haber una “elección” – en el cúmulo de vivencias del melancólico – entre las cuales una se convierte, a modo de broche, en algo que puede guiar su vida: una obra fruto de su creación que, a su vez, termina conformándose como *sinthome* (como una especie de anudamiento), es decir, como palabra-acto que puede ser puntuado, interpretado como dador de sentido, que se levanta en lugar de la inercia, la apatía y la crueldad interior que lo subyuga. Desde ese necesario *pase* por la muerte, puede reencontrar (o constituir) al fin la subjetividad carente.

Si el melancólico llega a formular una demanda de análisis, es porque está colocando a su interlocutor en un lugar de confianza que posibilita la demanda y la oportunidad de una escucha en donde puede emerger un Otro (confrontado constantemente con lo insaciable) que instaura el inicio de un proceso de cura, facilitando la constitución del objeto. El analista se inserta en un horizonte de desmesura, en pos del mantenimiento de la transferencia, y en la imprescindible puntuación y marcación de cortes significantes cualificados por la amabilidad y la firmeza, pero poniendo en juego su propio deseo. En tanto que su palabra dé lugar al trabajo de creación, de sublimación y de confrontación con el peligro de la muerte misma del melancólico, será posible la realización del acto analítico.

Resumiendo, lo paradigmático del psicoanálisis – en confrontación con la actual ilusión de la existencia de sujetos satisfechos – es que se articula a partir del vínculo entre dos sujetos “en falta”. Esta “falta” radical que pone en evidencia encuentra espacios muy limitados en la sociedad actual, porque se intenta cubrir inexorablemente toda carencia o evidencia de error humano: no hay lugar para la locura, ni para el sufrimiento. De hecho, heredamos un modo “griego” de contemplar la locura, aunque muchos elementos fueron integrados híbridamente según los valores y características de cada cultura: lo “diferente” todavía causa temor, desprecio y desamparo.

A pesar de todo, las “fallas” de la angustia, de la depresión, de la locura, de lo “anormal”, de la Melancolía, siguen siendo vigentes. Pareciera que ciertos postulados del Renacimiento se siguen confirmando hoy; lo que equivale a decir que todo ser humano está concernido por la locura, por esa delgada línea que separa la claridad de la oscuridad y que, contemporáneamente, atemoriza y fascina. Estamos signados por la permanente virtualidad de una *grieta abierta* que nos habita. El gran riesgo está en querer limitar la causa de esta falla: para los griegos fue el atribuirla a los dioses; para nosotros está en asignarla a simples deficiencias químicas. Finalmente, esto conlleva renunciar al derecho irrevocable de cada ser humano de cuestionarse por su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAM, K., (1994³). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Lumen-Hormé.
- ALLOUCH, J., (2001). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. México: Epeele.
- ARISTÓTELES, [s. IV a.c.]. *Problemas*. Madrid: Gredos (2004).
- ASSOUN, P-L., (2003). *Lecciones psicoanalíticas sobre la angustia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CASANOVA, B., (1990). *Sobre la risa de Demócrito*. En *Artefacto 4*. (1993). México: ELP.
- CHEMAMA, R., (dirección), (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Definición de psicosis. Buenos Aires: Amorrortu.
- CUEVAS, J., (2005). *El objeto del duelo*. En revista electrónica *Carta Psicoanalítica*. Nº 6. Marzo 2005. En www.cartapsi.org
- FOUCAULT, M., (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica (2002²).
- FREUD, S., (1892-93). *Un caso de curación por hipnosis. Con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la "voluntad contraria"*. Obras Completas, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1893). *Manuscrito B. La etiología de las neurosis*. Obras Completas, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1893-95). *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud). Obras Completas, Vol. 2. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1894a). *Manuscrito D. Sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis*. Obras Completas, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1894b). *Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?*. Obras Completas, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.

- _____ (1894c). *Manuscrito F. Recopilación III. Obras Completas*, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1895 [1894]). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. *Obras Completas*, Vol. 3. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ [1896a]. *Manuscrito K. Las neurosis de defensa. (Un cuento de Navidad)*. *Obras Completas*, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1896b). *Carta 46. Obras Completas*, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ [1897]. *Manuscrito N. Obras Completas*, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1899). *Carta 102. Obras Completas*, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1900). *La interpretación de los sueños. Obras Completas*, Vol. 5. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1904 [1903]). *El método psicoanalítico de Freud. Obras Completas*, Vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1905 [1904]). *Sobre psicoterapia. Obras Completas*, Vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1905). *Tres ensayos de Teoría Sexual. Ensayo III. Obras Completas*, Vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1910). *Escritos breves. Contribuciones para un debate sobre el suicidio. Obras Completas*, Vol. 11. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1911 [1910]). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. Obras Completas*, Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1913). *La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de neurosis. Obras Completas*, Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu.

- _____ (1914a). *Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II)*. Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1914b). *Introducción del narcisismo*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1915a). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1915b). *La represión*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1915c). *Lo inconciente*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1917 [1915]a). *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1917 [1915]b). *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1916 [1915]). *La transitoriedad*. Obras Completas, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1917 [1916-17]a). *25ª Conferencia. La angustia*. Vol. 16. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1917 [1916-17]b). *26ª conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo*. Obras Completas, Vol. 16. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1917 [1916-17]c). *27ª Conferencia. La transferencia*. Vol. 16. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1917 [1916-17]d). *28ª Conferencia. La terapia analítica*. Vol. 16. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1918 [1914]). *De la historia de una neurosis infantil*. Obras Completas, Vol. 17. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1920). *Más allá del principio de placer*. Obras Completas, Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu.

- _____ (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras Completas, Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1923 [1922]a). *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido"*. Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1923 [1922]b). *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*. Obras Completas, Vol. 19. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1923). *El yo y el ello*. Obras Completas, Vol. 19. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1924 [1923]). *Neurosis y psicosis*. Obras Completas, Vol. 19. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1926 [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, Vol. 20. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1933 [1932]a). *31ª conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica*. Obras Completas, Vol. 22. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1933 [1932]b). *32ª conferencia. Angustia y vida pulsional*. Obras Completas, Vol. 22. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ [1937]. *Análisis terminable e interminable*. Obras Completas, Vol. 23. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1950 [1895]a). *Manuscrito G. Melancolía*. Obras Completas, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____ (1950 [1895]b). *Proyecto de psicología*. Obras Completas, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu.
- GALINDO, C. G. (1991). *¿Por qué la presencia del deseo habría de angustiar?* En *Psicología & Sociedad*. Nº 12 – Julio-Septiembre 1991. P. 9-11.
- _____ (2007). *De la representación objeto a la naturaleza y registro de la representación cosa, y su supuesta equivalencia*. En *Uaricha* en coedición con *Psicología & Sociedad*. Nº 9 – Marzo 2007. P. 39-46.
- HASSOUN, J., (1996). *La crueldad melancólica*. Rosario: Homo Sapiens.

- HEINRICH, H., (2003). *El fenómeno de la locura*. Seminario. Manuscrito inédito. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- _____ (2004). *Locura y Melancolía*. Seminario. Manuscrito inédito. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- JASPERS, K., (1913). *Psicopatología general*. México: FCE (1993²).
- KIERKEGAARD, S., (1844). *El concepto de la angustia. Simple investigación psicológica orientada hacia el problema dogmático del pecado original*. Madrid: Hyspamérica.
- LACAN, J., (1932). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI (2005⁹).
- _____ (1946). *Acerca de la causalidad psíquica*. En *Escritos 1*. (2005²⁴). México: Siglo XXI.
- _____ (1955-56). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. En *Escritos 2*. (2003²²). México: Siglo XXI .
- _____ (1955-1956). El Seminario, Libro 3. *Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós (2007).
- _____ (1956-1957). El Seminario, Libro 4. *La Relación de Objeto*. Buenos Aires: Paidós (2007).
- _____ (1958). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En *Escritos 2*. (2003²²). México: Siglo XXI.
- _____ (1960). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. En *Escritos 2*. (2003²²). México: Siglo XXI.
- _____ (1962-1963). El Seminario, Libro 10. *La Angustia*. Buenos Aires: Paidós (2007).
- _____ *Breve discurso a los psiquiatras*. Manuscrito inédito. 10 de Noviembre de 1967. Establecimiento del texto, traducción y notas: R. E. Rodríguez Ponte. Para circulación interna de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.

- _____ (1975-1976). El Seminario, Libro 23. *El Sinthome*. Buenos Aires: Paidós (2006).
- _____ *Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*. Seminario no publicado. Clase 4. Efectos de significantes. 11 de enero de 1977.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B., (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Dirección Lagache, D. Definición de psicosis. Barcelona: Paidós.
- MANNONI, M., (1970). *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*. México: Siglo XXI (2004¹¹).
- NASIO, J. D., (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa.
- PADEL, R., (2005). *A quien los dioses destruyen. Elementos de la locura griega y trágica*. México: Sexto Piso.
- PAOLA, D., (1995). *Locura o debilidad mental*. En Biblioteca electrónica. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires. En www.efba.org
- RABINOVICH, D. S., (2003). *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Sus incidencias en la dirección de la cura*. I. Buenos Aires: Manantial.
- ROUDINESCO, E. y PLON, M., (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- SLADOGNA, A., (2005). *El porvenir sin ilusión, y el deseo ¿qué?* En *Psicología & Sociedad*. Nº 3 – Julio 2005. P.
- Tratados Hipocráticos II [400 a.c.]. Sobre los aires, aguas y lugares – Sobre los humores – Sobre los flatos – Predicciones I – Predicciones II – Prenociones de Cos*. Madrid: Gredos (1997).
- VELÁZQUEZ O., J., (2005). *Síntoma... Cuerpo. Una encrucijada entre lo psíquico y lo actual*. En *Psicología & Sociedad*. Nº 3 – Julio 2005. P. 81-104.