



REVISTA
DES-NUDOS

MIRANDO AL ABISMO:

Duelos, melancolías y los nuevos rostros de la depresión

Margot Sherm
Venezuela-México

Luis Hornstein
Argentina

Luis Darío Salome
Argentina

Carlos Fernández
España

El Avismo, 1953
Óleo sobre tela, 95x70 cm
Manuel Rodríguez Lozano



Editorial


Las publicaciones en psicoanálisis siempre son un acontecimiento, no solo porque requiere sortear las dificultades que inexorablemente se presentan en el ejercicio de la escritura, sino porque a menudo los psicoanalistas se ven llevados a escribir más sobre sus tropiezos que sobre sus éxitos. Y es que siempre fue así, Freud encontró fecundo el acto de transmitir, primero a sus allegados y luego a un público más amplio, todo aquello que se oponía a las curas que dirigía, desde síntomas que en lugar de remitir se agravaban, fenómenos enigmáticos que contradecían sus elaboraciones, hasta el reconocimiento de maniobras mal calculadas. El descubrimiento freudiano es solidario de la puesta al trabajo a partir de lo que no anda.

Esta entrega recoge algunas de las elaboraciones presentadas y trabajadas durante nuestra *X Jornada Académica "Mirando al abismo: duelos, melancolía y los nuevos rostros de la depresión"*, distintas corrientes, tradiciones y modos de abordaje se encontraron para dar cuenta de su hacer con estas formas de presentación del padecimiento, mismo que interroga nuestra práctica, sea por la dificultad de establecerles en una única categoría diagnóstica, por la variabilidad y discreción de los signos, de su respuesta a los tratamientos, de su cada vez más acuciante urgencia en las consultas, etc.

Este segundo número sostiene la apuesta por la continuidad y el deseo de transmitir el interés por el psicoanálisis, contó para ello con el invaluable apoyo del Maestro Julio Tovilla, de Magnolia González y César Valdés, decididos impulsores del trabajo de Clínica Psicoanalítica. Nuestra gratitud también a Rosario Guerrero por su trabajo en la dictaminación y establecimiento de los textos.

¡Buena lectura!

Daniela Albarrán / Edgar Vázquez



Bodas del cielo y el infierno, 1996
Grafito y acuarela sobre papel, 56.5x42.5 cm
Arturo Rivera

Índice

Editorial Pag. #03

Argumento Jornada X Pag. #07

- *Mirando al abismo: duelos, melancolías y los nuevos rostros de la depresión* Pag. #08

Conferencias Magistrales Pag. #12

- *Las múltiples facetas clínicas de la depresión* Pag. #13

- *Cuando el deseo se apaga* Pag. #46

- *Mirando al abismo: psicoanálisis del breakdown* Pag. #60

- *Tristesa y rechazo del inconsciente* Pag. #72

- *Algunas consideraciones subjetivas respecto a la pandemia* Pag. #91

Abstracs Jornada X Pag. #101

- *Conversatorio: de las neurosis narcisistas a las neo melancolias* Pag. #102

- *La melancolía a lo largo de las generaciones* Pag. #104

- *Cuando la realidad supera a la ficción analítica* Pag. #106

- *Conversatorio 4 "Duelo y abatimiento hoy"* Pag. #109

- *¿De qué se trata el edipo?: articulación del deseo, el lenguaje y la sexualidad* Pag. #111

- *Depresión: psiquiatría, historia y psicoanálisis* Pag. #113

- *Tristesa y rechazo del inconsciente* Pag. #115

- *Del síntoma como vía al rechazo de la castración* Pag. #117

Historias con movimiento en imágenes Pag. #120

- *La casa de Jack: apuntes sobre el odio* Pag. #121

Cuéntame un libro Pag. #127

- *"Volver al duelo rueda" Duelo-Identificación-Objeto* Pag. #128

- *Reseña* Pag. #130

Argumento de la Jornada XI Pag. #134

- *Jornada XI "Malestar en la cultura en el siglo XXI: Violencia, Goce y Sexualidad"*. Pag. #135

La Suicida, 1952
Acuarela sobre cartón
42x29 cm
Emilio Baz Viaud



Argumento de la Jornada X

“Mirando al abismo: duelos, melancolías y los nuevos rostros de la depresión.”

Justificación General

En 1915 Freud describe el duelo como “...la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” Partiendo de dicha conceptualización la pérdida forma en sí misma un lugar de desconcierto y vacío en donde se comparte la experiencia de dolor. Pero mirar al abismo doloroso de la pérdida del objeto, en el cual estaba dirigida la pulsión, puede llevar a varios caminos que articulan a su vez distintas posiciones psíquicas defensivas ante la experiencia.

En el transcurso del siglo XXI la experiencia de pérdida es encontrada y hecha presente con mayor ímpetu gracias al momento histórico por el cual atravesamos. La aflicción deja resquicios dentro de la vida de los deudos y convoca a una tramitación o una elaboración, pero que en algunos sujetos se transforma en un paraje lleno de contratiempos y cubierto de un manto lleno de resoluciones que pueden inhibir la vida, a la vez que se acompaña de defensas o movimientos identificatorios con lo perdido, que impiden reasignar psíquicamente la investidura hacía otro objeto. Podemos pensar que lo que deja huella es el rastro libidinal de lo que se movió y desapareció. Sin embargo, el mismo Freud puntualizó que se muestra necesario identificar algunas características entre un duelo normal, en un duelo patológico y las especificidades que se requieren para distinguirlos de la melancolía para así lograr ver los puntos de encuentro y desencuentro.

De modo que, puntualizar los movimientos que entran dentro de los diversos modos elaborativos a los que puede llevarse psíquicamente para la tramitación de una pérdida se vuelve necesario para la comprensión clínica y la reflexión.

Darian leader señala en su libro “La moda negra” que en “En el duelo, lloramos a los muertos; en la melancolía, morimos con ellos” visibiliza las diferencias que encontramos en el curso que toma la muerte o la pérdida dentro del espectro psíquico o el escenario mental y que nos plantean la escucha de formas singulares con cada estructura psíquica que encontramos en los sujetos hoy. Esas uniones tan particulares forman campos de batalla que se vuelcan en momentos sobre el mismo sujeto como una guerra infinita que lo colma de afectos de insuficiencia, de vacío, de necesidad de dependencia con objetos destructivos o de estados llenos de estupor y angustia que oscilan hacia el encuentro con la plena pulsión de muerte.

Partimos de un estado histórico actual en donde no sólo la pandemia ha traído consigo la necesidad de visibilizar de nuevo lo que significa para el psicoanálisis el trabajo del duelo sino la posibilidad de profundizar e interrogarnos ¿qué es el trabajo del duelo?, ¿qué procesos identificatorios se dejan al descubierto en el duelo?, ¿cuáles son las nuevas salidas o los nuevos bordes que podemos articular de forma contemporánea al pensar en la depresión o la melancolía?, ¿es necesario repensar o rearticular la participación del narcisismo ante los duelos patológicos o al pensar en estados depresivos?, ¿qué soluciones sintomáticas se muestran en la actualidad clínicamente? y ¿qué encontramos hoy con el abatimiento y el duelo en los tiempos que vivimos?

Se presenta como un reto pensar en un recorrido tan extenso, sin embargo, el campo clínico hace uso de la escucha para desplegar la diversidad sintomática y de resoluciones que hoy en día se dan para darle frente a las experiencias de vacío y pérdida.

Presentar en esta jornada las caras que podemos ver de los duelos nos acercan a recorrer desde los parajes históricos del campo de la psiquiatría hasta el encuentro con el paradigma psicoanalítico para pensar en el duelo hoy desde lo traumático global derivado al covid, a reflexionar en las formulaciones narcisistas que abarcan un lugar distinto de escucha y trabajo clínico y en aquellos bordes que se encuentran hoy en el campo clínico, como lo son las adicciones, los trastornos alimenticios o las respuestas que rozan el borde del vacío.

Convocamos a colegas y practicantes del psicoanálisis a darse cita para escuchar en su intimidad el encuentro clínico y repensar las nuevas formulaciones de comprensión y de escucha a los pacientes hoy en día.

Si bien una pérdida puede ser experimentada por todos se impregna de forma singular y toma significado en el escenario mental de forma individual, así trazamos como uno de los objetivos de esta jornada pensar las propuestas contemporáneas y clásicas sobre la mirada clínica y teórica a la escucha de pacientes en pérdida.

En la ventana, 1950
Oleo sobre tela, 102x83 cm
José Clemente Orozco



Conferencias Magistrales

Las múltiples facetas clínicas de la depresión

Por Luis Holstein

Natanael Carrillo: La depresión es considerada la afección que causa en la actualidad más problemas de salud y discapacidad a nivel mundial. Pero es necesario pensarla desde una perspectiva psicoanalítica para que comprendamos y nos adentremos en sus diversas formas clínicas. Si bien Freud planteó que el yo siempre se encuentra exigido por mediar entre tres amos: la realidad exterior, el superyó y el ello, los afectos que traen a cuenta los estados depresivos nos remiten a reflexionar la forma en el que yo actúa y se ve aprisionado en algunos momentos particulares y para algunos sujetos. Ante tales exigencias se logra observar la inhibición ante la capacidad de disfrute y algunos se nos presentan ante nosotros con poca disponibilidad y posibilidad de ser un sujeto deseante. Dentro de una maquinaria actual sumergida en llevar al sujeto a la cabal relación con los objetos y el deseo por aquello que se imposibilita ante la ardua lucha por tener y sentirse completo en totalidad, parece que una afección como la depresión inunda la vida y aquellos espacios que se mostraban poblados de condiciones de vida ahora se denotan investidos de ilusionantes o incluso imposibilitando al sujeto de divisar a su futuro próximo. Los malestares actuales se notan marcados por algunas formas discursivas que nos remiten a pensar en las formas diversas que se presenta la depresión y en la clínica actual.

Damos la bienvenida al doctor Luis Hornstein, que nos presenta su conferencia magistral de inauguración titulada *Las múltiples facetas clínicas de la depresión*. El doctor Luis Hornstein es reconocido con el Premio Konex de Platino

Década 1996-2006. Es psicoanalista asesor del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y codirector junto al doctor Mauricio Goldenberg del Centro de Estudios Psicoanalíticos de Caracas. Presidente de la Fundación para el Estudio del Psicoanálisis, FUNDEP, profesor invitado de posgrado en diversas instituciones del país y del exterior. Autor de numerosos artículos y capítulos de libros publicados en revistas nacionales y extranjeras, entre ellos *Introducción al psicoanálisis, Cura psicoanalítica y Sublimación, Cuerpo. Histeria. Interpretación, Práctica psicoanalítica e histeria, Narcisismo, intersubjetividad y clínica, Las depresiones, autoestima e identidad, Las encrucijadas actuales del psicoanálisis, Ser analista hoy. Fundamentos de la práctica*. Cuenta con una amplia trayectoria y su influencia ha trascendido en diferentes escuelas psicoanalíticas. Ha impartido conferencias magistrales en diferentes partes del mundo. Bienvenido y muchas gracias, doctor Hornstein. Le cedo la palabra. Adelante.

Luis Hornstein: Me siento muy honrado de inaugurar estas jornadas. Agradezco a Monserrat y a sus compañeros de invitación. Los felicito por los temas difíciles que eligieron para esta convocatoria: *Nuevos rostros de la depresión Mirando el abismo. Pérdidas, dolor psíquico, neurosis narcisistas, psiquiatría, duelo, identificación, melancolía, naufragios, abatimiento...* A pesar de los temas que abordaré de que abordaremos en esta jornada, yo creo que implica cierta ilusión. Y que justamente necesitamos más que nunca, ideas, herramientas que se adecuen a una clínica que nos desborda, a una clínica donde la incidencia de lo sociocultural, el desempleo, la inseguridad, la marginación, la crisis de valores, agregando mediante la pandemia, el maltrato social, la pobreza creciente, la desocupación, el avance arrollador del narcotráfico y la no inclusión social. Todo factores que incrementan en forma exponencial el riesgo de depresión. Titulé mi ponencia como *Las múltiples facetas clínicas de la depresión*. Multiplicidad que se opone a la tendencia unificadora de la industria farmacéutica, y es por eso que el subtítulo de

un libro que le dediqué a las depresiones los fue "Afectos y humores del vivir". Yo creo que una de los combates, por decirlo en un término, tal vez bélico, pero es bélico, es con la industria farmacéutica en el campo de las depresiones, que pretende, mediante un reduccionismo biologicista, abolir las problemáticas subjetivas. Por lo cual, evidentemente, los laboratorios proponen soluciones mágicas, píldoras de la felicidad. Generando una ilusión donde se desprecian los afectos, los duelos, las identificaciones, las historias singulares.

Depresión y tristeza no son lo mismo. La depresión implica descenso de la autoestima. La tristeza no es medicamento, salvo que asuma un carácter muy extremo. El DSM, que es la expresión tal vez de la de la psiquiatría más descriptiva, ustedes saben que cuando Freud salió al ruedo y trató de definir lo propio del psicoanálisis, lo que definió es que el psicoanálisis pretende hincar hasta la raíz del conflicto. Es decir, lo que los psicoanalistas pretendemos cuando abordamos una depresión, es entender los los múltiples conflictos que habitan la vida de este sujeto. Afectos y humores del vivir y no apelar al reduccionismo biologicista que pretende convertir la depresión en algo solamente solucionable a través de las píldoras de la felicidad. El DSM-IV no tiene en cuenta individuos y no síndromes, es una clasificación atórica y descriptiva ya que se limita a describir. Yo diría ¿cuál es la constelación conceptual que nosotros, los psicoanalistas de las distintas corrientes, tenemos que privilegiar para dar cuenta de la depresión? La relación yo-superyó-ideal del yo, los baluartes narcisistas, la modalidad de tramitación de los duelos y traumas pasados y presentes, los efectos de la vida actual y de los proyectos personales y compartidos en las valoraciones del yo.

Cuando yo insisto en las múltiples facetas clínicas de la depresión y la multiplicidad de conflictos que debemos abordar, siempre atendiendo a la singularidad de cada persona, cuyo sufrimiento es predominantemente debido a la depresión

tenemos ante todo que considerar cuáles son los motivos de consulta en las depresiones. Primer rubro: estados de ánimo y afectividad, tristeza, baja, baja autoestima, auto reproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, tensión, irritabilidad e inhibiciones varias, todo esto hace a los estados de ánimo. A nivel del pensamiento, dificultades en la concentración, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y valores, pensamientos suicidas. Pero también lo que cada vez toma más relevancia son, lo que se llamaba anteriormente depresión enmascarada, que son las manifestaciones somáticas de la depresión. ¿Cuáles son las más frecuentes? Alteración de funciones como el insomnio, la hipersomnia, el aumento o disminución del apetito, disminución del deseo, dolores corporales, cefaleas, lumbalgia y síntomas viscerales, principalmente gastrointestinales y cardiovasculares. Pocas veces el varón expresa la alteración del estado de ánimo a través del síntoma psíquico, tristeza o ideación depresiva. Los estados depresivos pueden aparecer a propósito de cualquier alteración somática, pero habría que considerar tres puntos de vista en la articulación cuerpo-mente: la depresión como posible causa de trastornos somáticos, la depresión como trastorno resultante de una enfermedad crónica y tercero, como factor que condiciona la evolución de una enfermedad somática, es decir, tanto la depresión como causa de enfermedades somáticas, la depresión como resultado de enfermedades somáticas y la depresión como alterando el pronóstico de una enfermedad.

Yo quiero recuperar para el psicoanálisis la idea que Freud en 1932 dice que en los primeros años de su teorización se dedicó a lo reprimido y que a partir de *Introducción del narcisismo* empieza a privilegiar lo represor. ¿Cuáles son, para la depresión, los grandes descubrimientos que Freud introduce cuando introduce el narcisismo? Primero, la problemática de la autoestima, que como ustedes verán y sabrán desde siempre es una clave para un conflicto nuclear, propio de la depresión, es un síntoma absolutamente frecuente en un trastorno depresivo. La elección narcisista de objeto. Cuando

Freud escribe *Introducción del narcisismo*, dice que una de las formas en que la gente se resuelve su problemática es a través de una elección narcisista. Lo que también dice es que el gran problema es que genera una invalidante dependencia del objeto amado, esa llamada curación por el amor. ¿En qué consiste, para Freud, en 1914 la autoestima? Es un compuesto, es un complejo, diríamos hoy. Si abordamos el psicoanálisis desde el paradigma de la complejidad, tiene que ver con la infancia, tiene que ver con las realizaciones personales, con la trama de realizaciones significativas. Pero también, aunque Freud no enfatiza, con los proyectos individuales y colectivos que desde el futuro hacen y permiten invertir el presente. Esta problemática se ha agudizado, exacerbado con la pandemia que estamos padeciendo y que tal vez dejemos de padecer en poco tiempo, pero que tiene que ver con la imposibilidad de invertir el futuro y con la depresión consecuente en aquellas personas que sienten irrealizables sus propios proyectos.

Si podemos pensar el psiquismo como un sistema abierto, qué es lo que Freud propone en *Duelo y melancolía*, El eje de duelo y melancolía es que Freud diferencia el duelo normal del duelo patológico. En el duelo normal hay una pérdida de objeto, esa pérdida del objeto pasa a ser, a través de la introversión elaborada y lograr revestir después de un tiempo, un nuevo objeto. Sin embargo, cuando se da el trípode que hay una pérdida de objeto, ambivalencia y elección narcisista, es como si continuara como una novela policial lo que había dicho un año antes en *Introducción del narcisismo*, cuando la pérdida de objeto ya no es solo una pérdida de objeto, sino que supone una pérdida en el yo. Pero porque ese objeto había sido erigido sobre una base narcisista; es decir, cumplía para ese sujeto una función tanto en el tema de la identidad como de la autoestima. Entonces, si me permiten una pequeña licencia, Freud dice "la sombra del objeto cae sobre el yo" y yo diría, para ser más contemporáneo, "el brillo del objeto disimulaba una sombra que existía entre el superyó y el yo". Ante la pérdida de objeto, esa sombra que el objeto disimulaba porque al ser una elección narcisista,

cumplía para ese sujeto una forma de compensarlo. Ustedes recuerdan que la autoestima para Freud tenía, como les dije antes, tres ejes: la historia infantil, la historia de las elecciones de objeto y los logros yoicos.

Cuando estamos en presencia de una depresión melancólica, del duelo patológico propio, de una depresión que va a conducir eventualmente a una pérdida no solamente de objeto, sino una pérdida del yo, es que ese objeto cumple una función importante en el equilibrio narcisista de esa persona. Por eso Freud dice en el duelo el mundo se vuelve pobre y vacío, en las depresiones, la pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo, y es el yo el que se empobrece narcisísticamente. Y entonces, si pensamos en el duelo, tres componentes: pérdida de objeto, ambivalencia y elección narcisista, hay un duelo patológico propio de los obsesivos, que tiene que ver con la pérdida de objeto y la ambivalencia. Pero cuando se le agrega una elección narcisista, ese duelo se puede complicar con un descenso de la autoestima en la medida en que ese objeto contribuía a sostener la autoestima. En un duelo, el sujeto es acosado por todos lados, por un lado está la pérdida, por otro lado está la función narcisista del objeto que cumplía una función en el sostenimiento de su autoestima y por la ambivalencia.

Es importante esto, porque para mí hay todo un debate actual que es a qué llamamos elección narcisista. Yo llamaría elección narcisista, no tanto como Freud postulaba, *Introducción del narcisismo* lo que uno es, lo que uno fue, lo que uno ve reflejado en el otro o el ideal, sino que yo diría que excede elección narcisista, hoy tendría que ver con qué función cumple el objeto en la economía narcisista de esa persona. En ese sentido, creo que alguien puede elegir, un fóbico, por ejemplo, una persona contra fóbica, que cuando pierde a esa elección surge en él una cantidad de temores. Quiero decir, que acá se pone en juego las relaciones complejas entre el ser, registro identificatorio y el tener, registro

objetal. Entonces el texto *Duelo y Melancolía* por primera vez inaugura no solamente que la pérdida de objeto puede deberse a qué significa el objeto para lo inconsciente, sino qué función cumplía el objeto en cuanto a la pérdida que produce una alteración del propio sujeto. Esto es decir, que produce lo que se llamaría una autoorganización de la subjetividad.

Introduzco *Introducción del narcisismo* al mismo tiempo y planteó la problemática de que cómo se va modificando la teoría freudiana a partir del '14, porque a partir del '14 mucha gente dice "Freud sólo se ocupó de los trastornos neuróticos", sin embargo, después del '14 toda el interés conceptual de Freud pasa a ser la esquizofrenia, la paranoia, la hipocondría, la melancolía, el masoquismo, el fetichismo, las inhibiciones, es decir, patologías que ya no conciernen sólo al inconsciente reprimido, sino tanto al yo como el superyó. Eso me llevó a mí a hablar de cuatro patologías narcisistas en una donde está en juego la identidad, tanto en la esquizofrenia como en la paranoia, como en los borderline. Otra donde está en juego la autoestima, como las depresiones, y otra donde está en juego la no aceptación de la alteridad, donde el otro no es visto como otro, no hay una construcción del otro. Y por último, lo que yo llamaría clínica del vacío, que es donde se produce una pérdida de las funciones yoicas y son todas las problemáticas tan frecuentes hoy en la clínica, que son las inhibiciones, inhibiciones intelectuales, inhibiciones corporales, inhibiciones en cuanto al vínculo con los demás, inhibiciones sexuales. Pero todas esas patologías ya no solo tienen que ver con el retorno de lo reprimido, sino con conflictos ligados a la problemática del yo y del superyó. Por eso, cada vez más, yo pretendo ampliar, cuando se dice que la meta del psicoanálisis es hacer consciente lo inconsciente, yo diría ¿de qué inconsciente hablamos? Porque el inconsciente reprimido desde la segunda tópica va a ser lo inconsciente. Lo inconsciente incluye tanto el ello como inconsciente, ligado a la especie, el inconsciente reprimido, el inconsciente inconsciente del yo y lo inconsciente del superyó. Así que creo que cuando abordamos nuestra práctica sigue siendo vigente,

que hacemos consciente lo inconsciente, pero no sólo lo lo inconsciente reprimido, sino lo inconsciente que está ligado a la historia constitutiva del yo del superyó. Por ejemplo, Freud llega a decir que el superyó no es una abstracción, sino una constelación estructural. Y en la última parte de su obra, es decir, a partir del año '14, empieza a hablar de patologías del superyó.

Es decir, tanto el superyó de la neurosis obsesiva, de las depresiones y del masoquismo es un superyó que es puro cultivo de pulsión de muerte. Pero muchas veces se ha tomado esta formulación de que el superyó es puro cultivo de pulsión de muerte como un universal, olvidándose que Freud también habla del superyó en el trabajo sobre el humor, diciendo que el superyó también internaliza aspectos de la benevolencia y de la mirada consoladora de los padres, llega a decir en el año '23 que es la conducta del superyó lo que decide la gravedad de las neurosis. Con esto lo que quiero enfatizar es el énfasis desmesurado en el post freudismo, confundiendo lo inconsciente con el inconsciente reprimido, sin abordar tanto lo inconsciente del yo como del superyó. Cualquier frustración narcisista puede precipitar una depresión al producir un colapso parcial o completo de la autoestima, el humor deprimido, la inhibición, la pérdida de interés o satisfacción, el pesimismo, la impotencia, el fracaso, la vivencia de fracaso, son propios de la de síntomas propios de las depresiones. Y la terapia de la depresión no consiste, como algunos podrían suponer, en reforzar el superyó, sino como Freud lo dice en *Análisis terminable e interminable*, en desmontar el superyó hostil, en hacer consciente la historia de constitución del superyó, eso de desmontar el superyó hostil, en las depresiones, por supuesto, en la neurosis obsesiva, en el masoquismo, es un eje central de nuestro trabajo analítico.

Freud tuvo dos maestros: Charcot y Bernheim. Con Charcot Freud aprendió a describir, con Bernheim, aprendió a curar, pero Freud pretendió ir más allá de ser alguien que describía los pacientes, como Charcot, y que tenía un furor curandis, como Bernheim. Para Freud el eje del psicoanálisis es abordar las problemáticas tratando de dar cuenta de los conflictos que generan los síntomas y los conflictos que generan las manifestaciones, las formaciones del inconsciente y las formaciones de compromiso. Yo creo que cuando uno hoy pretende situarse en la actualidad del psicoanálisis, lo que está en juego son las diversas experiencias clínicas que uno pudo haber tenido, si con pacientes más graves o con pacientes neuróticos, las distintas lecturas, si uno pretende un pluralismo crítico y no suponer que todo el psicoanálisis está contenido en ningún autor, ni siquiera en Freud, sino que hay que abordar lo no trivial de la literatura posfreudiana. Pero también, y esto es fundamental en mi concepción y en la de muchos, es cuál es el horizonte epistemológico dentro del cual pensamos el psicoanálisis y suponemos y aspiramos a que el psicoanálisis se inscriba en el paradigma de la complejidad, ese paradigma de la complejidad, implica considerar que cuanto más complejo un sistema es, y el sistema psíquico es complejo, más lugar juega el azar, más lugar tiene el azar. Es decir, que las series complementarias no sólo se refieren a la historia infantil, no solo lo genético, si no la historia actual.

En esta pandemia, tal vez en forma brutal, se hizo evidente la importancia de la realidad actual en el padecimiento de nuestros pacientes. O sea, ¿cómo poder pensar dentro del horizonte epistemológico? El sujeto no como un ser, sino como un devenir, ¿cómo pensar una historia que no sea sólo lineal, sino recursiva? No sólo el pasado condiciona al presente, sino el presente permite reescribir, potenciar ciertos aspectos del pasado. ¿Cómo pensar el aparato psíquico? Y esto para mí es crucial y es una de las cuestiones que se juegan en las depresiones. El psiquismo como un sistema abierto, donde los duelos, donde los traumas, donde las pérdidas, los proyectos, las ilusiones o las no ilusiones pueden generar

un padecer depresivo. Por último, la autoorganización del psiquismo, como la historia de constitución del psiquismo, no está solo condicionada por la historia infantil, sino por una cantidad de situaciones que el sujeto transcurre y tiene que tramitar: la pubertad, la adolescencia, el tener hijos, el tener que exiliarse, el vivir situaciones traumáticas, etcétera. Las depresiones interrogan acerca del futuro, también acerca de los logros, los valores, de la intersubjetividad y la historia de realización total.

Algunos dicen que Freud no describió la depresión como algo estructural. Me voy a permitir citar a Freud en 1924 cuando dice "afecciones, en cuya base se encuentra un conflicto entre el yo y el superyó. El análisis nos da cierto derecho a suponer que la melancolía es un paradigma de este grupo, por lo cual reclamaría para estas perturbaciones el nombre de psiconeurosis narcisistas". Freud en ese trabajo describe que lo predominante en las neurosis es un conflicto con el ello, sabemos que es una definición un poco esquemática, que lo predominante en la psicosis es un conflicto con la realidad, pero que lo predominante en las depresiones es un conflicto del yo con el superyó. De ahí entendemos los vasallaje del yo y las tres angustias diferenciales por las cuales puede haber angustia real ante lo traumático de la realidad, angustia neurótica ante el retorno de lo reprimido, pero angustia frente a la pérdida de amor del superyó. Estos vasallaje del yo permiten pensar la subjetividad con cuatro instancias yo, ello, superyó y realidad, las relaciones del yo con las tres instancias nos hablan de su vasallaje. Cuando abordamos las depresiones no hay duda que el vasallaje o el padecimiento mayor está en un yo que al perder el amor del superyó, siente baja su autoestima. Esto puede ser por un yo poco investido narcisísticamente, por un sistema de ideales muy desmesurado, ideales más que de vida, de muerte o por un superyó que no permite ningún alejamiento con respecto a lo que ese sujeto debiera ser. Lo que quiero decir, entonces, es que la angustia frente a la pérdida de amor del superyó se da tanto en las depresiones como en la neurosis obsesiva.

Lo predominante en las neurosis obsesiva es la culpa por las fantasías de no haber cumplido con mandatos superyóico.

En muchas veces se escucha decir que tal persona es muy narcisista o poco narcisista, y yo me permitiría diferenciar si estamos hablando de la clínica o de la metapsicología, porque si se habla de un paciente muy narcisista cuando a nivel de la clínica necesita mucha atención por parte de los demás o está permanentemente cuestionándose, ya sea sobre su identidad o sobre el valor del yo. Pero desde el punto de vista metapsicológico, ese sujeto no le sobra narcisismo, le falta, por eso necesita la aprobación de los demás, necesita la permanente aprobación. Es interesante diferenciar que cuando dice alguien es muy narcisista, tenemos que diferenciar el monto de narcisismo, nivel de la clínica, del monto de narcisismo a nivel de la metapsicología. Yo creo que la clínica de las depresiones no puede ser abordada sino desde el paradigma de la complejidad, que cualquiera de nosotros que atiende o alguien que tiene un padecimiento ligado a la depresión –desde ya puede haber un desequilibrio neuroquímico en las depresiones graves donde sí están indicados los psicofármacos antidepresivos–, pero lo que siempre hay es la acción conjunta de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y los conflictos humanos, las condiciones históricas, sociales y las vivencias. Porque hay que pensar si pensamos en la subjetividad como un sistema abierto, que estamos sostenidos efectivamente por la historia, por los vínculos, por los logros, pero también por lo histórico social.

Y acá aparece, por lo menos para mí, una urgencia en criticar cierta concepción solipsista del psicoanálisis, donde se supone, por así decir, que la subjetividad, es producto de los primeros años de vida y luego el resto es pura repetición, como si no interviniera en la historia desde el punto de vista conceptual. La historia actual, los duelos actuales, las sublimaciones, los logros. Lo actual, creo

que en el psicoanálisis contemporáneo, y desde ya mucho más en esta pandemia que desde hace dos años estamos padeciendo, ocupa un lugar central en la comprensión que tengamos del padecer de nuestros pacientes, no sólo en las depresiones, en todas las problemáticas. Si yo tuviera que enumerar en esta multiplicidad clínica de las depresiones, cuáles son los síntomas más frecuentes. Diría que es la baja autoestima, el pesimismo, el aislamiento social, la pérdida de interés y energía, la irritabilidad, la indecisión y el insomnio. La depresión también está muy vinculada con el abuso de sustancias que forman un círculo vicioso, pues es un intento de liberarse de la depresión pero el daño que ese abuso de sustancias ocasiona acentúa la depresión, disminuye la posibilidad de tener vínculos, de tener logros, de tener experiencias actuales que neutralicen las fallas narcisistas que cada quién arrastra desde su historia infantil. ¿Qué tiene un depresivo?, ¿un déficit afectivo de logros, de narcisismo?, ¿de la combinación?. Me voy a permitir volver a Freud y definir junto con él cómo es el sentimiento de sí, él dice que una parte del sentimiento de sí es primario, es el residuo del narcisismo infantil. El residuo del narcisismo infantil tiene que ver con cómo fue narcisizado ese niño a lo largo de su historia. Otra parte brota de la omnipotencia corroborada por la experiencia, el cumplimiento del ideal del yo –estoy casi citándolo literalmente. Y una tercera, de la satisfacción de la libido objeto, o sea que esta complejidad del sentimiento de sí tiene que ver con la historia, con lo actual dentro de lo actual, con los vínculos y con los logros.

Lo que Freud no introdujo y creo que todos nosotros hoy no podríamos dejar de lado, son los proyectos. Alguien puede tener una historia infantil con mucho padecimiento narcisista, puede tener logros satisfactorios a nivel de su vida actual, puede tener vínculos de objeto, pero le han amputado la posibilidad de proyectarse en el futuro y muchos pacientes depresivos, sobre todo jóvenes, en mi país en particular, que se ha convertido en un expulsor de la gente joven. Un país que históricamente era un país que atraía la migración, atraía

la migración de la posguerra europea e incluso de países latinoamericanos, hoy está expulsando. El paso previo a esa expulsión es la imposibilidad de invertir un futuro en cuanto a realización de proyectos, es la imposibilidad para que ese joven, tenga educación universitaria o no tenga, de algún día aspirar a una vivienda, a poder diferenciarse de los padres, a poder, si es un profesional, tener un ejercicio de acuerdo a sus ideales y no tener que, en el caso de los médicos, atender 12 pacientes por hora, porque esas son las exigencias de la prepaga, en el caso de los abogados, tener que aprender a cómo coimear o pasar comisiones a los jueces en lugar de estudiar el sistema legal para la cual fue formado.

Según la teoría psicoanalítica clásica, la depresión oculta una agresividad con el objeto perdido, Freud decía, en el fondo lo que se autoagrede es porque se agrede el objeto. *Duelo y melancolía*, fue escrito en 1915, después Freud desarrolló una teoría de la identificación mucho más compleja y una teoría del superyó y desde ya de la pulsión de muerte donde efectivamente esa agresión es una agresión, ya no por el objeto perdido, sino por las agresiones que padeció ese propio yo en su constitución o por el monto de exigencias de los ideales y del superyó. Por eso Kristeva dice que lejos de ser un ataque oculto contra otro imaginado, hostil por frustrante, la tristeza quizá sea la señal de un yo primitivo, herido, incompleto, vacío; es decir, Kristeva piensa en la depresión propia de los duelos patológicos, ya no como un ataque hacia al yo identificado con un otro actual, sino al yo como producto de una historia identificatoria, donde en esa historia identificatoria hubo déficit en la narcisización, o en una historia identificatoria donde se construyó un superyó tanático que le exige permanentemente hostil hostilidad.

Por eso yo decía que prefería formular, para ser más acorde con la clínica, no tanto que la sombra del objeto se internalizó y que el yo no hace más que castigar al objeto, sino que la pérdida del objeto neutralizó un brillo

que el objeto le daba a una sombra pre-existente entre el superyó y el yo.

He trabajado mucho porque hay una especie de paradoja en donde se supone que la depresión es más frecuente en las mujeres, sin embargo, se suicidan cuatro veces más hombres que mujeres. La depresión masculina está más enmascarada que la femenina y puede pasar inadvertida cuando se manifiesta como anorexia, astenia, violencia, dolores musculares, adicción al trabajo, cefaleas, insomnio, pérdida de peso. Al hombre, en Latinoamérica en particular, le es más difícil identificar las emociones propias y expresarlas y solo expresan los síntomas físicos del malestar. En ese sentido, vale la pena hablar también de la depresión masculina como una depresión enmascarada y que es poca vez, pocas veces, por así decirlo, se expresa a nivel psíquico y muchas más veces a nivel somático o de ciertas actitudes de este tipo de sociales o de violencia o de irritabilidad. Yo creo que dejaría un espacio para ver si puede haber preguntas y luego tal vez retomaría el tema de la autoestima como un eje, como lo que yo definí en algún momento, como el conflicto nuclear de las depresiones.

Montserrat Bolaños: Claro que sí, doctor. Si gusta, le voy haciendo lectura de las preguntas que nos van llegando poco a poquito, alguien pregunta ¿cómo transformar el sentimiento de sí? O sea, cuando usted mencionaba la autoestima, el sentimiento de sí, de qué es lo que cae, dentro de las depresiones, como un punto de anclaje necesario para definir las.

L.H: Cuando uno está frente a un paciente se le despliega una historia, una historia de quien fue como como niño para sus padres, una historia de cuáles son sus aspiraciones actuales en relación a los logros, una historia de cuáles son los vínculos actuales, cuáles son los duelos que tuvo que tramitar y qué efectos dejó, entonces nuestro trabajo es ayudarlo a que no padezca tanto de ciertas exigencias, que pueda simbolizar de otra manera las limitaciones actuales, que

puede incluso vincular cuánto de lo que está padeciendo tiene que ver con sus propias incapacidades y cuánto tiene que ver con las limitaciones que el maltrato social le está generando. Por ejemplo, un jubilado en mi país que ha trabajado 30 años, cobra \$150, nadie puede vivir en Argentina con \$150. Ese hombre, por supuesto, tiende deprimirse porque ya no solamente se siente no reconocido por la social a partir de esa miserable suma que, después de 30 años de trabajo, le devuelve al Estado sino que no tiene autonomía, depende, en el mejor de los casos, de los hijos. Y yo digo, si fuma a veces tiene que pedirle un cigarrillo a la nuera, ¿no? Entonces ahí lo vemos claramente, cómo el maltrato social puede generar un déficit en cuanto al sentimiento de estima de sí, cómo lo social influye.

Freud decía en su momento, equivocadamente, yo creo que alguna vez lo hablamos, que La mujer es más narcisista que el hombre, se equivocó Freud. En la Viena de 1914 la mujer dependía mucho más que el hombre de la elección de objeto, pero el hombre es más narcisista que la mujer, en cuanto a los logros teóricos. Un señor que nos viene a ver a los 60 años porque no puede sostenerse económicamente o porque fracasó en su trabajo, porque como está pasando últimamente, a mucha gente después de los 50 años ya no puede insertarse laboralmente. Las mujeres en general vienen por fallas en el circuito familiar, porque las hijas o los hijos no pudieron armar una familia. En fin, lo que quiero decir es que la circulación de la realimentación narcisista es diferente todavía hoy en las mujeres y en los varones, ¿no es cierto? No es verdad que la mujer es más narcisista que el hombre, sino que circula el narcisismo de la mujer más por el mundo objetual de los vínculos, mientras que el del hombre circula más por los logros teóricos. Pasamos a otra pregunta, pero esta es una tarea de todos los días, plantearnos permanentemente, sobre todo cuando el sufrimiento primordial de un depresivo : "¿Cuánto valgo? No estoy a la altura de lo que aspiraba tanto mis padres como yo mismo, como mi mujer, como mis hijos. Ven en mí a alguien que es poca cosa". Esto es lo

propio de la depresión, así como lo propio de un *borderline* es problemas acerca de la identidad. Lo propio de la depresión es la ansiedad por no estar a la altura de las exigencias de su ideal y de su superyó y muchas veces justamente hay que sustituir, como diría Pierre Daniel, la causalidad interpretada por la causalidad demostrada; es decir, ese señor que a los 60 años no consigue reinsertarse laboralmente y lo atribuye a como decía papá y mamá, "yo soy un inútil" y no se da cuenta que es una problemática social o predominante. Nadie se reinserta, por lo menos en mi país, laboralmente, después de los 50 años.

M.B: Bueno, y creo que también es una situación de Latinoamérica. ¿Acá también es complejo, no?

L.H: A pesar de que viví en Venezuela y de alguna manera tengo algún contacto con gente de México, prefiero no ser expansionista, sino referirme a mi experiencia cotidiana en Argentina, hoy la desocupación ronda el 30 o 40% y la subocupación, los índices de pobreza han ascendido a los niveles propios de Latinoamérica. ¿Y entonces, qué efecto tienen estas problemáticas sociales en cuanto a la autoestima de un individuo? ¿Qué pasa tenemos que trabajar y hacerle ver a alguien que eso que le está pasando no tiene que ver con sus fallas o su déficit en cuanto a logros, si no con situaciones que lo trascienden?

M.B: Me quedaba incluso pensando en lo que mencionaba de las series complementarias. Creo que dentro del psicoanálisis, dicen que es como regresar y repetir y reelaborar, pero también ponerlo en la actualidad, ¿no? Freud decía las series y creo que son un pilar para comprender incluso lo traumático actual y sumarlo y no dejarlo de lado. Esto que menciona como lo social.

L.H: Acá voy a hacer una complemento, Freud le da a la realidad el lugar de una instancia cuando escribe *El yo y el ello*, por eso habla de los tres vasallajes. El posfreudismo tendió al

solipsismo, a pensar que un sujeto es producto de su historia infantil, por eso muchas veces se confunde historia con historia infantil, Freud decía que el Edipo como tal condensa la historia infantil e irradia hacia el desarrollo ulterior. Muchos psicoanalistas se quedaron con la primera parte y la pubertad sería lo que hoy llamaríamos bucles de auto recursividad. La pubertad, el trabajo, el ejercicio de una profesión, el ejercicio de la paternidad, tener problemáticas... Hoy en día es muy frecuente que muchos padres se sienten fracasados porque sus hijos tienen abuso de sustancias, además del alcoholismo y lo sienten como una falla propia, cuando es fácil de entender que hay una cantidad de condicionamientos culturales, sociales y de falta de propuestas, de realizaciones personales que hace que esos jóvenes se han vuelto consumidores. El tema de la realidad creo que en Latinoamérica, creo que además con la pandemia, tiene que ser privilegiado cada vez más y eso remite a cómo pensamos la historia y cómo pensamos las series complementarias y qué lugar le asignamos a lo actual y al futuro. En cuanto a la producción de sufrimiento.

M.B: Si voy a leer otra pregunta: La depresión es uno de los trastornos que se clasifican en el DSM. ¿Es compatible esta clasificación psiquiátrica con la teoría psicoanalítica? ¿O podríamos concebirlo en otros términos, como por ejemplo el de la melancolía?

L.H: Mira, el DSM es un comienzo descriptivo donde habla de cuatro depresiones básicamente la depresión mayor, por así decirlo, la distimia como una depresión menor, el trastorno bipolar, que curiosamente antes existía, el trastorno bipolar uno y dos, ahora hay hasta seis trastornos bipolares. Esto es producto de la influencia de la industria farmacéutica y que muchos psiquiatras viajan en clase ejecutiva extendiendo la bipolaridad. Hoy hay bipolaridad hasta en la sopa y personas que a lo sumo son ciclotímicos, que sería la 4.^a categoría, que son pequeñas oscilaciones del estado de ánimo, son clasificados como bipolares porque eso los convierte en clientes cautivos de la industria farmacéutica para toda la vida.

Entonces, el DSM es un punto de partida. Yo diría que lo que pretendemos nosotros como psicoanalistas es no manejarnos sino como punto de partida con esas categorías diagnósticas, pero luego entender cada depresión como un copo de nieve que tiene que ser desentrañado en su singularidad. Esto es propio del psicoanálisis, no pensar a los sujetos con categorías nosográficas, sino que la nosografía es solo un punto de partida para orientarnos. Y el DSM en particular no habla nunca de causas, hace inventario de síntomas, en ese sentido, la propuesta de Freud de hincar hasta la raíz del conflicto, eso es lo que el DSM no hace.

M.B: ¿Cómo distinguir entre un duelo normal y un duelo patológico, depende de la estructura de la personalidad del sujeto?

L.H: Es muy interesante. Primero voy a decirte algo, desde el punto de vista clínico hay que tenerlo, por lo menos para mí, muy claro, todo duelo empieza siendo un duelo patológico. Es decir, si una persona me viene a ver y hace seis meses que se separó y dice "no sé quién soy, no valgo nada". Bueno, es un duelo normal, hay un trabajo de duelo, y lo llamaríamos duelo patológico. Si después de cierto tiempo, esto ya lo decía Freud, él daba dos años de tramitación de ese duelo, continúa la sensación de que esa pérdida, tanto objetual como relacional, algunos consiguen resarcirse de esa pérdida. Yo diría que también hay una idealización del trabajo de duelo, hay duelos que nunca se elaboran. Freud tenía el modelo de la pareja, de la pérdida de una pareja, uno pierde al objeto, se inviste en la fantasía y reenviste un objeto sustitutivo. Ahora, uno pierde al padre y no reenviste a otro padre. Hay una cosa un poco esquemática, porque no se entiende que la teoría de Freud estaba en medio de la teorización del yo y el superyó. Si es verdad que en una persona que se sostenga narcisísticamente en forma muy significativa en su autoestima y en su identidad, corresponde a su propia historia previa a la pérdida. Pero después tendríamos que diferenciar duelos inelaborables, por ejemplo, ese circuito de pérdida de objeto, invertir la representación del

objeto y después de un trabajo de fijación, poder reinvestir otro objeto, es válido. Ahora, ¿cómo se pone esto?, ¿Cómo se pone a valer esta concepción cuando estamos hablando del padre, de la madre o ni pensar de un hijo? He de aclarar que la diferencia entre duelo normal, duelo patológico tiene que ser matizada y también debe considerarse la magnitud y la reiteración de duelos. Quiero decir, esa persona de 35 años que acaba de perder su condición laboral, la mujer lo deja porque ya no puede sostener una familia, los hijos lo aborrecen... ya depende de la magnitud y cómo se fueron encadenando las pérdidas. Quiero aclarar también que Freud, para atenderme por un momento a la obra freudiana, él hablaba de duelo patológico también en los obsesivos, cuando el monto de ambivalencia hacia el objeto perdido es muy grande, entonces duelo patológico. Aclarando que yo nunca calificaría de duelo patológico, sino después de un tiempo de tramitarlo y que muchas veces, desde ya, tiene que ver con la historia personal, pero muchas veces con la magnitud de los traumas, de las pérdidas, del maltrato social, etcétera, etcétera.

Pregunta: En el paciente psicossomático algo se quedó sin construir, sin mentalizar. ¿Hay una falla psicossomática?

L.H: Había una teoría anterior que tuvo mucha difusión: que en el paciente psicossomático. había un déficit de simbolización. Hoy en día, como diría Joyce McDougall, todos terminamos siendo pacientes psicossomáticos. En el caso específico de la depresión, para poner un nuestro eje de hoy, es verdad que hay estudios epidemiológicos muy serios que muestran cómo una persona cuyo estado depresivo lo hace más propenso a enfermedades de todo tipo, desde problemas cardiovasculares, gastrointestinales hasta cáncer. Ahora, queda como una cuestión a discutir si hay un déficit de simbolización, porque todos nosotros conocemos gente con una capacidad de simbolización, que se han analizado durante años y luego tienen una enfermedad psicossomática. También lo que está en discusión es a qué llamamos enfermedad psicossomática, si no, todas las enfermedades no

tienen un componente psíquico, cada vez más los cardiólogos, los gastroenterólogos o cualquiera que estudie a alguien que ha tenido un infarto, saben que las estadísticas dicen que si esa persona se preserva con una depresión post infarto tiene cuatro veces más posibilidades de tener otro infarto. La relación psique-soma está en revisión y curiosamente cada vez más son los propios médicos clínicos, a diferencia de lo que pasaba hace muchos años, quienes están proponiendo a un paciente con un trastorno somático que tenga una psicoterapia, psicoanalítica o cualquier otra, para mejorar su pronóstico y para evitar recaídas, desde lo más elemental, un diabético que no se cuida hay ahí un componente psíquico que está en juego, hasta lo menos elemental que es cómo esa decaída que le provoca el sentirse enfermo puede generarle una depresión y cómo una psicoterapia puede ayudarlo a transitar mejor ese padecimiento que en su comienzo era somático. Pero vuelvo a decir, así como vez más se vuelven borrosos los límites entre patología y normalidad, también se vuelven borrosas las fronteras entre patologías psicósomáticas y patologías somáticas con incidencia de lo psíquico.

M.B: Los enlaces que decían al inicio, la depresión como causa, pero también como modificación.

L.H: Eso es. Por eso yo quería enfatizar la depresión como causa de trastornos somáticos, pero los trastornos somáticos, un señor que se infarta a los 45 años es posible que se deprima, pero también la depresión como condicionante del pronóstico de ese paciente que tuvo una enfermedad que no tuvo origen propiamente psíquico. Lo que vuelvo a decir es que cada vez más los límites y la exigencia de correlacionar las problemáticas corporales ligadas a la enfermedad con lo psíquico se está volviendo más urgente, no por un imperialismo de los psicoanalistas, sino por una comprensión de los médicos de todas las especialidades.

M.B: Una comprensión de la complejidad.

L.H: Comprensión de la indisociable unidad entre lo psíquico y lo somático. En el tema de las depresiones, consideran las compañías de seguros, que son las que manejan los grandes números, que después de la muerte de un cónyuge, las posibilidades de que muera el otro cónyuge es altísimo y después de un duelo, no estoy hablando del duelo patológico, ese paciente es un paciente de alto riesgo. Cuando digo compañías de seguros es porque esas compañías manejan grandes números y saben cuando una persona está expuesta a padecimientos más fuertes, cada vez que tanto el estrés como los trastornos de angustia, como las depresiones incrementan el riesgo de que alguien tenga un trastorno somático.

Pregunta: Regresando a lo del super yo hostil que comentaba, ¿cómo desmontar eficiente o resolutivamente a ese superyó hostil para que pueda equilibrarse un poco el yo?, ¿es posible que el superyó vuelva a castigar como lo hizo en un primer momento al yo?

L.H: Cuando uno historiza un paciente y descubre que más allá de lo que está padeciendo actualmente, hiciera lo que hiciera para los padres, lo que él hacía era insuficiente, siempre había una mirada descalificadora y por el contrario, había un hermano que tenía todos los honores, entonces esa persona puede hacer consciente lo inconsciente, hacer consciente la historia de constitución subjetiva y qué lugar pudieron haber ocupado padres muy exigentes, que generan hijos con una actitud de una autocrítica demoledora. ¿Qué hacer analíticamente, hablar de no solo del padre fantaseado, sino de quien fue su papá. Hay algo, tal vez que para mí es clave, ¿cómo se ubican las distintas corrientes psicoanalíticas en este eje? Verdad material, verdad histórico vivencial, realidad psíquica, para muchas corrientes la realidad psíquica fue endógena, para muchas corrientes, la verdad material entró el puro hecho; para la forma que tenemos nosotros de pensar que la verdad material ocupó un lugar, pero también la verdad histórico vivencial. ¿Cómo ese niño fantaseó, interpretó y sintió lo que los padres pensaban de él? Pero no

solo los padres, porque acá también hay un reduccionismo, la historia continúa. Había un amigo mío que, desgraciadamente falleció, decía "lo que tú quieres decir es que hay historia después del Edipo". ¡Sí, hay historia después del Edipo! y lo que le pasó ese niño en la escuela primaria, lo que pasa hoy con las desigualdades sociales, donde ciertos chicos por el color de piel las maestras los descalifican o no; es decir, que la construcción de la autoestima no tiene solo que ver con papá y mamá, tiene que ver con en qué grupo, cómo fue investido por las personas significativas, en los ambientes, en el nivel de *bullying* que padeció, si pertenece. El cine europeo hoy en día pone en primer término los problemas con la inmigración, los problemas que hay en Francia, en Europa en general, con aquellos inmigrados musulmanes o venidos del África, con todas las cuestiones que tienen la discriminación, no solamente a nivel escolar, sino a nivel laboral. Cuando hablamos de cómo abordar la actitud hipercrítica que alguien pudo haber internalizado, sí tiene que ver con la historia infantil, pero también con su historia como adolescente, como adulto actual, con sus parejas.

Pregunta: ¿Cómo se trabajaría con las ideas de inmortalidad que el paciente vive, es decir, con las ideas de que el dolor que siente no se irá y llega a buscar el suicidio?

L.H: Hay un tema que tal vez yo no abordé pero que es fundamental, es el tema de la omnipotencia. Justamente en aquellas personas que piensan que el suicidio va a ser la solución, o hay una convicción religiosa de que hay otra vida, o hay vida después de la vida, o hay una omnipotencia donde no toman conciencia de la finitud y piensan entonces, como tú sabes, todo problema clínico nos lleva a toda la constelación mental, psicológica que cada quien haya tenido y las experiencias personales, pero también profesionales. Y el suicidio en particular, es uno de los temas que también la pandemia ha acentuado mucho. Bueno, es un tema aparte, digamos, la problemática del suicidio, que valdría la pena que hagamos una jornada sobre el suicidio en particular.

Pregunta: Como orientador docente en la práctica cotidiana. ¿Cómo se puede apoyar a un adolescente que durante la pandemia perdió a sus tutores y que está enfrentando una nueva normalidad en la que la socialización está parcialmente impedida, ya sea por el distanciamiento y o por las pantallas?, ¿qué hacer con estas duelos que están intermitentes y atravesando? Es una cosa muy actual, se perdió todo, incluso por ahí en la inauguración se decía "No solamente lo concreto, lo simbólico". No se perdieron espacios, se perdieron familiares, se perdieron trabajos.

L.H: Yo puse el énfasis en los jubilados, pero si hay alguien que padeció esta pandemia son los niños y los adolescentes. En mi país se dice, no hay cifras demasiado claras, pero que más de un millón de chicos no retomaron, no van a retomar la escolaridad. ¿Por qué?, ¿qué pasa? La virtualidad era factible en clases medias y altas, pero en una clase vulnerable, donde había un solo telefonito y cinco hermanos, no hubo continuidad en no solamente en los vínculos con los compañeros, sino en la transmisión de conocimiento. Si hay algo traumático, demoledor que produjo esta pandemia, más allá de lo que nos pudo haber pasado en las distintas edades de la vida, tanto en la infancia como en la adolescencia, es la de socialización. Hablando del índice de desocupación, en mi país el índice de desocupación de los jóvenes y de los jóvenes sin formación es de más de 40%, no quiero dar cifras porque todas estas estadísticas están muy viciadas, pero se dice que es de más de 40%. Son jóvenes cuya única salida es vivir del narco, del menudeo, del narcotráfico, ustedes en México de eso saben bastante. Pero quiero decir que en nuestro país hoy en día, en los jóvenes y en los jóvenes de clases vulnerables, la única salida laboral que se le ofrece es el menudeo de la cocaína, de lo que se llama "paco", que es una cocaína degradada, es como el resto. Muchos jóvenes que no consiguen trabajo, su única forma de subsistencia es ligarse al mundo del narcotráfico y además la pérdida de los vínculos colectivos de la relación con la escuela, incluso en muchos casos la escuela le proveía alimentación. Desgraciadamente,

los efectos de esta pandemia en la subjetividad han sido devastadores en todas las edades, por distintas razones, pero especialmente en los jóvenes. El hecho, y esta cifra es bastante verosímil, de que haya un millón y medio de chicos que no van a retomar la escolaridad cuando vuelva a ser presencial, este marzo que empieza el ciclo lectivo, y hay una tendencia a la presencialidad pero en esa presencialidad va a haber un millón y medio de chicos menos.

Pregunta: ¿Cómo alojar esos problemas subjetivos y de relación, de vínculos, que parece que no tuvieron ya lugar ni cabida en los espacios que habitaban? ¿La depresión oculta una agresividad? Por ejemplo, si una persona lleva años sin tratar dicha depresión, la agresividad puede llevar a interferir en la vida de la persona.

L.H: Alguien que hubiera leído a Freud y se hubiera quedado solo con *Duelo y melancolía* se quedaría con una visión parcial aún de la teoría freudiana, porque Freud dice que el superyó puede tener razón, es más sabio que el yo, esto llevó a muchos analistas, sobre todo de orientación cristiana, a reforzar el superyó. Si el superyó dice que esa persona es indigna, por algo será esa frase, por algo será. Es una frase paradigmática de lo que pasó durante la dictadura cuando desaparecía la gente, alguien decía "por algo será". Qué pasa si pensamos desde la obra de Freud en su totalidad, que el superyó no es más sabio que el yo, si no puede ser más patológico que él, ese superyó, puro cultivo de pulsión de muerte. La tarea es, como dice Freud, es desmontar el superyó hostil, es como si estuviera hablándole a los klenianos que apostaban a que el superyó hostil es el que más sabe, las terribles fantasías que existen en el ello, y no el que más bien incorporó una mirada hipercrítica y que hoy lo que hace es repetir. Paradojalmente, esos analistas lo que hacen con sus pacientes es repetir la historia de patologización de sus propios padres. De los padres del paciente, me refiero.

Lo de la agresividad del depresivo, obviamente es un tema para mí, hay algo que es crucial no decir cuando Freud, dice una frase que puede tomarse como un cliché, y yo voy a tratar de que no sea un cliché, hay un hay una disociación entre el Freud teórico y el Freud práctico. El Freud teórico, intentaba entender patologías severas, el Freud práctico decía: no alcanza el psicoanálisis para tratar a un esquizofrénico. Y tenía totalmente razón, no alcanza el psicoanálisis para tratar a un melancólico grave, hay psicofármacos, internaciones parciales, apoyo familiar. Pero si hay una frase que dijo Freud y que a mí me parecía importante es la desmezcla pulsional. ¿Qué quiero decir yo en tomar esta frase como un eje de pensamiento? En la medida en que Freud iba avanzando en su teoría, fue atento prestándole atención a patologías más severas, llámese paranoia, llámese melancolía, llámese masoquismo, llámese esquizofrenia. Veía más allá del principio de placer que la destructividad que era de su investidura, o sea, las manifestaciones de la agresividad, de la pulsión de muerte, eran más intensas en los pacientes más graves. Cuando uno trabaja con un paranoico, el nivel de violencia cuando uno trabaja con un melancólico grave, el nivel de violencia es mucho mayor que cuando uno trabaja con un simple neurótico, por decirlo así, donde lo libidinal tiene un peso más predominante. Cuando la pregunta es si estamos hablando de melancolías, si estamos hablando de patologías severas, es verdad que tanto la agresividad como la desinvestidura, como la de la destructividad, tanto auto como heterodestructividad es mayor que en patologías más leves. Pero esto no vale solo para la depresión, vale también para la esquizofrenia y vale también para la paranoia y también para los pacientes *borderline* donde el nivel de violencia, el nivel de ingratitud, es mucho mayor que cuando uno atiende el bueno y leal, el neurótico, que ya casi no existen. Cuando yo digo ya casi no existen, estoy diciendo que cada vez más nosotros como analistas, estamos atendiendo pacientes con niveles más importantes de sufrimiento.

Pregunta: Kernberg expone como forma de neurosis a lo depresivo masoquista en las estructuras de personalidad. ¿Esto tendría alguna relación con los trastornos o se movilizan de manera muy distinta?

L.H: Cuando hablamos de depresiones sabemos que estamos hablando tanto lo que antes se llamaba depresión reactiva, depresión endógena, hoy también se llama distimia o depresión mayor. Cuando estamos hablando de depresiones, atravesamos toda la gama de la depresión neurótica típica, digo depresión de cualquiera de nosotros, que muchas veces pasamos por períodos depresivos ante ciertos duelos, a la depresión melancólica, que ya es un tipo de depresión psicótica, empecemos ahí a discriminar. Por eso yo llamé a mi libro *Las depresiones*, justamente para abrir la gama de la multiplicidad de depresiones con las cuales lidiamos en la clínica y para limitar la omnipotencia de la industria farmacéutica, que quería convertir a todas las depresiones en un sola y neutralizarla a través de los antidepresivos, cuando en realidad cada vez más. Los estudios epidemiológicos demuestran que los antidepresivos son muy eficaces en las depresiones mayores o en los trastornos bipolares, pero son mucho menos eficaces en las depresiones leves y moderadas, donde lo importante es el diálogo con el paciente, la psicoterapia, y en todo caso complementar con una dosis mínima de antidepresivos porque tiene una función placebo también.

M.B: Usted mencionaba como la omnipotencia a los farmacéuticos y bajarle también a veces a la omnipotencia de los psicoanalistas, cuando se necesita también de ayuda, yo pensaría eso. La multiplicidad y lo interdisciplinario a veces sí se necesita porque hay casos que están fuera del alcance de lo que se puede hacer solos en el consultorio.

L.H: No sólo eso, Monserrat. Cuando yo hablo de epistemología de la complejidad, planteo que hay tres reduccionismos: el reduccionismo biologicista que tiene que ver con la industria farmacéutica, con la formación de

muchos psiquiatras que no saben otra cosa que medicar y jamás hablan con los pacientes porque además les es más rentable medicar que hacer psicoterapia. Pero también hay un reduccionismo sociologista donde todo pasa por lo social, así como hay un reduccionismo psicologista de que muchos psicoanalistas están afiliados, donde todo es psicológico, donde lo social y lo biológico no tiene nada que ver, ahí hay un reduccionismo en el que el psicoanálisis estuvo muy atravesado y que llevó a negar la importancia de la realidad, por ejemplo, en las depresiones, uno era un depresivo porque había tenido una historia infantil muy poco favorable. No, resulta que hay situaciones que se están viviendo donde no hay narcisismo que soporte esa embate o esa cantidad de heridas narcisistas que se soportan.

Pregunta: Saliendo un poco del tema, Rudinesco expone justo eso de la industria farmacéutica. Braunstein critica la clasificación, pero lo amplía más allá de lo farmacéutico, hasta lo político. ¿No sería esa batalla más con lo político, justo como Freud tuvo conflictos para difundir su teoría? Al hablar de la melancolía en la actualidad, ¿cuáles considera que son los abordajes clínicos desde el psicoanálisis contemporáneo, que han cambiado en comparación a la perspectiva de la época de Freud?

L.H: Primero la primera cuestión no. Yo escribí bastante contra la industria farmacéutica y dije en algún momento que hay debates, donde se discute entre psicoanalistas, donde lo que está en juego es la identidad psicoanalítica de acuerdo a la corriente, que hay debates conceptuales que son los ideales. Hay debates corporativos donde lo que está en juego es a qué corporación pertenezco, pero hay debates donde lo que está en juego es la economía. El problema con la industria farmacéutica, en particular con los antidepresivos, es que facturan por lo menos 10 mil millones de dólares en Estados Unidos y 20 mil millones de dólares en el resto del mundo, eso hace unos años, hoy debe ser mucho más. 13% de las recetas que se hacen en Estados Unidos son antidepresivos,

con lo cual no estamos hablando de un enemigo sencillo, estamos hablando de una industria muy poderosa. Ahí sí es un problema político, es un problema en el que están en juego muchos intereses de todo tipo y donde en la formación de posgrado, por lo menos de los psiquiatras, la industria farmacéutica tiene una incidencia enorme para convencer a los psiquiatras de que lo único que vale la pena es aprender a medicar, que la psicoterapia corresponde al pasado. Este es el debate, tal vez más crucial.

El tema de las depresiones, por su extensión, se decía antes de la pandemia que en 2020 iba a ser la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardiovasculares. Yo creo que la pandemia debe haber hecho que la depresión pase a primer lugar, con lo cual es la única de las patologías ligadas a la salud mental que está en el tope de los problemas de salud pública. Donde el costo, los intereses, son totalmente monumentales comparado a las discusiones que podríamos tener entre psicoanalistas de distintas corrientes. El problema es ¿por qué no lograr que los propios psiquiatras se emancipan de la omnipotencia y del poder real de la industria farmacéutica, tanto en la formación de los psiquiatras como en la propaganda, que llega a todas las personas que piensan que cuando consultan, lo único que pueden esperar como ayuda terapéutica es un psicofármaco? Porque esto no sólo influyó en la formación de los psiquiatras, sino en la ideología de la mayor parte de la gente que hoy lo único que esperan como ayuda es la ingesta de una pastilla que le va a resolver los problemas. Por supuesto que las neurociencias abonan esta convicción.

M.B: Bueno, es algo rápido, el efecto placebo. Se piensa mágicamente, el pensamiento mágico va a resolver algo rápido sin que pase por la experiencia emocional. Regresando a la pregunta de cuáles considera usted que, al hablar de la melancolía en la actualidad, son los abordajes clínicos

desde el psicoanálisis contemporáneo, que han cambiado en comparación a la perspectiva de la época de Freud.

L.H: Todos aquellos psicoanalistas que encararon más, con más profundidad la problemática del narcisismo y de las patologías del yo y del superyó. Y menos en las escuelas que siguen pensando que el sujeto del psicoanálisis es el sujeto del inconsciente reprimido. ¿Cuáles abordan, con todo el instrumental que podría tener una teoría del narcisismo, que sea haya sido formada desde Kohut, André Green, Joyce MacDougall? Aún en esos analistas, en la melancolía, el recurso a la farmacología es inevitable; es decir, hubo fórmulas muy audaces y omnipotentes “no retroceder ante la psicosis”, pero que luego, en la práctica no han tenido efectos demostrables. Ante un paciente psicótico, llámese esquizofrenia o melancolía, tenemos que hacer un voto de humildad, estudiar todo lo que podamos con respecto al narcisismo, a la autoestima, a las crisis, a los duelos, a las fallas del maltrato social, pero también saber que hay que recurrir a la psicofarmacología, estoy hablando de la psicosis. Hubo muchos psicoanalistas principistas que pensaron que nunca hay que medicar, hay niveles de sufrimiento donde son tan intensos que no es posible el trabajo psicoterapéutico sin medicación. Tampoco es que yo crea en que hay que hacer una cruzada anti medicación, sino que hay que debatir clínicamente en qué casos está justificada la medicación y en qué casos, aún en trastornos depresivos mayores, la psicoterapia es inevitable. ¿Cómo se consigue que ese paciente con una depresión mayor no maneje a 200 kilómetros por hora cuando está deprimido sino es a través del vínculo con el terapeuta? Aún en esas patologías severas el vínculo con un terapeuta que pueda contener y pueda ayudar a que en esos momentos de ciclos depresivos o maníacos no cometan, no hagan, no tengan actitudes muy auto destructivas, ahí es imprescindible que además, se preserve el vínculo terapeuta paciente, aparte del aspecto psico farmacológico.

Pregunta: ¿Las distintas caras de la depresión tienen que ver entonces con la pulsión de muerte?

L.H: Cuando Freud escribe *El yo y el ello* despliega toda su teoría de la pulsión de muerte y plantea al final, me preocupa que así subestimemos a Eros". Cuando yo dije que la esencia de la regresión para Freud es la desmezcla pulsional y que, a la inversa, en los pacientes neuróticos la pulsión, la destructividad, la desinvestidura no tienen un lugar tan trascendental, en las depresiones graves, el problema de la agresividad de la desinvestidura, hoy en día, con respecto a qué entendemos por pulsión de muerte nadie toma al pie de la letra el planteo de Freud. Los que consideran que existe la pulsión de muerte lo plantean como deseo de no deseo, como la tendencia a la desinvestidura, incluso un autor que a mí me parece interesante plantea que la diferencia entre el duelo normal y el duelo patológico es que en el duelo patológico no solamente no se no se invierte al objeto perdido, sino que se pierde la capacidad de investir cualquier objeto sustitutivo. Todo el tema de la desinvestidura como propia de la pulsión de muerte, como también pensándola como efecto del exceso de sufrimiento que lleva a un predominio de la desinvestidura tanto del cuerpo como de los otros, es poder pensar la pulsión de muerte, no ya como algo sólo endógeno, sino también vincular.

Cuando el exceso de sufrimiento predomina, es posible que surja con más intensidad la tendencia a la desinvestidura, Freud daba dos concepciones de la pulsión de muerte, una es explicar la destructividad por la pulsión de muerte, otra que la esencia de la pulsión de muerte es la desinvestidura. Por eso decía, la pulsión de muerte es muda y ya el sadismo es una pulsión de muerte ligada a la a eros, porque ataca al objeto y mantiene el vínculo con el objeto, o sea que la pulsión de muerte tiende a la desinvestidura. En ese paciente melancólico grave, llevémoslo al extremo, que ya no habla con nadie, que ya su vida es un vacío psíquico, no es lo mismo

que el melancólico que se enoja, pelea porque ese todavía está invistiendo. Lo mismo pasa en las parejas, cuando uno lo viene a ver una pareja que todavía se pelean, todavía uno dice "bueno, hay mucha agresión, pero hay vínculo", el problema es cuando viene una pareja y dicen lo que hay es indiferencia total de uno para con el otro.

Pregunta: ¿Cómo podemos intervenir para que esa disociación esa disociación emocional de esta nueva normalidad no sea una afectación grave para los jóvenes dentro de su contexto educativo, social y familiar?, ¿cómo manejar este malestar social actual, no para que no intervenga como algo tan traumático?

L.H: Tú hablabas, o planteabas de alguna manera que nosotros también tenemos que renunciar a cierta omnipotencia y problemáticas en las cuales podemos incidir pero incidir, divulgando, por ejemplo, como charlábamos hace un rato del efecto demoledor que tuvo para la gente joven esta de socialización. En la medida en que consideremos que la socialización como tal tiene que ver con Eros, con vincularse, con compartir, incluso a nivel sexual. ¿Qué ha pasado con los jóvenes en cuanto al ataque que hubo a la sexualidad a través de la pandemia?, ¿cómo podemos incidir? Haciendo que se tome conciencia de que hay que hacer un trabajo de rehabilitación, de reconexión, ayudar a gente que ha sido muy afectada por todo este proceso de reclusión y sobre todo gente joven que renunció a la sexualidad durante un año y medio. Donde cualquier contacto con el otro era vivido como algo peligroso, como pasó en algún punto hace 20 años o 30 años con el SIDA, el otro era alguien peligroso. En el caso del sida, el contacto sexual, en el caso del Covid, el boca a boca o el contacto cercano. Entonces, ¿qué podemos hacer? Que la gente tome conciencia, que la gente que los dirige, la clase dirigente, tome conciencia de que hay que hacer un esfuerzo de rescate, a ver cuántos de la gente ha sido profundamente dañada por esta pandemia. Todos hemos sido dañados, lo que pasa es que hay gente que fueron mucho

más dañados e incluyo en esto los adultos mayores, como se dice con un eufemismo, que se han visto recluidos por dos años y una persona de 75 años, por ejemplo, que durante dos años no pudo tener vida y que además los indicaban como absolutamente vulnerables, que ni sus propios hijos lo visitaron. ¿Qué efectos tuvo eso? Y sí, terribles. ¿Qué podemos hacer? Tratar de neutralizar en lo posible los efectos negativos de esta desocialización-deserotización.

M.B: No se si quiera ir usted agregando algo para que podamos concluir, ya sabe que siempre es un placer escucharlo, pero no sé si usted guste hacer algún comentario para que podamos cerrar su charla.

L.H: A través de las preguntas, a través del temario que van a desarrollar, me parece que ustedes están contestando a esa pregunta, ¿qué se puede hacer para contrarrestar los efectos negativos de la pandemia? Incrementar los intercambios, abordar estas temáticas, el abismo, por así decirlo, de las depresiones, el sufrimiento, la desertización, la desconexión, la tendencia a refugiarse cada vez más en un mundo virtual que fue junto con la pandemia, uno de los peligros que se avecinan, todo este mundo virtual que está ocupando el lugar de los vínculos reales. Lo que me impresiona de estas jornadas y de estas preguntas y de las inquietudes, es algo que me me conmueve, que ustedes sigan peleándola en el sentido de ir ejerciendo más allá del consultorio, una tarea de estímulo para que los colegas sigan pensando y trabajando y abordando temáticas como estas y en el mejor de los casos, que cada uno se anime a exponerlas en grupos más amplios para que la gente tome conciencia de que si bien esta pandemia puede determinar, los efectos llamado "Covid prolongado" a nivel psíquico, son efectos que muy nocivos y que va a haber que tener una actitud muy activa para intentar que la gente tome conciencia de que hay que dar un vuelco y volver a la presencialidad, a los contactos, a los vínculos. Estimular a los jóvenes a que vuelvan a ir a los lugares de formación, eso me parece que

como comentario a estas jornadas, el abordaje de estos temas es un acto muy valiente en este momento y que el tipo de preguntas que hicieron me da la impresión de que gente muy comprometida, no sólo con su práctica, sino con su obligaciones como miembros de esta sociedad.

Transcripción: Ana Janeth García Vázquez

Establecimiento: Edgar Vázquez

CUANDO EL DESEO SE APAGA.

Por Luis Horstein

1- Un mundo de deseo

Agradezco enormemente la invitación para poder estar hoy con ustedes. Especialmente a Monserrat Bolaños con quienes hemos estado comunicados para coordinar la actividad. Espero que la transmisión salga bien porque no estoy en mi casa. Cuando me invitaron hace un tiempo aún no tenía programada mis vacaciones, aunque sabía que sería probable la coincidencia por la fecha. Lo cierto es que me encuentro en un lugar cursándolas, entre el bosque y el mar. Alguien del hotel cuando le pedí un buen internet para la conferencia me dijo: "Que problema, tener que trabajar en vacaciones". Le respondí: "El deseo no se toma vacaciones."

No creo que me haya entendido, porque lo que nosotros, los psicoanalistas, llamamos deseo es muy diferente a lo que piensan que es el deseo el común de los mortales. Aunque el deseo es un concepto central para el psicoanálisis, se trata de algo muy difícil de definir.

Cuando me comentaron que el título de estas jornadas incluía lo que llamaban "Nuevos rostros de la depresión", me hizo pensar inmediatamente en los problemas que acontecen en nuestra época, cuando se pone en jaque al deseo. No voy a trabajar la melancolía, a la cual se refirió Natanael. Me voy a referir específicamente al campo de las neurosis, donde muchas veces se observa que el bajón anímico de muchos sujetos está en relación al apagamiento del deseo.

Pero primero pongámonos de acuerdo en aquello que llamamos deseo. Y lo mejor es tomar algunas ideas de quien puso en el centro de la cuestión al mismo. Lacan dijo que Freud puso en el centro de la cuestión al deseo. Lo cito: "La experiencia freudiana [...] Empieza por postular un mundo de deseo [...] El deseo se instituye en el interior del mundo freudiano en el que se despliega nuestra experiencia, lo constituye, y no hay un instante del menor manejo de nuestra experiencia en que esto pueda ser borrado."¹ ¿Que es el deseo? "Es una relación de ser a falta [...] Esa falta en ser no es falta de esto o aquello, sino falta de ser..."² Dice otra cosa: El deseo, no "es deseo de nada nombrable". También nos dice que es la fuente de "toda especie de animación."³

La satisfacción no es algo que se obtiene simplemente en el encuentro con algo específico; y es en esa diferencia entre la satisfacción y la demanda de amor que se organiza toda la problemática del deseo. La cuestión de la demanda es examinada por Lacan en el seminario *La relación de objeto*, donde plantea que el grito que el infante dirige a su madre no es una cuestión meramente instintiva sino que se inscribe en un sistema simbólico. En esos primitivos gritos que el bebé dirige al Otro comienza a organizarse una estructura lingüística. Esto permitiría captar lo que serían las primeras demandas de un sujeto en esos llamados al Otro. Lacan dirá: "En el espacio virtual entre el requerimiento de la satisfacción y la demanda de amor es donde el deseo ha de ocupar su lugar y ha de organizarse".⁴

1 Lacan, J., *El Seminario, Libro 2, El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2006, p. 333.

2 *Ibid.*, p. 334.

3 *Ibid.*, p. 335.

4 Lacan, J., *El Seminario, Libro 5, Las formaciones del inconsciente*. Paidós: Buenos Aires, 1999, p. 414.

2- Hay algo que se pierde

Para precisar el concepto es necesario considerar la distinción que, en 1958, Lacan realiza entre la necesidad, la demanda y el deseo. El término necesidad permite considerar la relación directa que puede tenerse con el objeto, pero esa posibilidad se ve perturbada por lo simbólico. Al hablar, nos separamos de una necesidad meramente biológica. Al encontrarse con el lenguaje el niño tiene la posibilidad de pedir, de articular lo que quiere en palabras pero a la vez, al quedar a merced de la sanción del Otro, hay algo que se pierde. Por más que la madre afirme poder decodificar los gritos o el llanto de su bebé, la necesidad, al pasar al campo de la demanda, se extravía. Es por eso que Lacan habla de un sujeto mítico de la necesidad. Al ponerse la cuestión en palabras, se produce un desgarramiento respecto al objeto de la necesidad.

El sujeto no podría ser nada sin el Otro. El estado de desamparo del que parte lleva a la necesidad de Otro que se ocupe de él. Tomemos, por ejemplo, algo que se juega de entrada: el hambre. El bebé llora, la madre piensa que quiere alimentarse y lo amamanta; vuelve a llorar, ahora le duele el estómago, y la madre vuelve a alimentarlo. Un pediatra me explicaba que en ocasiones el bebé llora porque tiene dolor de estómago y el fluir de la leche caliente lo calma momentáneamente, pero luego le duele más el estómago y la madre, que supone eficaz su intervención puede llegar a volver a amamantarlo. El malentendido se juega de entrada. El Otro nunca está a la altura de poder responder a la necesidad, porque las respuestas de ese Otro también están en el campo del lenguaje donde reina el malentendido.

El animal hinca el diente en su presa cuando siente hambre; para el ser hablante las cosas no son tan sencillas, hay algo que ha sido trastocado, salvo que quede reducido a

un punto extremo como ocurrió en aquél accidente de avión que ocurrió en Chile.⁵ Recuerdan que cuando cayó el avión en la cordillera, los sobrevivientes empezaron a sentir hambre y a considerar la posibilidad de alimentarse de los compañeros que habían fallecidos. Aun así tuvieron muchos reparos, sólo algunos pudieron hacerlo. El ser humano, por más hambre que tenga, no hinca simplemente los dientes,

Hay un desajuste que muestra que la necesidad ya no es tal y que en la demanda hay algo que no entra. Hay un resto, algo no articulable en la demanda y es aquello que Lacan terminará denominando, solo para poder situarlo, objeto a. Permite comprender cómo en esa diferencia entre la necesidad y la demanda se juega el deseo, cuya causa es precisamente ese objeto a. Más allá de esa dificultad para satisfacer la demanda del Otro, al procurar hacerlo, se eleva todo el asunto al rango del amor. La respuesta puede considerarse una prueba del amor del Otro. Por eso la demanda, además de procurar dar cuenta de una necesidad, también implica una demanda de amor.

La demanda infantil es incondicional y la madre procura responder hasta el fracaso, sin entender que se trata de una apelación al Otro donde lo que importa no es el aparente objeto de la necesidad sino la demanda de amor, que en ocasiones es simplemente un llamado a la presencia del Otro. El niño llama y se conforma con que la madre pregunte "¿qué querés?", entonces se olvidó de lo que quería. Conformarse es una manera de decir, en tanto ese amor incondicional es a la vez imposible de satisfacer, persiste el resto que da lugar al deseo. Deseo problemático y febril.

⁵ Se trata del accidente acaecido el 13 de octubre de 1972, en el que un avión uruguayo que viajaba hacia Chile, se estrelló en la cordillera; doce pasajeros murieron en la caída, otros fallecieron en el transcurso de los setenta y dos días que duró la pesadilla, hasta que finalmente quedaron dieciséis sobrevivientes.

Lacan dice que en la demanda siempre se pide "algo que es más que la satisfacción a la que se apela, y va más allá".⁶ Es por eso que el deseo está más allá de la demanda que apuntaría a la satisfacción de la necesidad, pero también más acá de la demanda, que al articularse por lo simbólico va más allá de las pretendidas satisfacciones. La demanda de amor apunta al ser del Otro, a que el Otro se presente para darle aquello que está más allá de toda satisfacción posible: que le entregue su propio ser. Por eso el amor suele tornarse complicado.

El deseo se ubica más acá o más allá de la demanda según desde donde la miremos: ya sea una demanda a partir de una necesidad o una demanda articulada en términos significantes. Una de las fórmulas más conocidas de Lacan es "el deseo es el deseo del Otro". Trabajaré sobre este tema a partir de su lectura de Hegel, por medio de la cual plantea que "se trata de captar el deseo a través de las relaciones de la conciencia de sí con la constitución de la conciencia de sí en el otro".⁷

Es el Otro el que le permite al sujeto el acceso a su propio deseo; es el lugar del significante y es a él a quien se dirige la demanda, allí se descubrirá el deseo. Precisamente en un lugar habitado a su vez por un deseo propio, ajeno al sujeto. Es en esa insaciabilidad de la demanda que encontramos las huellas del deseo. El deseo del Otro se le presenta al sujeto como un enigma, no se formula, su presencia es formulada en la demanda, casi adivinada. Por eso el deseo del Otro abre una interrogación para el sujeto, "¿qué desea ese Otro de mí?"; esta pregunta se le puede tornar insoportable al neurótico, y entonces se refugia en lo que el Otro le pide, no sabe lo que el Otro desea, pero puede entender lo que el Otro

6 Lacan, J., *El Seminario, Libro 5, Las formaciones del inconsciente*. Paidós: Buenos Aires, 1999, p. 414.

7 *Ibid.*, p. 329.

le pide, puede interpretar lo que el Otro le demanda, por eso la demanda del Otro se convierte en una pasión neurótica. El neurótico siente pasión por la demanda del Otro, siente una inclinación muy fuerte y a la vez padece de eso. La demanda del Otro aplasta el deseo.

Aquello que pertenece al orden del deseo es formulado en el registro de la demanda. Las histéricas de las que nos habla Freud nos muestran claramente esta pasión por la demanda del Otro: tanto Emy, como Lucy, tanto Catalina, como Elizabeth, están dispuestas a atender las demandas de sus padres, sus hijos, sus patrones. Como Ana O, ya conocida como Berta Paperheim, que mereció un lugar en una colección de estampillas como benefactora de la humanidad, un alumno tuvo la gentileza de obsequiarme una de estas estampilla de la primera asistente social del mundo. Pero en esta sumisión aparece el "nunca es suficiente", la queja de que el Otro no es capaz de responder de la misma manera. La histérica lo que hace es mantener un horizonte, un más allá de la demanda, en ocasiones al precio del sacrificio.

3- Los tropiezos con el deseo del Otro

Las diferentes neurosis se organizarán en torno a los tropiezos del sujeto con el deseo del Otro. La insatisfacción será la forma histérica de abordar la cuestión, el obsesivo mostrará su dependencia con respecto al Otro para encontrar el camino a su deseo. En el seminario *La ética del psicoanálisis* Lacan nos muestra cómo la primera diferencia entre la histeria y la obsesión ya se jugaba para Freud desde muy temprano con relación a *das Ding*. Traducimos *das Ding* como La Cosa, que en alemán se diferencia de *die Sache*, que remite a las cosas pero más manipulables, productos de la industria o de la acción humana y gobernada por el lenguaje, mientras que *das Ding* remite a una cosa intangible. A partir de esa relación se organiza todo el andar del sujeto. La conducta

histórica recrea un estado centrado primero en un objeto de insatisfacción. En el polo opuesto, la neurosis obsesiva nos presenta una experiencia que aporta demasiado placer, es por eso que el obsesivo en los caminos que emprende se las arregla para evitar lo que se le presenta como su objetivo y el fin de un deseo. Esa evitación tiene como fundamento que el principio del placer evita el exceso.

El objeto, por naturaleza, está perdido, sólo se pueden recuperar las coordenadas de placer. Esto es la nostalgia; en general suele ser una forma de satisfacción de los obsesivos, porque la distancia le permite que ese exceso sea regulado. Por eso los hombres, si son obsesivos, se encuentran y hablan siempre de sus recuerdos de la secundaria, o del primer amor con un aire tanguero.

El deseo para el histérico le planteará un punto enigmático. Cada vez que los analistas han pretendido resolver este enigma señalándole un objeto, han fracasado, Freud incluido, como él mismo lo confesó en el caso Dora, y esto es porque en la histeria no remite su deseo a un objeto sino que se trata de un deseo de deseo, lo que busca es mantenerse frente a ese punto enigmático donde se presenta el deseo del Otro. Para esto acostumbra a identificarse. Los síntomas son un espacio privilegiado para hacerlo, razón por la cual los síntomas histéricos acostumbran a cambiar de acuerdo a la época, por eso ha habido epidemias de posesiones demoníacas en la Edad Media, de parálisis histéricas en la época de Freud, de anorexias donde el cuerpo se proponía como ideal en su extrema delgadez, o los llamados ataques de pánicos en esta época donde el desamparo no es sólo el problema de un niño.

Al obsesivo el problema del deseo del Otro se le presenta de una manera diferente.

4- Tántalo y el deseo obsesivo evanescente.

Lacan nos dice que el obsesivo se constituye frente a su deseo evanescente⁸ Esto ocurre por una dificultad fundamental en su relación al Otro, recordemos eso de que el deseo es el deseo del Otro. Nos habla de lo que sería la presentación de un obsesivo en bruto, un obsesivo al natural. Se trata de alguien que presenta "toda clase de impedimentos, de inhibiciones, de obstáculos, de temores, de dudas, de prohibiciones." Es decir el obsesivo recurre a al catálogo de todas las variedades posibles de impotencia. En eso se juega la mecánica de la relación del obsesivo con su deseo. En cuanto el sujeto procura acercarse al objeto, este se amortigua, se va apagando hasta extinguirse.

Es como Tántalo,⁹ personaje de la mitología que encarna la esencia del obsesivo; de linaje incierto, quizás hijo de Zeus, su madre fue Pluto, a la vez padre de Penélope y Níobe y Bróteas. Tántalo tenía una amistad con Zeus, quien lo admitió en los banquetes olímpicos hasta que robó el néctar y la ambrosía para compartirlos con los mortales, traicionando así los secretos de Zeus. Cometió un crimen pero, digno de la crueldad que puede caracterizar a un obsesivo, invitó a los dioses olímpicos a un banquete en el monte Sípilo y se dio cuenta de que la comida no alcanzaba. No se sabe bien si para probar la divinidad de los dioses o como muestra de su buena voluntad, cortó en pedazos a Penélope y les sirvió la carne de su hija a los dioses. Los dioses reconocieron sin vacilar lo que tenían en su tajadero y se retiraron horrorizados, con excepción de Demeter, que se comió la carne del hombro izquierdo.

El castigo a Tántalo, además de la ruina de su reino, fue sufrir un tormento muy particular. Se lo puede encontrar suspendido de la rama de un árbol, hambriento y sediento; el árbol cae sobre un lago pantanoso, el agua puede llegarle

8 *Ibid.*, p. 413.

9 Graves, R., *Los mitos griegos*. Hyspamérica: Buenos Aires, 1985.

hasta las barbas, pero cuando quiere beber, estas retroceden, sólo se encuentra con fango y, si logra capturar agua entre sus manos, esta se escurre. El árbol es muy especial, está lleno de manzanas, higos, granadas, aceitunas, que caen cerca de sus hombros; cada vez que procura alcanzar un fruto, una ráfaga de aire se lo aleja. Así se le juega el deseo evanescente en el obsesivo.

Hay que agregar que una enorme piedra por encima del árbol amenaza con aplastar su cráneo; este era el castigo por otro crimen, robo agravado de perjurio: se había robado un mastín de oro de Hera, luego juró que no lo tenía. Esta piedra sobre su cabeza lo debe tener eternamente preocupado dándole un motivo para lo cual el obsesivo es mandado a hacer: no dejar de pensar. El obsesivo vive cansado por esto y en ocasiones, pese al agotamiento, no puede dormir.

Otra forma en que el obsesivo presenta la cuestión es pidiendo siempre permiso. No se trata sólo de buenos modales, habla de su dependencia al Otro. El sujeto tiene relación con su propia demanda. Puede ser un buen empleado, sobre todo cuando se emplea para restituir al Otro. ¿Cómo resuelve el obsesivo el problema de la evanescencia de su deseo?: se procura un deseo prohibido. No lo puede sostener él y se lo endosa al Otro mediante su prohibición.

Deseo prohibido no implica deseo extinguido, la prohibición lo sostiene. Por eso, el obsesivo suele pedir constantemente permiso y a veces pide permiso para que le digan que no. Por estas cuestiones el obsesivo disfraza sus deseos, pero lo que ocurre es que en ocasiones no son muy puros. En otras oportunidades detrás de deseos puros oculta otros que no lo son. Es una cuestión de formas. Las mujeres añoran la caballerosidad y la caballerosidad se forjó camuflando la agresividad. Cada vez que el obsesivo pone en juego su deseo puede surgir la agresividad, un deseo de venganza, que en

ocasiones sólo puede contrarrestarlo con una inhibición total. Lacan plantea que el obsesivo se balancea en un columpio; si el deseo aparece con manifestaciones demasiado agresivas, oscila hacia su desaparición, más que por bondad, por temor a una represalia del otro, una destrucción equivalente a la que él estaría dispuesto a poner en juego.

El deseo tiende a reducirse a la demanda, lo cual choca con una contradicción interna. Por eso la satisfacción de la demanda es algo que se evita en la clínica psicoanalítica. La ilusión del obsesivo es que el Otro consienta a su deseo, sin embargo, no será posible responder satisfactoriamente al deseo por más reducido a la demanda que esté, en tanto esto es ilusorio. En el *Seminario 10*, Lacan plantea que en el encuentro entre el sujeto y el deseo del Otro yace la angustia. La angustia -esto es freudiano- emerge ante la falta; la vuelta que le da Lacan es que la angustia también se produce ante la falta de falta. Pero ante la falta de la falta puede presentarse también una posición depresiva.

Lacan, en la clase del 12 de junio de 1963, dice que la solución del obsesivo para cubrir del deseo del Otro tiene como camino "el recurso a su demanda".¹⁰ Se puede ver cómo en el obsesivo, las tentativas de pasaje para con el deseo, aún las más audaces, están marcadas por una condena original a alcanzar su fin. Cada vez que intenta hacer algo, ya sea importante o nimio, necesita hacerse autorizar, necesita que el Otro se lo demande. Es muy importante verificar cómo esto se juega en la clínica; según Lacan este es un resorte decisivo en el análisis de un obsesivo.

Acerca de las relaciones del sujeto obsesivo con su deseo podemos decir que, cualquiera que sea el lujo que alcancen sus fantasmas, generalmente nunca ejecutados, aplazan más o menos indefinidamente su puesta en acto, por más que los

10 Lacan, J., *El Seminario, Libro 10, La angustia*. Paidós: Buenos Aires, 2006, p. 315.

otros franqueen el espacio del obstáculo, la impotencia será el resultado. Deja para mañana lo que puede hacer hoy, posterga.

Lo primero que vamos a hacer con el obsesivo es histerizarlo, es decir, que pueda empezar a asociar libremente, que pueda hacerse responsable de lo que hace y dice, y así el síntoma irá cayendo. Una táctica en ese sentido es tener cuidado en no darle interpretaciones cerradas. Lo que uno evita, es precisamente darle significantes que puedan ser una respuesta a esa demanda de sentido. Por eso, las intervenciones, cuando más enigmáticas mejor.

5- Histeria y el deseo del Otro

El sujeto histérico, por su parte, tiene una relación casi natural con el enigma que implica el Deseo del Otro. Lo importante es captar la relación que tiene ese discurso vacío, que puede ser muy interesante, con el goce. Si uno logra hacer esto de entrada, ya tiene bastante. Recordemos que el deseo, en su constitución misma, se da con relación al deseo del Otro. Y a veces el amor se transforma en una suerte de alienación. Esto se puede comprobar también en el manejo del amor de transferencia por parte de algunos posfreudianos, que enarbolaron una clínica que llevaba a una identificación con la figura del analista, con el consecuente achatamiento del deseo del sujeto.

El sacrificio puede ser inherente a todo sujeto que encontrará su verdugo en quien esté dispuesto a encarnar la amenaza de castración. Más aún entrar en el lenguaje implica el sacrificio de una pérdida. Esto no alcanza para explicar la particularidad de las llamadas «mujeres golpeadas», o lo que clínicamente se ha dado en llamar «histeria sacrificial», si bien lo sacrificial no es privativo de la histeria, sí lo es la posibilidad de que la mujer se ubique en una posición en

objeto. Allí encuentra su utilidad la mascarada; la histeria suele tener un carácter acomodaticio al aceptar aparecer, por ejemplo, como objeto del deseo de un hombre. La mascarada puede resultar del prestarse a la perversión del hombre, aceptando jugar el papel de objeto en el fantasma. Muchas veces esto lleva a las mujeres a aceptar sin concesiones lo que un hombre dispone, sólo por amor.

Esta perspectiva puede llevar a algunas mujeres a un goce sacrificial que es necesario diferenciar del exceso que resulta del goce femenino. Hablamos de mujeres por la prevalencia que suelen tener en elegir la estructura histérica, al menos hasta nuestra época. Recordemos que Freud fue el perímetro en plantear a la histeria también como un problema masculino.

Este goce sacrificial guarda relación con el superyó. Esto hace que las mujeres histéricas puedan quedar en dependencia respecto de Otro frente al cual la pérdida de amor, la desestimación de la demanda fálica, la coloque en una situación de angustia equivalente a la que un hombre tiene frente a la amenaza de castración. Esa demanda que se perpetúa puede llevarla a una relación de dependencia al Otro que ella espera que satisfaga su demanda; el riesgo de perder ese amor se ubicaría en el mismo plano que la desestimación de la demanda fálica, colocándose en una posición de ser capaz de soportar cualquier cosa del Otro, esto a llevado a la idea de situar una suerte de superyó externo en las mujeres.

En la formación del superyó femenino tiene importancia la ligazón madre-pre-edípica. Para Freud una mujer puede quedar atascada en esa ligazón con la madre. Con relación al deseo de la madre, Lacan sitúa algo que es del orden del estrago, que puede encontrar su correlato en la relación con los hombres. En lugar de buscar un hombre conforme a la imagen paterna, algunas mujeres dan continuidad a esa relación originaria; insiste en la clínica la cuestión de que el

hombre sustituye a la madre. No es extraño que la relación estragante encuentre una prolongación.

Por otra parte, las mujeres histéricas sufren por su carencia de falo, pero también es verdad que los hombres sufren por la amenaza que recae sobre el mismo. Si bien Freud exploró suficientemente lo que denominó el masoquismo femenino, esto no implica que sea su respuesta a aquello que se jugaba en la feminidad y que no lograba agotar la referencia al falo. Quizás el único punto en común entre un masoquista y una mujer pasa por el hecho de ubicarse en el lugar del objeto. El analista también lo hace, pero estamos hablando de diversas formas de hacerlo. Mientras que el masoquista pretende ser un objeto rebajado al estatuto de deshecho, la mujer por el brillo fálico pretende ser un objeto agalmático.

Podemos decir que el analista pasa de lo agalmático del sujeto supuesto saber, al principio del tratamiento, al deshecho que le espera ser al final del análisis; en ese proceso, a diferencia del masoquista o la mujer, el analista no goza. Una forma de tramitar esta cuestión puede ser hacer una ostentación de la falta, del dolor, del dolor de la falta. La histérica puede, entonces, ponerse esta mascarada masoquista para concurrir al carnaval del amor. Pero con eso no va a lograr ser La mujer, en todo caso logra ser la mujer para un hombre ocupando un lugar en su fantasma.

6- El apagamiento del deseo

Hemos planteados sobre algunos de los problemas que pueden llevar al apagamiento del deseo en las neurosis. Hay otros. Son temas clásicos, pero también actuales. Podríamos considerar por ejemplo a los duelos, donde la necesidad de un repliegue libidinal se torna necesario. Si el duelo se demora puede traer problemas a nivel del deseo. Lo que en algunas oportunidades se

llama depresión tiene que ver con esa dificultad para realizar duelos.

El deseo está muy ligado a la noción de libido. Y la falta de libido en el sujeto es lo que algunos pueden denominar depresión. Hay varios nombres posibles que se le fue dando al objeto del deseo en el intento de cernirlo. Deseo que no tiene que ver con la cosas del querer, sino más bien con la ausencia, el espacio, el vacío, eso que no es nada nombrable, la castración, finalmente, el objeto a, con el cual Lacan formalizó a ese vacío que causa al deseo.

Esto es puesto en jaque, particularmente en nuestra época, por la incidencia del discurso capitalista que pretende borrar toda falta de objeto, aplastando el deseo, apagándolo. Antes de pensar en una depresión, es importante ver si no se juega algo de este orden. En este punto puede operar un psicoanalista. Dice Lacan que la acción eficaz del análisis consiste en que el sujeto llegue a reconocer su deseo. Pero no se trata de reconocer algo que estaría allí, sino que el sujeto lo crea, lo hace surgir como una nueva presencia del mundo. El sujeto introduce su presencia al mismo tiempo cava esa ausencia.

Cuando el deseo se apaga, el análisis está allí para volverlo a encender, para animarlo. Animación que no está presente en los estados depresivos. El psicoanalista está para eso. Para que el deseo vuelva a ser "la fuente de toda especie de animación".

Mirando al abismo: Psicoanálisis del *breakdown*

Por Alejandro Montiel

Shut my eyes

I'm not here

There must be some mistake

Low roar - Don't be so serious

Con motivo de la X Jornada Académica Internacional "Mirando al abismo: Duelos, melancolías y los nuevos rostros de la depresión" se presentó la ponencia titulada: "Mirando al abismo: Psicoanálisis del *breakdown*". El siguiente escrito representa un extracto de las ideas principales que se abordaron ese día.

Me centraré en plantear una problemática muchas veces observada en nuestra práctica clínica y sobre la que podemos sin duda encontrar puntos de afinidad y diferencia con el abordaje. La problemática a la que refiero gira entorno al trastorno de la depresión, no desde la perspectiva de una nueva categoría o de una variante patológica; sino como un padecimiento que ha estado presente en la historia de la humanidad. La depresión se experimenta de muchas formas y niveles; aunque inequívocamente en esencia, para el individuo que lo padece representa la mayor de las veces un parteaguas en el que la corriente vital, la espontaneidad y la identidad de la persona se altera.

Con frecuencia encontramos manifestaciones de cuadros depresivos y sensaciones de vacío en nuestros pacientes que en mayor o menor medida se caracterizan por el sin sentido de la vida, a ceder lo vital en pos de una existencia condenada

a suspenderse eternamente en una *no vida* en el abismo de la omnipotencia. A partir de las ideas de Christopher Bollas y Winnicott hablaré del *breakdown*, del temor al derrumbe, acerca del *self* roto, del *self* destrozado y de las maneras en las que el *self* se expone ante las distintas circunstancias que habitualmente se presentan en el curso del desarrollo de las personas, particularmente de eventos traumáticos que los precipita a confrontarse con lo desconocido de sí mismos, cuando sienten que se convierten en algo que no son.

En aquella ponencia comencé mi participación con la lectura de un fragmento titulado "En el desierto", perteneciente al libro *La vida después de Dios* escrito por Douglas Coupland (1997), en él aborda de manera literaria el desamparo, la desilusión y la potencialidad que embargó a la población norteamericana la muerte de dios. En el relato, un hombre le cuenta de manera íntima al lector una experiencia en la que se vio varado en el desierto californiano, inmerso en un clima de persecución y desamparo. El narrador se detiene por un momento en medio del desierto, pensando que pronto conducirá a casa y se olvidará de una fuerte transgresión que acaba de cometer para poder festejar su cumpleaños. Tras abordar de nuevo su auto se percata de que éste no arranca. Sin alimento, ni agua y bajo el calor abrasante del sol decide ponerse en marcha en la dirección que le dicta su intuición, sin embargo, privado de referentes que lo ayuden a orientarse, pronto comienza a encontrar sus propias huellas titubeantes grabadas en la arena.

Sobreviene la vivencia de un *breakdown* en ese clima de desamparo, abandono y temor a la muerte.

Tenía los brazos cruzados, soltaba improperios por lo bajo y al cabo de un rato me limité a cerrar la boca, intentando caminar con la mente en blanco; trataba de conseguir que desapareciera el tiempo, fingiendo que ya no existía. Y esta falsa técnica zen continuó hasta que me di cuenta, puede que al cabo de una hora, de que no iba a ningún sitio, que había tomado un desvío equivocado; había caminado quién sabe cuánto por quién sabe dónde.

Era el tipo más acabado del mundo. Ni siquiera podía volverme loco. Gemí de desesperación, sin saber siquiera si me serviría de algo desandar el camino, porque no estaba seguro de dónde estaba el desvío correcto.

El protagonista cae preso de su imaginación y se ve invadido por fantasías catastróficas:

Además de la incomodidad que me causaban los picotazos de los insectos y de lo aburrida e interminable que se me hacía la caminata, la elemental oscuridad de las noches me asustaba. Imagine todas las situaciones con que uno puede toparse en el desierto: moteros drogados que lo destrozan todo; películas gore en pleno rodaje, con escopetas apuntando a los visitantes indeseados; serpientes de cascabel deslizándose sobre fríos cadáveres abandonados. Pensé en lo poco atractivo que resultaba el final de mi vida aquí en el vacío. Quería estar en una ciudad o en un pueblo —en una comunidad— en cualquier comunidad. Así me encontraba, en este lamentable estado, cuando ocurrió algo que me dejó sin respiración: tomé conciencia de que otra persona caminaba detrás de mí. (Coupland, 1997).

El caminante anónimo camina tras nuestro protagonista, quien cada vez más asustado y débil, se debate con la esperanza de un encuentro que le salve la vida y el terror de la indefensión ante el enemigo desconocido. El caminante resulta ser un vagabundo que recorre el desierto inmerso en su delirio. Conforme la conversación se desarrolla nuestro protagonista reconoce en “esta rata pirada” que habla de una lluvia que nunca acaba, de llegar el posible desenlace de su propia crisis.

Y luego me sentí triste porque me di cuenta de que una vez que una persona está destrozada en ciertos aspectos ya no tiene solución, y esto es algo que nadie te dice cuando eres joven y nunca deja de sorprenderte al crecer, mientras ves cómo las personas que te rodean se van destrozando una a una. Te preguntas cuándo te llegará el turno, o si ya ha pasado.

... Pero hablo demasiado. Sin embargo, ¿cuántas veces nos salva un desconocido, si eso llega a ocurrir? ¿Y en cuántas ocasiones nuestras vidas quedan privadas de la posibilidad del perdón y la amabilidad; tanto

que incluso un pequeño acto clemente se convierte en un recuerdo intenso? ¿Cómo alcanzan nuestras vidas tales momentos?

Con esos pensamientos en la mente veo la cara del vagabundo curtida por el viento, mientras considero mi existencia; su rostro me recuerda que todavía hay algo en lo que creer después de que toda esperanza haya desaparecido. Una cara para personas como yo, que fuimos empujadas al borde del abismo de la soledad, que, a lo mejor, caímos, y que cuando volvimos a enderezarnos, nuestro mundo ya nunca nos pareció igual. (Coupland, 1997).

Durante la práctica clínica encontramos en las pacientes manifestaciones de que les “ha ocurrido algo”, “algo malo”, algo que más allá de las características de su estructura clínica parece anunciarse ante nosotros con la fuerte impresión de “haberse roto”, de haber alterado su manera de ser y de vivir, de haber experimentado un **breakdown** (Bollas, 2013). Pero cuando nos acercamos al análisis de aquello que nos parece un semblante de la depresión, encontramos la gran ausencia de batallas internas, un ámbito en el que el conflicto entre amor y odio resulta insignificante para la persona, cuando exploramos los rígidos aspectos narcisistas mediante los que se oponen al devenir del mundo nos es imposible encontrar identificaciones profundas que articulen su persona. En el análisis no se encuentran avances, cuando el analista interpreta, el paciente se mantiene silencioso o habla como si no se le hubiera dicho nada. Cuando se les presiona a que se afirmen, por desesperación del analista, responden sin hacer uso de la introspección. No abordan el trabajo analítico con espontaneidad y perseveran constantemente en problemas sin solución, en asuntos intrascendentes de la vida cotidiana en los que no se sienten genuinamente implicados o en bloqueos insuperables al plantearse lo que desean hacer, optando las más de las veces por abandonar el territorio del deseo y volver continuamente a afirmar la inutilidad de hacer, pensar, soñar, elaborar o ilusionar. Sin embargo, asisten a la “terapia” de manera regular, dan la impresión de adherirse más que involucrarse emocionalmente en la relación analítica, frecuentemente dan la impresión de ampararse ante una futura ruptura traumática. La transferencia es mansa y estática, se

carece de propósito e interés en su propia vida y aunque nos hablan de gran dolor, son incapaces de sentirlo y comunicarlo dándole al analista la sensación de encontrarse ante un dolor idealizado como coartada para permanecer inmóvil debido a que revivir ese dolor involucra un gran peligro. Se comportan con pasividad y con una marcada tendencia a acomodarse con resignación a circunstancias desfavorables limitando su potencial y a menudo siendo incapaces de desarrollarse al ritmo de sus pares (Bollas, 2013).

Considero que ha aumentado la frecuencia con que estos sujetos buscan tratamiento cada vez a menor edad, generalmente movidos por algún familiar cercano que ve al

joven con preocupación ante la dislocación vital o por encontrarse alienado en un pretencioso mundo de sueños de éxito o sin éxito. Sueños y ambiciones inalcanzables, disociados de sus circunstancias actuales y sus posibilidades de cumplimiento. Suelen identificarse con alguien famoso, pero no se muestra interés real hacia el personaje ni hacia su mundo, se las arreglan para permanecer lejos del uso cultural de los objetos y de la posibilidad de nutrirse de la experiencia que aquel ha vivido en su vida. Llegan frecuentemente jóvenes al consultorio que se han enfrentado a pérdidas o a ciertos desalientos en la adultez temprana o que se desvinculan emocionalmente de sus familias debido a la desilusión acerca de la humanidad de sus padres, a quienes perciben igualmente rotos y redundantes como autómatas descompuestos y alienados en rutinas y mentalidades alienantes. Con frecuencia abandonan sus estudios para soñar, tener "la actitud" de personas como Tarantino, Gaspar Noé, Donald Trump o el Joker para apropiarse de la "mentalidad" de escritores y músicos malditos, o mártires de redes sociales con la finalidad de triunfar, despreciar y ridiculizar los actos vitales de quienes se interesan por ellos, ambicionando dar una cruel y desapasionada lección de vida a quienes se encuentran inmersos en la vida. Sin embargo, no desarrollan

gusto por el cine, no escriben, no se interesan en los asuntos del mundo y dan apenas unos cuantos pasos en dirección al cumplimiento de sus sueños, pero pronto se desalientan por el trabajo y tiempo necesario para la consecución de sus proyectos. Lejos de vivir un proceso transformativo en el que estos sueños de gloria se maten y puedan crearse ilusiones más realistas y objetivas, la persona los sustituye por un nuevo sueño inmortal, aún más grandioso e inalcanzable que augura la repetición traumática del descalabro de la realidad. Para Christopher Bollas (2013) estos sueños perdidos operan como proyecciones del **self** roto, un **Boulevard de los sueños rotos** que comunica persistentemente la imposibilidad de conservar la esperanza sin verla hacerse añicos de nuevo ante la restitución del vínculo humano.

Estos pacientes describen, sin detectar la importancia de lo que dicen, algo que pudo llevarlos a un quiebre. Un quiebre asociado con las vicisitudes del vivir, en algunas ocasiones el evento traumático es claramente inesperado y avasallante, sea este una pérdida vinculada a la separación, a la muerte de un objeto de dependencia, a las frustraciones, la muerte de compañeros de escuela que se encuentran en la flor de la vida o que caen tras la desilusión ante sus capacidades para insertarse en la vida laboral. El evento traumático puede en otras ocasiones ser inocuo: una dificultad en los trámites de la vida cotidiana, la pérdida o daño a un objeto atesorado, una traición entre amigos o un accidente vergonzoso. En ocasiones la persona es capaz de distinguir el evento pero no la repercusión que ha tenido su reacción ante el trauma, que fue vivido en soledad, lejos del amparo y comprensión. La persona nos habla como si siempre hubiera sido incapaz de atestiguar el cambio que ha operado en la organización de su **self**. En otras ocasiones la persona es capaz de distinguir que antes hubo un estado de asuntos que permitía mayor holgura vital pero es incapaz de "recontactar con aquello que había sido".

En la vivencia traumática que lleva al estado de desamparo la persona se encuentra ante un afecto desorbitado. Si bien el evento puede comportar un grado inmenso de ansiedad, la vivencia actual y la crisis a la estructura del **self** trae de vuelta un afecto pasado de magnitud ilimitada. La persona sufre la intrusión de un recuerdo congelado, la intrusión de un **self** arcaico y preverbal que ahoga al **self** adulto en funcionamiento regresivo y angustia primitiva. El **self** en el que la vivencia se originó, no puede ser expresado en palabras ni ser pensado, no puede ser distinguido como objeto debido al desmantelamiento de cualquier posibilidad observadora del **self**, producto de las defensas primitivas y a la intensidad del dolor mental que lleva a la sensación de inexistencia real del **self** que uno habita. La reminiscencia violenta traspasa al **self** a la manera de una ventisca de agonía que sepulta y congela aquello que existía para preservarlo de la muerte, una tumba helada de defensas omnipotentes que lo resguarde de una tormenta que ya no está ahí. Esta intrusión implica el retorno de un recuerdo de algo que no ocurrió. Es decir, el recuerdo de algo que fue experimentado antes de que existiera un **self** capaz de experimentarlo o recordarlo. Dicho de otra manera, algo que puso fin a versiones incipientes del **self** y que fue repugnado de la experiencia vital, pero incluido estructuralmente como defensa en la reestructuración de versiones posteriores del **self** (Winnicott, 1945).

Estamos ante una variante de crisis existencial vinculada a las formaciones de carácter tempranas. Una formación defensiva que busca preservar intacto y privado el núcleo vital de la persona alienándolo mediante el despliegue de una gran omnipotencia. Para Donald Winnicott el estado de asuntos en la primera relación con la madre está caracterizada en torno al encuentro de la verdadera persona del bebé. Un bebé que aún no existe como bebé, sino como un organismo inmerso en un marco de dependencia total, una dependencia absoluta en la que es incapaz de reconocer y representar las experiencias provenientes del campo de la relación con la madre. Una madre que no es objeto de amor

ni es objeto de dependencia, imposible de conocer salvo a partir de los efectos que su presencia, sus cuidados y sus descuidos provocan en la continuidad existencial del niño. La preocupación maternal primaria le permite a la madre identificarse con las necesidades del niño, proceso que pone en marcha una transformación temporal a una madre suficientemente buena en el que brinda tiernamente aquello que el infante requiere para seguir siendo aquello que la madre observa en él. En el mejor de los casos le brinda sostén a la continuidad existencial del pequeño al presentar en el campo de la dependencia total aquellos objetos que el niño está dispuesto a encontrar. Eventualmente la existencia sin forma, que es el infante, toma forma de acuerdo a su patrón instintivo natural en pugna, algo siente hambre. La madre alimenta oportunamente y le brinda al niño un sentimiento caracterizado como ilusión de omnipotencia. Le permite al niño la continuación de su existencia mediante la ilusión de que aquello que la madre ha dado ha sido creado por el niño. Visto objetivamente la madre alimenta al niño y el niño lo recibe, subjetivamente desde el punto de vista del incipiente **self** éste ha modificado su estado existencial mediante el movimiento, la ilusión de que el objeto que el niño busca desde su **self** más arcaico existe en la realidad al alcance justo de sus posibilidades de movilidad (Winnicott, 1945).

La posibilidad de recibir este ambiente facilitador, le permite al niño aun seguir siendo sin estar sujeto a una presión instintiva. Dice Winnicott que es importante comer, pero más importante no tener que comer. Antes de la disolución del incipiente **self** y su retorno a la no integración, queda un campo de existencia que permite establecer lo que André Green llama una estructura encuadrante (Urribarri, 2012). El campo que permite que el **self** establezca relaciones objetales. Si este proceso de ilusión de omnipotencia es oportuno, el niño, por decirlo de alguna manera, terminará por desear desde su ser vital objetos que efectivamente forman parte de la realidad accesible. Tras la repetición de este proceso que oscila entre tener forma y no tener forma se produce el sentimiento de que

no importa la circunstancia, siempre podrá volver a ser aquello que ha sido en el pasado.

Desde luego el retorno de un recuerdo congelado o la re-vivencia de una agonía primitiva capaz de transformar la existencia del infante encuentra su predisposición en la espantosa realidad sufrida por el infante cuando la madre es incapaz de presentar el objeto que permitirá la continuidad del **self** del pequeño. Por una parte, los aspectos deseantes emanados del verdadero **self** no encontrarán el objeto de su ilusión. Incapaz de contener las experiencias físicas dolorosas se verá traspasado por una agonía primitiva que sólo encontrará momentáneo alivio en el despedazamiento de la organización que había conseguido, en vez de retornar natural y apaciblemente a un estado de no integración, el niño se verá forzado a emprender una maniobra de desintegración tras la cual será difícil que el impulso que demandaba gratificación pueda ser integrado y adquirir realidad viviente, lejos de eso será el deseo y el movimiento emprendido en búsqueda de satisfacción lo único que quede asociado a la experiencia de desintegración.

En consecuencia, ocurrirá una mutilación del **self** y será sustituida por una serie de mecanismos omnipotentes mediante los que se buscará evitar las intrusiones del ambiente. Donde debía imperar la herencia del vínculo de la madre, la dependencia a un mundo de objetos y la confianza vital, imperan en cambio la negación omnipotente de las relaciones de dependencia. Ahí donde el infante necesitaba de la madre que no apareció éste se vio forzado a colocar una nueva disposición acomodada a un objeto omnipotente del cual se depende incondicionalmente. La ansiedad de caer eternamente, de no ser sostenido, es combatida no mediante la presencia del objeto vivo sino mediante la negación de su dependencia. El niño ha de crear una red omnipotente que lo sostenga de su caída al abismo desde la que contempla su propia versión del mundo y el sufrimiento.

Hablamos pues de una ruptura del rostro de la represión. La falta de alguien que opere como yo auxiliar en el momento del evento traumático lleva a que se instale en el **self** una progresiva transformación que convierte a la persona en reactiva robándole su espontaneidad y que lo lleva a sustituir los axiomas básicos de las relaciones basadas en la dependencia humana por otros diseñados específicamente para negarla. Vemos con frecuencia a las personas alinearse profundamente y con obstinación a axiomas condenados a la incomunicación y a la negación de su deseo y sus necesidades. La persona se circunscribe a esquemas vitales en el que no buscará ayuda en los demás o la rechazará ostentando su refugio en su propia solución omnipotente. Se puede tomar la postura de negar o embotar la sensibilidad ante la posibilidad de que se despierte la vulnerabilidad y el desamparo. Se puede adoptar una posición reservada y al margen de las necesidades y los deseos. En otros casos se rechaza la investidura o la relación con aspectos problemáticos de la realidad. Otras personas salvaguardan su capacidad para la dependencia marginándose en comunidades conformadas por personas rotas inscribiendo la paradoja de aferrarse fuertemente al primer lugar en donde no fue necesaria la comprensión y en donde no hay un sostenimiento real como llegamos a observar en las personas que hacen su vida en el mundo flotante de la fiesta y el consumo de sustancias.

Muchos de estos pacientes son referidos para recibir medicación ante la angustia que pueden causar en el analista el semblante de su depresión. Analistas que interpretan sistemáticamente la transferencia negativa pueden encontrarse con la dificultad de percibir el **breakdown** en sus pacientes. El modelo de comprensión de las dificultades subyacentes implica poder tolerar desarrollos transferenciales, permitir el uso del analista por parte del paciente, dejarse impresionar y permitir que la manera de ser pueda ser sentida por el analista como una continuidad que eventualmente se rompe en el lento transcurrir del tiempo. Se recomienda la reserva y el silencio para que las asociaciones y los movimientos

del carácter puedan articularse. En palabras de Christopher Bollas el paciente será incapaz de estos desarrollos si se encuentra absorbido en la construcción de una transferencia en términos del analista como principal punto de enfoque (Bollas, 2013).

La recuperación implica un largo periodo en el paciente para que pueda efectuar el proceso denominado por Winnicott como "Regresión en la transferencia". Esto permitirá que el paciente abandone la dependencia en sus mecanismos omnipotentes y tome al analista y al proceso analítico como un ambiente facilitador en el que pueda comenzar a emerger un vínculo del verdadero **self** pertrechado lejos del contacto con la realidad. Eventualmente ocurrirá una crisis en el análisis. El paciente sentirá que el analista le falla a pesar de estar recorriendo con el paciente el mismo proceso regresivo, pero desde el lado de la identificación con las necesidades del paciente. Estas crisis deben ser interpretadas y entendidas. El odio y la rabia del paciente, así como sus mecanismos de defensa omnipotentes se pondrán de manifiesto. El analista intentará reconducir la ira del paciente hacia los axiomas vitales que lo tienen sometido. El repudio y expulsión de los axiomas diseñados omnipotentemente para negar el conflicto y la dependencia suele resolverse en una especie de rabia hacia el orden vital en el que el paciente se encuentra pertrechado. Implica un "mandar a la goma" (Fuck it!, Fuck it all!) los presupuestos que fuerzan a la persona a vivir de manera alterada o a permanecer en un estado de inhibición constante de las fuerzas de la agresión al servicio de la satisfacción (Williams, 2022). Es una resolución análoga a la que encontramos en algunos pacientes que viven en un estado de sometimiento al narcisismo de los padres que les impone condiciones de éxito imposibles, que son incapaces de dar un siguiente paso en sus elaboraciones vitales hasta lograr proscribir el gobierno de esa forma de vida que impide su crecimiento en pos de axiomas vitales más profundos, vitales y espontáneos desde los que sea posible realizar una resignificación retroactiva de la que emerja el cambio psíquico.

La posibilidad de sentir enojo, vivenciarlo y poder repudiar de una situación a la que la persona se encuentra sometida inconscientemente es un paso esperanzador hacia un horizonte en donde pueda recuperarse de aquello que alienó al falso **self** y lo orilló a vivir dónde no era, suspendido sobre el abismo.

Bibliografía

- Bollas, C. (2013). **Catch them before they fall**. Cap. 1 Broken selves. Cap. 2 Signs of breakdown. Cap 3. The guidelines. Routhledge: Nueva York
- Coupland, D. (1997) **La vida después de Dios**. Relato "En el desierto". Ediciones B: Barcelona
- Bouhsira, J. (2004). Winnicott insólito. Análisis de Guntrip con Winnicott Pp.58-71. Nueva Visión
- Urribarri, F. (2012) André Green. El pensamiento clínico. Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (114): 154-173 issn 1688 - 7247
- Williams, P. (2022) The authority of tenderness. Cap. 9 Fuck it. Cap 10. Fuck it all. Routhledge: Nueva York
- Winnicott, D. (1945) Desarrollo emocional primitivo. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Cap. 2.
- Winnicott, D. (1956) Preocupación maternal primaria.. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Cap. 14.
- Winnicott, D. (1971) Sueños, fantasía y vida. Realidad y juego. Cap. 2.
- Winnicott, D. (1967). Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. Realidad y juego. Cap. 9.

Tristeza y rechazo del inconsciente

Por- Edgar Vázquez

Hola buenas tardes, Natanael y muchas gracias a Clínica Psicoanalítica por la invitación. Muchas gracias Montserrat, a Magnolia, a Cesar, al maestro Julio y felicitarles, además, por la organización de estas Jornadas que cada vez parecen más y más exitosas. Un gusto poder participar en un espacio donde se pone a conversar el psicoanálisis de distintas tradiciones, de distintas orientaciones, a veces también está bueno enterarnos de qué es aquello en lo que discrepamos, los puntos en los que no estamos de acuerdo; para estar de acuerdo, bueno, ya tenemos otros espacios que están destinados a seguir ese camino.

Agradecer entonces a la generosidad de la institución por la invitación, también a todos los participantes, todos los inscriptos que están en las jornadas. Según entiendo, acaba de pasar la hora de la comida, así que voy a tratar de hacer lo menos tediosa mi exposición, así no cae pesada para la para la digestión. Agradezco a Natanael la presentación del título del recorrido que les quiero presentar esta tarde, que quiero compartir con ustedes, es: *Tristeza y rechazo del inconsciente*. Esto lo voy a empezar más o menos por el final, porque la idea de charlar de esas cosas con ustedes me surge por una mención muy enigmática, muy sorpresiva e incluso me resultó contradictoria la primera vez que la revisé, aparece en *Televisión de los Otros escritos*,¹ páginas 551 y 552, si alguien quiere buscarla después. Ahí Lacan está hablando del afecto y partiendo de esta idea freudiana, de que el afectó está siempre desplazado.

1 Lacan, J. (2012) *Televisión*. En *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós, pp. 535-572.

Recuerdan ustedes que ya desde la desde las formulaciones de las neuropsicosis de defensa, Freud afirma una y otra vez que el afecto que están siempre desplazado, sea porque durante la experiencia, la vivencia que echa a andar la defensa, el divorcio entre la representación y el afectó, hace que el afecto se desplace a una representación corporal, caso de la histeria, que se desplace a una representación sustitutiva, caso de la neurosis obsesiva, o bien, que afecto y representación sean expulsados del aparato psíquico, en lo que en aquel momento llama la psicosis alucinatoria crónica, en los tres casos lo que tenemos es más o menos el mismo resultado: que el afectó al estar desplazado o expulsado, no puede reconocerse como propio y por lo tanto, siempre está dislocado en ese sentido, si alguna experiencia o relato provocará angustia, tristeza, desazón, incluso regocijo, esta primera formulación freudiana indicaría que eso está desplazado, sería el representante de otra cosa.

Entonces Lacan, un poco respondiendo a estas críticas que se hacen al psicoanálisis, de no ocuparse debidamente de los afectos, de siempre dejarlos de lado, tema que incluso podemos escuchar todavía como un prejuicio vinculado al psicoanálisis. Lacan dice que de ninguna manera, que él se ha ocupado de hablar de los afectos, que en este *Seminario 10*, que aparecía en nuestra presentación, él ya había hablado de la turbación, el impedimento, del embarazo, también como posible figuraciones del afecto y dice, es a donde quiero apuntar, que hay que reconsiderar lo que se ha dicho del afecto en la teoría psicoanalítica a partir de sus decires, ambiciosa la propuesta de Lacan, hay que reconsiderarlo a partir de sus decires y de todos los seguro que se ha dicho de él, del afecto, continúa, "la simple resección de las pasiones del alma -la resección es una intervención quirúrgica que tiende a separar tejidos-, como Santo Tomás Nombra justamente a esos afectos, la resección desde Platón de esas pasiones según el cuerpo: cabeza, corazón o incluso, como él dice epitimia -que son los antojos que se le presentan a las mujeres embarazadas- o sobre corazón, ¿no da testimonio ya

del hecho de que para su abordaje se requiera pasar por ese cuerpo del que digo solo está afectado por la estructura?".² Hay varios problemas que introduce acá Lacan, pasar de hablar de afectos y en lugar de ello, preferir hablar de pasiones y después cómo estas pasan por el cuerpo, un cuerpo que estaría afectado entonces por la estructura del lenguaje. Avanzo con la referencia para introducirnos en nuestro tema de esta tarde:

La tristeza, por ejemplo, la califican de depresión y le dan el alma como soporte, o la tensión psicológica del filósofo Pierre Janet. Pero no es un estado de ánimo, es simplemente una falta moral, como se expresaba Dante, o también Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral que solo se sitúa en última instancia a partir del pensamiento, es decir, a partir del deber de bien decir bien decir o de orientarse en el inconsciente, en la estructura.³

Parte de estos autores, Dante y Spinoza para afirmar que la tristeza es una falta moral o una cobardía moral y que esto impide orientarse en el inconsciente. Leo la última parte "Y lo que se sigue, por poco que esta cobardía, por ser rechazo del inconsciente, -está poniendo ahí entonces tristeza una especie de correlato del rechazo del inconsciente- vaya a la psicosis, es el retorno en lo real de que lo que es rechazado, del lenguaje es la excitación maniaca por la cual ese retorno se hace mortal".⁴ Bueno, hay distintas cosas acá que a mí me habían hecho ruido en distintos momentos a partir de estas aproximaciones que hace Lacan, que quizás muy rápidamente se pueda justificar, ¿por qué dice que preferir hablar de pasiones y no de afectos?, aunque en cierto sentido en la tradición son homologables. Hay como ustedes saben, o habrán escuchado una discusión en el campo de la filosofía y la escolástica medieval, una polémica sobre si eran equiparables las pasiones, los afectos, los sentimientos, las emociones y un poco para dividir groseramente en estos distintos campos, podríamos decir rápidamente que las pasiones y los afectos

2 *Íbid.*

3 *Íbid.*

4 *Íbid.*

serían una especie de excitación externa, la emoción y los sentimientos provendrían del interior, sabemos que esta topología es difícil de sostener en psicoanálisis pero es una división que podríamos establecer de entrada. Y, entonces Lacan dice, va a preferir hablar de pasiones en lugar de afectos porque en la tradición que inicia con Santo Tomás de Aquino, que fórmula en la *Suma teológica* diría que las pasiones son sí, estrictamente, excitaciones que toman el alma, que afectan el alma, que hacen responder al alma, la convocan, la excitan, le que intentan hacer responder.

Vamos a dejar de lado esta discusión sobre sobre las pasiones, para ordenar históricamente los distintos tratamientos que ha tenido este afecto, esta pasión de la tristeza. Distintos momentos, cita sociedades, pero no solamente para hablar de históricamente cuál ha sido su lugar, sino además de ello, qué tratamiento se ha propuesto para para hacer con esa tristeza. Ya habrán escuchado más de una vez durante estas jornadas que el término melancolía, aparece asociado con la teoría de Hipócrates, quien afirma que habría vapores que se desprenden de ciertos órganos que provocan las enfermedades o estados del ánimo y particularmente la melancolía, bilis negra en la etimología, estaría provocada por ciertos vapores que tendrían ese origen, así como en la histeria lo que había eran vapores que emanaban del útero y entonces provocaban toda una serie de fenómenos verificables, fenómenos observables y entonces, en el caso de la melancolía lo que tenemos es un afecto triste, apesadumbrado, desgano, desilusión, etcétera.

En afectó, esta tristeza, como les decía, fue producto de discusiones milenarias tratando de ubicar cuál era su origen, qué producía, qué no producía, entonces rápidamente también se le adoso a la capacidad creativa, se decía que el melancólico o el triste eran apto para producir para crear, o por otra parte, también había estado en discusión sobre si esta capacidad creativa vinculada con una locura o no, esto

también está presente en los diálogos de Platón, en el Fedro, hay esta idea está descrita como "locura divina". Saltándonos también buena parte de esta discusión, que Lacan le llama "la larga cocción metafísica", discusiones centenarias respecto de conceptos que tenían que ver con las emociones, con la percepción, con el pensamiento. Encontramos que esto empieza a tener un lugar importante en las sociedades industriales, en las que las que cambia no solamente la manera de su mercancía, sino que decididamente cambia el orden del mundo, cambian los lazos, el lugar de dios es movido, descentrado y pasa a tener la mayor importancia aquello que está concernido en la industrialización, con la producción, con la apropiación de los modos de producción, tal y como describe Marx.

Junto con esto hay ciertos autores que hablan de una cierta desazón que empieza a aparecer más en el campo de lo social, hay fenómenos culturales que pueden dar cuenta de esto, uno de ellos, por ejemplo, el romanticismo alemán, movimiento artístico que tiene sobre todo sus representantes en la literatura, en la música, dónde y de alguna manera lo que se critica es este entusiasmo despertado hacia la razón, la voluntad, estos sus valores, que estaban promovidos a partir de la Ilustración francesa y aparece el romanticismo como respuesta, más bien exacerbando la sensibilidad, poder ser espectadores de fenómenos de la naturaleza, reconocerse como sede de esta sensibilidad. Aparece la sensibilidad como una moda, aparecen distintos personajes literarios, uno de ellos es el Werther de Goethe, que al no poder ganar el amor de Lotte, una mujer que está casada, que se bañaba entre pétalos de rosas, etc. Finalmente, Werther después de todo un recorrido, decide quitarse la vida y aparece esta especie de justificación romántica de ese suicidio. En la literatura aparecen varios personajes que empiezan a tener estas características, Madame Bovary es otro ejemplo clásico, que incluso después pasó a la descripción de fenómenos psiquiátricos bajo la nomenclatura del bovarysismo, había una cierta sensibilidad triste, penosa, de aquellas cosas que no se podían realizar.

Otro ejemplo, un poco más para acá es Ana Karenina, está aristócrata rusa que entra en relaciones amorosas con un muchacho mucho más joven y bueno después, por distintos infortunios de este amor, del matrimonio, la crianza de su hija, acaba suicidándose.

Aparece ahí y también reflejado en la literatura la figura del suicidio que, al mismo tiempo que la tristeza, empieza a hacer un objeto de estudio mucho más sistemático, observado. Hay distintos autores, Montesquieu, Voltaire que en Siglo XVIII hablaban de una decisión que no era inmoral para encontrar alguna justificación y no necesariamente la condena, Humme habla del suicidio como un acto que no tendría que ser un crimen, que no es un crimen considerado desde su perspectiva. Unos años más tarde, inicios del siglo XX, Durkheim al inaugurar esta ciencia social, la sociología, dedica su primer estudio al suicidio precisamente y analiza las tasas oficiales de suicidio, a partir de ello, analiza las condiciones sociales de aquellos lugares en donde aparecían picos de suicidios, donde estos se estabilizaba, en donde había menos reportes de suicidios, y va a destacar una figura que es el del suicidio anómico, es decir, el suicidio en sociedades en reconstitución, sociedades en reconfiguración o donde los individuos no tenían un lugar claramente establecido, con lo cual se hace esta articulación entre el suicidio anómico y las sociedades industriales, donde los individuos empiezan a perder algo de su condición singular y pasan a ser objetos plenamente intercambiables, que solamente tendrían para ofrecer lo que ofertan como mano de obra. El tema del suicidio y la tristeza van a encontrar alguna articulación también en el campo jurídico y de lo que después presentará como exigencia a la constitución de la psiquiatría como una disciplina médica, porque entonces empiezan a articular si la tristeza tenía que ver con el genio, si la tristeza tenía que ver con la creación, sí tenía que ver también con la locura y esto aparece entonces también como una pregunta que de costado que le toca al suicidio, si habría alguna relación entre el suicidio y la locura, el suicidio y la tristeza.

Hacia inicios del siglo XIX, esto que les decía ya es el preámbulo del nacimiento de la psiquiatría, empieza presentar la exigencia de que algunas cuestiones jurídicas se empiezan a esclarecer, si eran producto de un cuadro alienado, de la locura, o si criminal podía responder de aquello que había ejecutado, nace la psiquiatría y con ello la necesidad de organizar y los fenómenos que iban encontrando y de delimitar los según cuadros, en la medida en que se emparentaban, se distinguían y se podía ofertar o no un tratamiento a esto. Es así que empiezan a aparecer las primeras categorías y las primeras categorías diagnósticas, en esta taxonomía, podríamos decir psiquiátrica, en donde los maestros se dedicaban a describir los cuadros, mostrar todos los signos que hacían que una enfermedad fuese tal y empieza la discusión sobre el establecimiento de la melancolía, de la manía que era un estado ya no de apagamientos, sino que excitación y que a veces se presentaba como el anverso de aquellos cuadros que describían como melancólicos, a su vez poder distinguir estos estados de excitación, de desgano, de tristeza, de la histeria donde algunos rasgos se asemejaban, después poderlas distinguir a su vez, de otros cuadros como la epilepsia, fuese convulsiva o no de la hipocondría, empiezan las discusiones sobre qué sería lo específico de cada uno. Y entonces hay varias teorías que empiezan a caer, una de ellas está teoría de los vapores de Hipócrates que mencionábamos al principio, ya no se piensa más que sean vapores que emanan de los órganos los que causaban ciertas condiciones afectivas, cae también la teoría de la sensibilidad, que se decía "bueno, quizás tiene una predisposición a sentir más las cosas los melancólicos, las histéricas y por eso enferman", empiezan a aparecer otras hipótesis. Por ejemplo, que estos cuadros serían producto de la imitación de traumatismos, de impactos nerviosos, algo que había generado una gran impresión en el enfermo y entonces, a partir de eso, despliegan hacia una serie de síntomas, el agotamiento, lesiones, irritaciones cerebrales, o, en fin, que eran hereditarios. También hay que decir, por cierto, que en este esfuerzo de descripción y agrupación de los fenómenos de la naciente clínica psiquiátrica también se

produce una separación entre la religión y la medicina, con lo cual tampoco se podía sostener más la idea de espíritus o designios divinos, sobre lo que se empezaba a llamar enfermedades mentales.

Se empieza a introducir y a popularizar el término depresión, lo propone en el siglo XVIII un médico llamado Richard Blackmore, me causó mucha gracia porque es el mismo nombre del primer guitarrista de Deep Purple. Richard Blackmore habla de la depresión como un término médico que día de un mejor modo aquello que está concebido en la tristeza porque, según Blackmore, alejaría la discusión sobre la tristeza de los aspectos morales, de la discusión religiosa o de lo de lo meramente filosófico y entonces podría describir en términos médicos aquello que ocurría. Le llama depresión por analogía a lo que ocurría en la medicina cardiovascular, una especie de insuficiencia en la fuerza con la que la sangre circula por él torrente. Entonces, habría como una baja en la presión, a eso se le llamaba depresión en la medicina cardiovascular y entonces, por analogía, dice Blackmore, quizás sería mejor llamarles así a estos afectos pesarosos, tristes, de desilusión. El término empieza a ser recogido y aceptado hacia la mitad del siglo XX con las primeras caracterizaciones de los cuadros que oscilaban entre ser llamados melancolía o depresión.

Pinel, uno de los primeros maestros psiquiatras decía de la depresión que es un estado de ánimo, pensativo, triste, con cambios delirantes y ganas de estar solo, que hay una fijación en un objeto y que había algo en la constitución de estas personas que hacía que reaccionaran de esta forma frente a los sucesos de la vida. Haslam, en Inglaterra, decía por su parte que el melancólico se acusaba de actos inmorales de crímenes que no habían cometido que vivían con desesperación y que con frecuencia intentaban terminar con su vida; Heinroth, en Alemania, decía que era una enfermedad de la de las emociones. En todas estas descripciones y propuestas siempre se apuntaba a que el melancólico, como casi todos los que

padecían alguna enfermedad mental, tenían que ser tratados con remedios morales, es decir, mostrarles un camino mucho más virtuoso, adecuado a un cierto modo de vida y que eso eventualmente podría hacer remitir estos padecimientos. Empieza a aparecer también algunas preguntas que son cruciales, y en este sentido me parece que es crucial la manera en cómo las resuelve Freud. Vamos a tratar de acelerar el paso para llegar a esto, para arribar a la cuestión de las pasiones del alma como lo trabaja Lacan.

Los semiólogos, maestros psiquiatras, empiezan a preguntar si estos cuadros son una locura total, sí son, como en otros casos, como en el caso de la paranoia que se admite la posibilidad de que haya delirios parciales o gradaciones, si se está más o menos melancólico, o sí en esta gradación convendría hablar de distintas enfermedades. Se empieza a hablar de las distintas formas que tendría la melancolía, si es episódica, si es intermitente, si tiene como anverso un episodio de manía, si se presenta en un único momento y remite para siempre. Como verán ustedes, todas estas son las problemáticas que siguen describiendo los DSM, no hay en ese punto una gran originalidad la confección de estos manuales. Me voy a centrar en algunas notas que había preparado para arribar a la descripción que hace Kraepelin en su Sexta Edición, de 1896, para hablar ya ahí de manera definitiva de la psicosis maniaco depresiva, entonces ya se admitía que hubiese intermitencias, que alternan. Kraepelin dice, es un síndrome afectivo, motor e intelectual, es decir, que también inhibiría la respuesta del cuerpo no solamente un estado apesadumbrado si no también el cuerpo esta concernido, transitorio o de exaltación o depresión, de ambas, a veces de perplejidad se encuentran amodorrados, torvos, desanimados, presentan una apatía irrazonable y en general así comienza, con una apatía que no se adecua a ninguna razón.

Para Kraepelin podrían ser tres las causas de la psicosis maniaco depresiva: 1) que existan lesiones o irritaciones en algunas zonas del cerebro, 2) que sea una cuestión genética, es decir, heredada, 2) que haya habido algunos encuentros infortunados, azarosos de la historia personal del maniaco depresivo que haría que esta enfermedad se desencadenara. De todos modos, empieza a ser descrito por Kraepelin no solamente la presentación del cuadro para la elaboración del diagnóstico sino la posibilidad de extender un tratamiento y una especie de cálculo sobre la evolución. En el caso de la psicosis maniaco depresiva, son cuadros que no presentaban ningún deterioro ni de razonamiento, ni de la memoria, solamente de los afectos de la motricidad y el pensamiento. Se ubica ahí sobre todo el síntoma específico de la psicosis maniaco depresiva que es el gran aporte de Seglás, un poquito más adelante que los manuales de Kraepelin, Seglás acaba hablando de la depresión como un estado de dolor moral, moral no entendida en el sentido de lo que está bien o está mal, sino dolor que se aloja en el pensamiento, en la mente, un dolor de los pensamientos. En las elaboraciones por venir se hablará fundamentalmente de este dato como el índice para hablar de depresión, el dolor moral.

La idea que presenta Freud en *Duelo y melancolía*, texto del que han estado hablando estos tres días de muchas maneras, así que voy a tratar de resaltar los puntos que me suenan más interesantes y que también de alguna manera fue un hallazgo encontrar en la lectura de Roberto Mazzuca,⁵ una delimitación mucho más precisa de lo que yo venía leyendo o escuchando en distintos espacios. Dice Mazzuca que Freud presenta no la polaridad duelo-melancolía, bipartición que es como un clásico cuando se habla de este texto, que habría entonces en el duelo un trabajo propiamente dicho y en la melancolía un duelo patológico o que no puede realizarse este trabajo, con lo cual se abre nuevamente la problemática de

5 Mazzuca, R. (2007) La perspectiva freudiana en la clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía. En *Las psicosis: fenómeno y estructura*. Bergasse 19: Buenos Aires, pp. 91-111.

las gradaciones donde fácilmente uno se extravía y esa me parece que es una de las dificultades mayores con los DSM cuando introducen esta noción de espectro porque entonces la categoría se amplía de tal forma que caben todos o no caben ninguno y algo así sucede cuando uno lee con esta lupa *Duelo y melancolía* cuando se piensa en el polo del duelo y el polo de la melancolía. Guiados por la lectura de Roberto Mazzuca podemos encontrar que más bien se podrían presentar tres formas donde esa tristeza podría tener lugar, atendiendo además que en el título alemán *Trauer und Melancholie, Trauer* no es solamente duelo, puede ser una palabra con la que se designa a la tristeza a la desilusión, a partir de la tristeza, la desilusión, el pesar, Freud va a armando la comparación con la melancolía, pero no solamente para encontrar en que lugares se asemejan la tristeza y la melancolía, si no también para distinguirla, entonces dice Roberto Mazzuca que habría tres localizaciones de la tristeza.

Primero, esta tristeza que, a veces decimos, es justificable, esta tristeza o este pesar a propósito de una pérdida, a propósito de algo que concluye, de algo que no puede continuar, que sería una tristeza para todos, esa que todos conocemos, incluso podemos decir, que compartimos. Otra modalidad de esta tristeza sería la tristeza en la neurosis, lo que decimos que son neurosis que se melancolizan, aparece la tristeza, los autoreproches, la experiencia de autodenigración, pero en las que dice Freud, por más que pueda estar presente la pérdida del objeto, el reproche, lo que no hay es esta perturbación del sentimiento de sí, lo que Lacan en algún momento, me parece que en su escrito sobre la psicosis, llama "un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida",⁶ la perturbación del sentimiento de sí, esto que pondría en cuestión la juntura más íntima con el sentimiento de la vida, sería entonces privativo de los cuadros propiamente melancólicos o de la melancolización en una psicosis, se

⁶ Lacan, J. (2002) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*. Siglo XXI Editores: Argentina, p. 540

entiende entonces, que sería hablar de la tristeza injustificable, porque incluso distintos psiquiatras en sus descripciones decían que la tristeza en la melancolía parecía no encontrar ninguna justificación. La melancolización en las neurosis le va a interesar a Freud, particularmente la melancolización en las neurosis obsesivas, que en cierto modo descriptivo se parecen bastante a la melancolía, pero se encuentra muy rápidamente que algo del reproche que se hace así mismo el obsesivo, figura como antecedente una fantasía de que esa pérdida ocurriera, el ejemplo que tenemos siempre más a la mano es "el hombre de las ratas", que deseaba ardientemente ver mujeres desnudas y en algún momento se le pasa por la cabeza que para que eso pudiera ocurrir tendría que estar dispuesto incluso matar a su padre, parece que la formulación del texto de la fantasía del hombre de las ratas. Finalmente, la melancolía propiamente dicha o la melancolización de los casos de psicosis, donde además del autoreproche, de la pérdida del objeto, habría algo en la perturbación del sentimiento de sí, otro índice con el que podríamos orientarnos para hablar de esta perturbación del sentimiento del sí, es el caso Schreber cuando habla del ocaso del mundo. Caracteriza entonces Freud al melancólico dirigiendo en esos autoreproches, reproches al objeto de amor perdido, es una herida permanente con una fuga incesante de la libido, con lo cual, ya no puede investir los objetos del mundo, eso queda el retrotraído al objeto erigido al interior del yo.

Con todo eso avanzamos entonces rápidamente, a esto que les decía me resultó muy sorprendente encontrar en Lacan esta idea, esta propuesta de dejar de hablar de afectos, hablar de pasiones y por otra parte hablar de la tristeza como un pecado, ¿pecado? porque ¿qué pecado podría sancionar el psicoanálisis? y después me di cuenta que en verdad tiene una lógica muy sólida y muy bien sustentada. Esta propuesta que hace Lacan de la "simple resección de las pasiones" partiendo de Santo Tomás de Aquino Santo Tomás de Aquino en la *Suma teológica*, donde dice que las pasiones son un indicador ineludible del tiempo presente, que son capaces

de dirigir y mover a la acción, y que la tristeza es un dolor interno a causa de un mal propio, ahí es interesante que de todos modos no dice, no parece señalarlo en Santo Tomas de Aquino, que la tristeza se convertiría entonces en un estado inamovible, solo dice que sería un mal propio y a causa de esto aparece la tristeza como un dolor.

El otro autor que menciona Lacan en esta cita, Spinoza, en la *Ética* dice que la tristeza se opone a la alegría, pero que la tristeza no se opone por ejemplo al placer ni al dolor, en este ordenamiento que hace de las pasiones, que son tres: el deseo, tristeza y alegría. En el caso de la tristeza solo se podría acceder a una perfección menor, en contraste la alegría sería un acceso a una perfección mayor o al camino virtuoso. Siguiendo entonces con la afirmación de Lacan sobre tristeza como una pasión del alma, en todo caso sería un pecado y un pecado qué es índice del rechazo del inconsciente. Podríamos hablar, por lo pronto, de dos modalidades del rechazo; una que merecería un trabajo por sí mismo sería la admisión o no de un significante, no la recepción o no de un significante, con lo cual estaríamos de lleno en el campo de la problemática de las psicosis, para decirlo rápidamente y para no desplegar cuestiones que requieran mayor detenimiento y detalle, Lacan por ahí, en la *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma* dice del autismo y de algunas presentaciones de la esquizofrenia, que habría una elección que se congela, estaríamos hablando de este rechazo que sería la admisión o la recepción o no de un significante. Pero me parece que como Lacan está hablando no solamente del campo de la psicosis si no que está hablando de una clínica diferencial de los afectos en la experiencia analítica, hablar del rechazo del inconsciente sería un poco más amplio y más interesante, más rico teniendo en cuenta este rápido recorrido que hicimos por *Duelo y melancolía* de Freud, donde ya se presenta una clínica diferencial de la tristeza, me parece que la referencia de Lacan es una especie de invitación al psicoanalista a oponerse al rechazo a la subjetivación del síntoma y porque es allí, es esta maniobra la admisión del síntoma, la formulación de una pregunta, de

alguna interrogante, de alguna inquietud, de algún malestar que proviene del síntoma, es para decirlo en términos muy generales y toscos, es también la entrada propiamente en el dispositivo analítico, en donde, efectivamente lo que ocurre ahí es un encuentro con el inconsciente, con la experiencia del inconsciente.

En distintos textos, por ejemplo, en la *Conferencia de Introducción al psicoanálisis I*, llamada *Introducción*, Freud habla de la convicción acerca de la existencia del inconsciente y que ese inconsciente genera efectos, me parece que aquí, cuando Lacan habla de la tristeza como una pasión que sería el índice de rechazo del inconsciente, podríamos leerlo también de esta manera, como ciertas formas de la tristeza que alejan de la pregunta sobre el síntoma, sobre el padecimiento, pregunta que siempre acaba conduciendo a la convicción de que ese síntoma tiene algún sentido, que por algo me ocurre en esos momentos, no antes, no después, que ese síntoma tiene una íntima relación conmigo, me concierne que dice de mí sin que yo lo sepa y en ese punto abrir esa dimensión, la de la pregunta por el síntoma, sería una forma de no rechazar el inconsciente poderse reconocer en él, o desconocerse tal vez, lo que encontramos con más frecuencia es que más bien uno se desconoce ahí y entonces deja de afirmar "yo soy esto, yo soy aquello" pero a partir de esto, la idea fuerte de Freud y de Lacan, es que uno puede orientarse un poco mejor en el campo del deseo, con lo cual y ya para concluir, también me hace pensar en esta proliferación de manuales que hablan sobre la elaboración del duelo, incluso interrogar la idea misma el trabajo del duelo de Freud ya que hay distintos autores que han criticado esta idea de Freud, uno de ellos Jean Allouch, particularmente la idea del trabajo del duelo, porque entonces lo que encontramos es que en el duelo, por ejemplo, en las neurosis obsesivas, esta melancolización de algunas estructuras neuróticas, encontramos que de lo que se trata no es una sucesión de pasos, porque a menudo ya lo han hecho, ya han ido al curso de esto y de aquello, leído el manual de tal o cual, se escucharon el *podcast* de no sé

quién, y esa pérdida parece seguir presente. En indicaciones muy breves de Lacan se puede alcanzar a pesquisar que de lo que se trata no es una elaboración de un trabajo, sino de un cambio de posición respecto de esa de esa pérdida, que entonces implica, además, una relación con los objetos del mundo, con el deseo, la fantasía, el otro semejante, con el Otro. En fin, traté de resumir en estos minutos lo que quería compartir del tema que les presenté.

Preguntas

1. Desde un punto de vista psicoanalítico, ¿Considera que para tratar la depresión no se requieren fármacos o depende del grado de depresión que se manifiesta el paciente?

Quizás volviendo a uno de los puntos que toqué en mi exposición, insisto, este es uno de los problemas de entrar a la lógica de la gradación porque entonces ya no se puede saber cuándo qué tanto es tantito, quizás sería mucho más conveniente, antes que pensar si los fármacos son adecuados –de entrada ya no estoy peleado con la medicación como estuve en mis primeros años de formación donde decía contra todo argumento que no, que no habría que medicar–, quizás en algunos casos pueden servir de un fuerte apoyo en la medida que permiten la palabra, que permiten poner a los pacientes en condiciones de hablar, si se utilizan para eso me parece que podemos promoverlo, apoyarlo, no sé si promoverlo pero si apoyarlo. Pero mucho más y en ese punto es valiosísima la pregunta, quizás conviene interrogarnos con cada paciente que es eso de la depresión. Llegan con esta idea monolítica, de “estoy deprimido”, “bueno, cuénteme ¿qué le pasa?”. Con una paciente a propósito de una serie de dificultades matrimoniales, algo de esto le habla su médico y el médico le dice “usted está deprimida, vaya a ver al psiquiatra” y ella me llama y me dice “me acaban de mandar al psiquiatra, dicen que estoy deprimida”, llega con el psiquiatra, dice que apenas hablo dos cosas y que el psiquiatra le dijo que sí, que efectivamente ella estaba deprimida, le indican fluoxetina y rivotril. A la siguiente vez que veo a la paciente,

le pregunto cómo andaba con eso de la medicación, porque primero estaba que quería tomarla, después que no, viene al consultorio, le pregunto y me dice que acababa de descubrir que no estaba deprimida si no que estaba enojada. Entonces eso, interrogaría primero de qué se trata eso que es una depresión. Por ahí también hay esta dificultad constante, cuando parece que algo no se está moviendo mucho decir que es una depresión y bueno, interesa saber si eso es una tristeza, si tiene que ver con las dificultades estructurales de algunos casos como las esquizofrenias donde no se trata de tristeza, sino, más bien vaciamiento del mundo y ahí no cabría hablar de depresión, de tristeza, sino de este ocaso del mundo, que en todo caso podríamos llamar perplejidad, pero no es tristeza. Es muy importante poder interrogar estos autodiagnósticos, porque de alguna manera los pacientes nos llegan o diciendo que están deprimidos, o diciendo que están ansiosos o que están las dos, hay que poder desmenuzar con mucho cuidado y respeto, con mucha paciencia qué sería eso de estar deprimido, ansioso, porque a veces la popularización de estos diagnósticos puede ser muy engañosa, uno puede adherirse ingenuamente al autodiagnóstico del paciente y lo que se trataba ahí era una cosa completamente distinta, eso podría decir.

2. ¿Podría ampliar respecto a los rasgos obsesivos?

Muchas veces presentes en la melancolía impresión de una neurosis obsesiva pero que en realidad ocultan una melancolía.

Eso también es un tema interesantísimo porque hay que poder admitir que también se trata de esto de rasgos obsesivos o de prácticas obsesivas, pero los rasgos y las prácticas por sí mismas no hacen el diagnóstico, esto todavía no nos habla de su relación, por ejemplo, de si se pudo haber admitido o no o al padre como una referencia. Pero para decirlo rápido también, para no llevarnos mucho más tiempo, el índice freudiano por excelencia para hablar de una

neurosis obsesiva propiamente dicha, es la erotización del pensamiento, no son las prácticas obsesivas, no es la duda, no son los rituales, porque Freud rápidamente admite que eso puede estar en cualquier tipo clínico, pero dice que lo que es decisivo en las neurosis obsesivas propiamente dichas del pensamiento su actividad sexual y en ella se encuentran consuelo, encuentran motivación, en fin, en ese sería el índice más puntual para decirlo pronto, para poder hacer la distinción entre melancolía y neurosis obsesiva. Quizás podríamos pensar también el estatuto de la culpa que en el caso de la neurosis obsesiva siempre es desplazable, en la melancolía tiene una rigidez inmovible, el melancólico no va a dudar, no solamente de que eres una porquería sino que es la más grande de las porquerías, eso seguramente ya lo han dicho varias veces en estas jornadas, el melancólico está convencido de ser la peor de las porterías existentes, el neurótico obsesivo, si recuerdan el caso de "el hombre de las ratas", está poniéndose a prueba constantemente para que le digan que no, él iba con los amigos y les decía "yo soy un ave de mal augurio, cuando hablo mal de alguien esa persona se muere", "me aparezo en tal lugar y hay desgracias", los amigos le dicen, "tú eres un buen tipo, educado", hay algo de eso que entra en el campo de la duda, en el caso de la melancolía por más prácticas que pueda tener de resguardo, eso no va a tener ninguna duda.

3. También nos preguntan, ¿Considera que, a los profesionales de la salud, en este caso los psiquiatras, les hace falta la delicadeza de la escucha para tratar a sus pacientes?

No solamente a los profesionales de la salud, en general hay algo degradado en relación a la palabra en las sociedades industriales contemporáneas, hay algo de descredito que tiene la palabra, sí por supuesto, en todo lo que tiene que ver con el ámbito de la salud, estamos hablando en especie desconfianza en la palabra, los médicos ya no se sientan hablar con sus pacientes, directamente les mandan hacer estudios. Algo que también fue una sorpresa muy ingrata

para mí en los últimos tiempos es ver cómo los veterinarios ya no hablan tampoco con los dueños de las mascotas y directamente les hacen tomar estudios, hay una especie de desconfianza en la palabra, algo en esa escucha que parece una pérdida de tiempo en distintas disciplinas. Convendría siempre convendría, pero es una pregunta que yo llevaría más bien al interior del discurso analítico, cómo entrenamos nuestra escucha, cómo la ponemos a disposición de nuestros pacientes, cómo nos dejamos tomar, ofertamos un escucha para después dejarnos tomar por lo que el paciente trae, no para guiarles en relación a lo que queremos escuchar, sino dejarnos tomar, en términos winnicotianos, para ser ese objeto que después tiene que ser desechado. Es una cuestión que no debemos dejar de lado, ni descuidar nuestra formación como analista, es un término, es una formulación linda "delicadeza de la escucha" ¿cómo podemos afinar o precisar esta escucha?, ofrecer un mejor lugar, la posibilidad de que una elección interesante se pueda tomar en el curso de un tratamiento, este cambio de posición que hablaba al final de mi exposición, algo de esto que oriente mejor en relación al deseo, al trabajo, al amor.

4. Pero ¿cómo aperturarla si el paciente no habla?

Me parece que lo único que podríamos sostener es nuestra presencia, quizás no podríamos hacer más que sostener nuestra presencia, pero esa presencia tiene un valor sí tenemos la suposición, ética por otra parte, de que quien esta del otro lado podía tener algo para decir, quizás eso podría ser suficiente para él que quiera hablar, que nosotros supongamos que tiene algo para decir. Es algo de lo que le pasa a este personaje de "Atrapado sin salida", el protagonista es un hombre que está recluido en una institución mental para zafar de la cárcel, se hace pasar por loco y va a una institución mental, en esa institución mental conoce a una serie de personajes y hay uno que es una especie de jefe indio del que todos dicen que no habla y estando sentados en una banca el protagonista le ofrece un chicle al

jefe indio, que en principio no hablaba, y lo saluda. Le dice "pensé que no hablabas", "es que nadie me había saludado", es un ejemplo un poco bobo, pero es que ilustra bien. Allí, cuando la cosa parece amordazada, quizás solamente alcanza con suponer que el otro tiene algo que decir respecto de su queja, respecto a porque fue llevado, porque es obligado a asistir con un analista y de ahí podría ser la ocasión para pasar a otro escenario, la apertura para restituir la dignidad de la palabra de ese que por alguna razón fue amordazado. Es algo que Lacar denunció en distintos momentos, el poco interés que tienen los analistas en formación o los psiquiatras en el momento la conferencia que estaba dictando, el poco interés que tienen en el loco, lo mismo que dice del autista en esta conferencia que les mencionaba hace momento, la conferencia de Ginebra..., él dice, "bueno ustedes piensan que el autista no dice nada más bien porque no han mostrado mucho interés por lo que tenga para decir", esta misma observación se podría se podría extrapolar a cualquier tipo clínico o cualquier otro fenómeno que demande consulta sea por un razón propia o porque es traído.

Transcripción: Ana Janeth García Vázquez

ALGUNAS CONSIDERACIONES SUBJETIVAS RESPECTO A LA PANDEMIA

Jorge Faccendini

Comenzaremos diciendo que este escrito es de mucha actualidad ya que habla sobre *la pandemia, postpandemia* y su relación con la salud mental. ¿Por qué decir que es de "muchísima actualidad"?, parece redundante insistir que algo actual es de "muchísima actualidad". Los sucesos son o no actuales, pero se les "mide" en función de la cantidad de gente que se ve afectada. La pandemia nos afectó a todos y esta es la razón por la que afirmamos que es de "muchísima actualidad". Pero no solo nos afectó a todos, sino que sigue aconteciendo lo cual es otro fundamento diferente.

Por un lado, está el factor masivo, por el otro el suceso sigue vigente. Por tal motivo, son pertinentes las preguntas: ¿qué nos pasó?, ¿qué nos pasa? y el cuestionamiento más importante, ¿qué nos va a pasar? Pasado, presente y futuro articulados en lo *actual*. Por eso, debemos decir que este escrito, intenta abordar en lo posible un tema articulado por cuatro ejes: el primero se refiere a lo cuantitativo que es lo masivo, los otros tres se refieren a la línea del tiempo: pasado, presente y futuro. Alicia Stolkiner (2021) explica que si pretendemos analizar las dimensiones subjetivas y la posible producción de sufrimiento psíquico y/o de malestar de este fenómeno mientras sucede no podemos aceptar certezas, en otras palabras, el análisis se maneja en el ámbito de las hipótesis y cuestionamientos. Puesto que constituye un escenario inédito respecto de la caída de las certezas con respecto al futuro de lo humano.

Asimismo, no podemos desconocer que hay multiplicidad de lecturas, dependiendo éstas de los marcos teóricos desde los cuales se fundan y, por supuesto, tampoco afectó a todos los países de la misma manera ni quedó sujeto a la

condición de primer mundo, países en desarrollo o países del tercer mundo. Al situar la existencia de diferentes marcos teóricos, nos referimos a que no hay una lectura unívoca sobre este acontecimiento ni sobre los efectos que el mismo ha generado o causado hasta este momento. Por ejemplo, en Argentina, al inicio de la pandemia, las posiciones más ligadas a las neurociencias rápidamente salieron a brindar "tips" e indicaciones sobre cómo debía transitarse el Asilamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y lo que era correcto o incorrecto realizar sobre "ese tiempo en casa". Posteriormente, al prolongarse las medidas en el tiempo, comenzaron a manifestar la existencia de una supuesta crisis en salud mental debido a depresiones causadas por las medidas sanitarias del ASPO y del Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO). En este punto cabe destacar que no es lo mismo un cuadro de depresión que un "síntoma" ligado a la tristeza, al dolor o desazón. Más adelante, se resignificará y aclarará esta diferencia a partir de lo que el psicoanálisis puede aportar sobre lo que conlleva un trabajo de duelo.

Por otra parte, situamos que este acontecimiento no afectó de igual manera al conjunto de la población mundial. Por lo general los países del tercer mundo suelen ser los más afectados, en contraposición a los del primer mundo. Sin embargo, esta correlación no se mantuvo durante esta pandemia, y hemos visto a países desarrollados muy afectados y a otros países no desarrollados con una mejor situación epidemiológica. También debemos tener en cuenta que el escenario de cada país ha sido y sigue siendo muy dinámico y cambiante, viéndose modificada su situación epidemiológica en cuestión de semanas y en ocasiones, en apenas algunos pocos días.

De igual manera, los efectos de la pandemia tuvieron un gran impacto en todos los medios de comunicación, no hubo red social, noticiero informativo, diario, página web, etcétera, que no haya abordado el tema de forma central durante varios

meses. Pondré el ejemplo más cercano por evidente razón. En Argentina, si bien hay una buena situación epidemiológica y un muy alto porcentaje de la población vacunada, la pandemia fue perdiendo terreno en las tapas de los diarios para dar lugar a otros hechos, en un momento fueron las elecciones legislativas realizadas hace algunos meses, luego la inflación, el valor del dólar (en Argentina continuamente se insiste con el precio del dólar), o el reciente conflicto bélico. Lo que quiero decir, es que los distintos medios de comunicación no han sido neutrales, ni ahora ni antes, al respecto de formadores de la opinión pública. Y ha habido unos que han ido desde la negación de la existencia del virus, hasta otros que brindaron siempre pronósticos alarmantes y desgarradores.

Hace unas semanas, en el marco de la X Jornada Académica Internacional organizada por Clínica Psicoanalítica cuyo título era "Mirando al abismo: Duelos, Melancolías y los nuevos rostros de la Depresión", durante la presentación del libro *Volver al duelo-ruedo* junto con mi amigo Felipe Giménez conversamos sobre una obviedad no tan obvia: que no es ni fue lo mismo la pandemia que la cuarentena o aislamiento social. No es que sean opuestos, pero no son equivalentes. Pandemia proviene del griego y remite a una expresión que significa "todo el pueblo". Una pandemia significa entonces una enfermedad epidémica que se ha extendido a muchos países o que ataca a casi todos los individuos y miembros de una localidad o región. Y, desde el discurso médico, todos hemos sufrido la pérdida de algún familiar o de un ser querido o allegado por esta pandemia, todos perdimos a alguien directa o indirectamente.

Pero no solo se trató ni se trata del virus, sino de los efectos que conllevó y conlleva en cuanto a todo lo que implicó e implica abordar la situación epidemiológica, es decir, medidas de aislamiento, interrupción de la posibilidad de movilizarse entre países, incluso entre ciudades, pérdidas de fuentes de trabajo, familias hacinadas en viviendas precarias sin poder salir a trabajar, personas y familias que de convivir

alegremente pero sin cruzarse demasiado durante el día pasaron a compartir muchas horas, lo que trajo aparejado un incremento en los conflictos familiares, y también lo opuesto, grupos familiares que empezaron a conocerse y construir algo olvidado. Es decir, hubo y hay multiplicidad de situaciones particulares, sería una utopía intentar realizar un análisis estadístico preciso, puesto que, como dijimos al principio, la masividad y actualidad del evento y del acontecimiento lo hacen inabordables. Sí podría hacerse localmente, sea en ciudades, provincias, regiones y/o hasta en países, pero globalmente es imposible unificar lectura alguna.

Por eso, así como situamos un eje que sería el de la *pandemia*, tenemos que situar otro eje que es el de los efectos subjetivos, *los efectos en clave de salud mental*. Situar que sean dos ejes no los pone en oposición, pero tampoco debemos superponerlos como si se trataran de lo mismo. Si uno los superpone, rápidamente pasamos de la pandemia respecto al virus, a la pandemia respecto a la depresión. En este punto retomo lo de otras lecturas y lo de los medios de comunicación, fueron muchas las veces que se leía que estábamos ante una pandemia de salud mental respecto a los casos de depresión y los trastornos de ansiedad.

En palabras de Marité Colovini:

La pandemia nos ha afectado a todos, pero no es posible afirmar que de la misma manera. Freud ya había consignado que los traumas colectivos o sociales, si bien afectan a grandes masas poblacionales, no tienen el mismo efecto en cada uno, ya que se trata del balance entre el acontecimiento traumático y los recursos singulares para afrontarlo (Colovini, 2021).

Les comparto dos referencias para seguir entrando más en nuestro tema:

La vida es bella. ¿Conocen la película? Les recomiendo que la vean. Es una película italiana de 1997 escrita y dirigida por Roberto Benigni, es muy linda pero también muy fuerte. Se trata básicamente de un niño y su padre prisioneros en un campo de concentración durante la Segunda Guerra Mundial y todo lo que el padre hace para que su hijo no viva eso. Por supuesto que nos estamos refiriendo a una película, a una excelente película que nos conmueve y produce un sinfín de puntos identificatorios y no pretendemos hacer un análisis pormenorizado de la misma, sino solamente situar este breve recorte.

La segunda referencia es respecto de Winnicott. Durante una reunión de la Sociedad Psicoanalítica Británica, mientras discutían un texto de Freud, empezó a sonar una sirena ante un ataque aéreo. Sin embargo, los allí presentes siguieron discutiendo como si nada. Winnicott se levantó, tomó la palabra y dijo "me gustaría decir que nos están bombardeando". Según el relato de Margaret Little, los otros presentes no dieron mucha atención al aviso y la reunión siguió desestimando la señal de alarma.

Podríamos pensar que ambas referencias tienen como punto en común el contexto de la Segunda Guerra Mundial, pero no es solo eso, sino que en ambas referencias se pone en juego una *renegación de la realidad*. En un caso un padre que no cesa en su intento de que su pequeño hijo no se entere de lo que está aconteciendo, en el otro recorte, siguen como si nada pasara "afuera".

Ahora bien, quisiera que recordemos juntos un caso de Freud, me estoy refiriendo a *De la historia de una neurosis infantil* (caso del "Hombre de los Lobos" (1918 [1914])).

Allí Freud nos comenta que le llamó la atención que ante el fallecimiento de su hermana el paciente no haya manifestado o experimentado el menor dolor, aunque se imponía signos exteriores de duelo. Podríamos decir que se mostraba dolido y triste ante los demás por respeto o porque "era lo que tenía que hacer". Y avanza un paso más (en la consideración de esta actitud del paciente) agregando que este dato lo hizo vacilar durante bastante tiempo respecto al diagnóstico. Luego, termina hallando una manifestación sustitutiva cuando el paciente llora frente a la tumba de un poeta que había fallecido hacía ya mucho tiempo (Freud, 2018, pp. 22-23).

Creo que aquí tenemos una referencia fundamental para pensar lo que nos pasó y lo que nos pasa, a Freud le llamó la atención *la falta de un trabajo de duelo* en su paciente, la falta de sentimientos de dolor, y tomando su definición de duelo, podemos agregar sin forzar su letra que le llamó la atención la falta de tristeza, de desazón dolida, la falta de cancelación del interés por el mundo exterior y la falta de la pérdida de la capacidad de amar e inhibición de su productividad, salvo, por supuesto, por lo ya afectado por la neurosis que padecía. La definición de duelo de Freud ya nos resulta una obviedad, pero como dijimos antes, hay obviedades no tan obvias. A Freud esta falta de dolor y de tristeza en su paciente le hacía dudar del diagnóstico, en ningún momento situó que fuera algo positivo, ni apeló a la resiliencia, ni consideró que estuviera muy bien que su paciente no sienta dolor ante esa pérdida. Y, sin embargo, considero que nosotros podemos correr el riesgo de olvidarnos de esta referencia y caer precipitadamente en la pandemia de la depresión y trastornos de ansiedad. Por eso, con anterioridad, situamos que no es lo mismo un cuadro depresivo que un "síntoma" ligado a la tristeza o dolor. Debemos ser respetuosos de los tiempos subjetivos y particulares, darnos el tiempo necesario para leer si esa tristeza o dolor es el comienzo de un cuadro de depresión o si es la marca y registro de un trabajo de duelo que está comenzando. Puesto que es una verdad incuestionable que, en medio de esta pandemia, de la cuarentena y aislamiento haya habido (o haya) sentimientos de tristeza, de angustia, de miedo, de inseguridad y preocupación

ante la muerte y las distintas pérdidas acontecidas. Es decir, es algo absolutamente lógico y esperable y que más que constituir alarma y motivo de preocupación, representa que quien se encuentra con esos sentimientos está reaccionando acorde a lo acontecido. Lo que debería preocuparnos sería encontrarnos con alegría, sentimientos de omnipotencia, de invulnerabilidad, acciones riesgosas y poco cuidadosas. Digo que sería lo que debería preocuparnos, ya que negar el riesgo y la protección o los cuidados, podría poner en cuestión nuestra relación a la realidad y sus peligros (Colovini, 2021).

En función de lo que venimos planteando, no debemos precipitarnos a *psicopatologizar* o hacer afirmaciones taxativas respecto de las implicaciones subjetivas de lo que estamos atravesando. Tampoco podemos considerar como algo patológico la presencia de algunos niveles de ansiedad ni de una cierta tristeza. Lo que no quiere decir que no merezcan su escucha y acompañamiento, despejando cualquier obstáculo que pueda detener el trabajo de la elaboración particular de cada uno.

Ahora bien, para ir finalizando, unas consideraciones al respecto de lo perdido. Podemos situar que, entre otras cuestiones, se perdió la rutina, la rutina como algo *obvio pero no tan obvio*, es decir, hasta que no se perdió no habíamos reparado en que ella funciona como borde simbólico que contiene en sí mismo el valor de rito: el recurso simbólico e imaginario con el que cuenta cada sujeto para arreglárselas en su vida diaria. Los ritos funcionan como trabajo de duelo con el cual cada uno se las arregla simbólica e imaginariamente, al estar estos impedidos, queda coartada la posibilidad de un saber hacer con eso.

La pandemia, la cuarentena y el aislamiento nos interpelaron en tanto pusieron en evidencia la dificultad

de armar un afuera desde el adentro de cada casa y nos forzó a crear constantemente nuevas formas de tramitar y, por qué no, ritualizar la falta estructural para enmarcar y delimitar las posibles pérdidas. Nos impulsó bruscamente (y aún nos impulsa) a crear un nuevo saber-hacer, a reinventar las relaciones con los demás para poder recuperar el vínculo con el afuera. Así como también, a instituir un nuevo tiempo con cortes que introduzca una discontinuidad. Por lo tanto, a crear una nueva rutina-ritual.

Desde un comienzo se situó que la humanidad estaba frente a un suceso inédito, y justamente el carácter inédito de este acontecimiento es lo que hizo que se presente como pura incertidumbre, conmocionando las estrategias simbólicas de la sociedad y de lo particular.

En este sentido, debemos establecer que la labor del analista que habita lo social en un momento determinado, será la de propiciar un espacio de análisis en el que, mediante su escucha y lectura, se pueda desplegar un sostén fantasmático sin tanto padecimiento, que le permita al analizante construir lo perdido, al mismo tiempo que armar a partir de lo que perdió, y desde el deseo como causa, sus (nuevos) propios ritos. Trabajo artesanal de cada análisis, en el pasaje de un síntoma social a un síntoma particular, es decir, acompañar a cada uno en la elaboración de lo perdido, pero sin ubicarlo como patológico.

Referencias bibliográficas

- Colovini, M. (2021) "Pandemia, Postpandemia y Salud Mental" en Hilo Rojo, boletín de la asamblea de trabajadxs por la salud colectiva, octubre de 2021.
- Freud, S. "De la historia de una neurosis infantil» (caso del «hombre de los lobos»)" (1918 [1914]) en Obras Completas Tomo XVII, Amorrortu Editores, Bs. As., 2018.
- Lauro, F. (2021) "El duelo: ¿qué se pone en juego en lo perdido?", Trabajo Integrador Final en la carrera de grado de la Facultad de Psicología de la U.N.R. Docente responsable: Jorge Faccendini.
- Stolkiner, A. (2021) "El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia" en <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacion-de-pandemia/>

Morning Sun, 1952
Óleo sobre tela, 71.5x101.98 cm
Edward Hopper



Abstracs Jornada X

Conversatorio: “De las neurosis narcisistas a las neo melancolias”

Por. Andrea Amezcua Espinosa

Los diferentes rostros de la melancolía nos invitan a pensar en la transformación que tal concepto ha tenido a lo largo de la historia del psicoanálisis. Uno de los objetivos del presente conversatorio es pensar la transición del narcisismo (y su lado más patológico) cuya conceptualización se podría cifrar desde el texto de 1914 “Introducción al narcisismo”, pasando por el escrito de 1915 (publicado dos años después) “Duelo y melancolía” donde se complejiza el término al añadir el aspecto más oscuro hasta, finalmente, llegar a las nuevas melancolías de la actualidad. Todo ello a la luz de las depresiones neuróticas y las depresiones no neuróticas, es decir, se va a hablar de aspectos teóricos y clínicos, de los lindes entre lo neurótico y lo no neurótico, de la transformación histórica de los conceptos y más aún del impacto que ha tenido esto más allá de la teoría en nuestra clínica.

Cuando Freud encontró la fórmula, la manera en que un duelo se contrastaba con una melancolía, aperturó una nueva manera de concebir la pena humana. Ahora, en la actualidad, podemos encontrar aún más formas de nombrar, explicar y sobrepasar el duelo al que nos vemos sometidos los seres humanos de manera constante a lo largo de nuestras existencias. Es fascinante, y a la vez puede ser desgarrador, encontrar en la clínica las manifestaciones diversas del duelo y la melancolía en nuestros pacientes, por lo cual este espacio se hace vital para el entendimiento teórico y clínico de lo que podemos esperar en la consulta.

Otro aspecto sobre el que se quiere arrojar luz es la situación presente en la que nos encontramos mundialmente, la pandemia, las muertes y las constantes despedidas. Todos

ellos situaciones trágicas que reactivan la esencia de los primeros duelos de la vida. Habrá que pensar entonces en conjunto ¿qué implica perder algo o a alguien?, ¿qué distingue un tipo de reacción de otra?, e incluso ¿cómo ver un mañana después de un hoy vacío o carente de sentido?.

La melancolía a lo largo de las generaciones

Carlos Fernández Atiénzar.

Resumen de la Ponencia 19 de Febrero Jornada "Mirando al abismo"
Ciudad de México.

A lo largo de la exposición me gustaría pensar sobre los cambios que se han podido dar a lo largo de la historia en las manifestaciones clínicas de la melancolía, y como este término ha ido desapareciendo para dar paso al término más impreciso de la depresión. También, porqué la tristeza propia de la pérdida, ha sido sustituida por síntomas quizá más banales y desprovistos de tristeza pero llenos de vacío, en una época capitalista que llena ese vacío con el objeto de consumo; las adicciones y los síntomas corporales (psicosomáticos y cuadros alimenticios que siempre han estado en la órbita de la melancolía y el trastorno borderline como representante de la inconcreción y la fluidez de los diagnósticos).

En este contexto también me gustaría especular sobre la melancolización de la sociedad capitalista y la dificultad de abrirse paso el deseo o el poco espacio para el duelo y la pérdida, ya que no se tolera el vacío que exige ser llenado pronto y siempre. El objeto se convierte así en objeto de adicción. La sociedad de consumo dificulta la posibilidad de hacer duelos, como le sucede al melancólico que tiene el objeto perdido incorporado, precisamente porque el objeto de consumo está constantemente adherido al sujeto. no hay destete, la palabra no puede salir de la boca porque el seno está constantemente en ella. el lenguaje permite el duelo y el duelo elabora simbólicamente la pérdida. Pero si el objeto está siempre presente, no hay duelo posible.

Para simbolizar este hecho, pensaremos en la época de nuestros abuelos; ellos vivieron la guerra civil y los traumas y pérdidas silenciadas, ocultadas y su posible influjo en el psiquismo de las generaciones venideras. También el brusco cambio de la vida rural a la urbana y la nostalgia que anidó y melancolizó sus almas.

En cuanto a la clínica, podemos pensar que la tristeza empieza a considerarse un estorbo. Afecto humanizador, como la angustia, cuando hay tristeza hay menos vacío, menos real, menos agujero. la tristeza nos desplaza a un segundo momento más psíquico y elaborado. la tristeza envuelve un vacío mortal y humaniza el ser, aunque la tristeza melancólica sea infinita. Si me permiten la licencia, la tristeza es a la melancolía lo que el delirio es al automatismo mental en la psicosis. Con la tristeza se puede hacer algo; llorarla, dolerse, crear. Con el vacío no; el vacío se actúa o se llena.

Finalizaremos la exposición con algunos apuntes sobre la melancolía y la transmisión generacional de culpas y silencios y como los duelos/traumas no resueltos pueden provocar un agujero en la cadena significativa del legado familiar. Como una deuda pendiente en la que hay que poner una palabra o un afecto para que no destruya el psiquismo. Lo ocultado tiene la función de preservar el narcisismo del sistema familiar pero a costa de destruir la psique de alguno o varios de los miembros.

Lecturas recomendadas:

Freud, S., Duelo y melancolía
Recalcati, M., La clínica del vacío
Recalcati, M., El complejo de Telémaco
Lacan, J., El Seminario. Libro 10: La angustia
Fernández, C., Melancolía, clínica y transmisión generacional

Cuando la realidad supera la ficción analítica.

Carlos Fernández Atiénzar.

“La realidad es aquello que no desaparece cuando dejas de creerlo”
Philip K. Dick.

Recuerdo la afirmación de un analista que apuntaba en exclusiva a “la fantasía inconsciente” como el detonante del padecer de su paciente; si aquel mal hundía sus raíces en algún acontecimiento feroz, era irrelevante para el curso del análisis. Me sentí particularmente confrontada por sus aseveraciones. ¿Cómo tomar una posición ética ante el dolor del otro en tanto se desestima la realidad fáctica? ¿No es eso una de las manifestaciones de la locura o de la desmentida? ¿En qué convierte eso al analista? El psicoanálisis y sus acólitos pecan a menudo de solipsismo, a riesgo de hacer de la letra escritura sagrada e interpretar al paciente como si se tratara todo del sueño de Brahma. Por eso, a riesgo de ser tachada de idiota, me quedo con estas palabras de Lacan: “... lo real es inmundado y hay que soportarlo” . 1

En 2019 un grupo de científicos, expertos en salud pública y medioambiente, pertenecientes a la Universidad de Queensland, en Australia, publicó los resultados de un estudio que mostraba la relación entre las aguas residuales y la brecha socioeconómica. En las zonas de mayor renta encontraron vitaminas y alcohol, en tanto en las de menor renta los analgésicos (opioides) y los antidepresivos iban a la cabeza. ¿Qué nos quiere decir esto? ¿Necesitamos más pistas?

Sólo los idiotas creen en la realidad del mundo, lo real es inmundado y hay que soportarlo. -- 1 Jacques Lacan, Escritos.

Social, demographic, and economic correlates of food and chemical consumption measured by wastewater-based epidemiology. Phil M. Choi, Benjamin Tschärke, Saer Samanipour, Wayne D. Hall, Coral E. Gartner, Jochen F. Mueller, Kevin V. Thomas, and Jake W. O'Brien. PNAS October 22, 2019 116 (43) 21864-21873; first published October 7, 2019; <https://doi.org/10.1073/pnas.1910242116>.

Hay realidades insoslayables. Un paciente en la treintena, egresado universitario, bilingüe, va de trabajo precario en trabajo precario, hay pocas vacantes en su área de especialización. Está deprimido, teme al futuro, a una vejez sin jubilación. Por cierto, la palabra jubilación proviene del latín “iubilare”: gritar de alegría. ¿Tendrá este muchacho una vejez con alegría? Un segundo paciente, al que atiendo a distancia desde hace unos años, tras su mudanza a Lyon, se informa sobre fórmulas autogestivas, se siente amenazado por el cambio climático y un posible colapso civilizatorio. ¿Puedo señalar sus temores como paranoides? El cambio climático es una realidad, y se sabe que está incidiendo en el acceso a recursos esenciales como el agua y el alimento. Saber plantar lechugas y cardar lana puede no ser una idea tan absurda, viéndolo así. Datos de la encuesta nacional del Instituto Francés de la Opinión Pública (IFOP) realizada en 2018, arrojaban que el 85% de los franceses se encontraban “preocupados” por el calentamiento global, la cifra se elevaba al 93% entre la población de 18 a 24 años. ¿Está mi paciente entre ellos? Y volviendo al primer caso, ¿es sólo ansiedad neurótica, anticipación o será que ve con claridad el futuro que se nos presenta? ¿Podrá jubilarse? ¿Podremos? En los últimos 150 años el mundo ha sufrido 14 recesiones, la causada por el coronavirus puede llegar a ser la cuarta peor, según predicciones del Banco Mundial. De 1991 a 2021 se ha duplicado la tasa de desempleo a nivel global, y a eso podemos añadir el surgimiento de una nueva clase social, el

4“precariado”: aquellos que viven bordeando el umbral de la pobreza y bajo la constante amenaza de perder su empleo, sin seguridad económica o social a merced, sobre todo, « Balises d’opinion » #42 Les Français et le réchauffement climatique. Ifop-Fiducial pour 3

CNews et Sud Radio. 2018. <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/10/115209-Rapport-CN-SR-42.pdf4>

4 <https://www.ilo.org/wesodata/?chart=Z2VuZGVyPVsiV-G90YWwiXSZ1bml0PSJOdW1iZXIiJnNIY3Rvcj1bXSZ5ZWFiR-nJvbT0xOTkxJmluY29tZT1bXSZpbmRpY2F0b3I9WyJ1bmVtc-GxveW1lbnQiXSZzdGF0dXM9W10mcmVnaW9uPVsiV29ybG-QiXSZjb3VudHJ5PVtdJnllYXJUbz0yMDIyJnZpZXdGb3JtYXQ9Ik-NoYXJ0IiZhZ2U9WyJBZ2UxNXBsdXMiXSZsYW5ndWFnZT0iZW4i>
<https://www.pnas.org/content/116/43/21864/tab-article-info?chart=Z2VuZGVyPVsiV-G90YWwiXSZ1bml0PSJOdW1iZXIiJnNIY3Rvcj1bXSZ5ZWFiR-nJvbT0xO>

de la desregularización del mercado de trabajo. La crisis global – económica, ambiental y migratoria–, produce efectos catastróficos sobre el bienestar material y el equilibrio psicológico de buena parte de la población mundial. Mis analizantes no están atenazados en exclusiva por sus fantasmas, no deliran o no siempre, y ¿Qué voy a hacer con eso? ¿Qué podemos hacer con eso? Podemos convertirnos en las cheerleaders de nuestros pacientes para que vayan henchidos de entusiasmo a su trabajo en el call-center o de tanto en tanto darles la razón para que no la pierdan y afirmar que sí, que tal como acaban de señalar, su trabajo es un trabajo de mierda y que en tal caso, sobre eso no pueden atribuirse ningún mérito ni hallarse por eso mismo en demérito.

CONVERSATORIO 4 “DUELO Y ABATIMIENTO HOY”

La hebra de la locura

En «La sexualidad en la etiología de las neurosis» (1898a), sostendría que se torna lícito «responsabilizar a nuestra civilización por la propagación de la neurastenia» (AE, 3, pág. 270) **James Strachey**

El imperio de lo efímero. Sociedad donde prolifera un estado de individualismo hedonista, disfrutando los placeres, intentando evitar el dolor. El goce, una vida de placer que lleva a la tristeza, al vacío... a la muerte. A una existencia ligera reinada por Narciso, para que con extremidades líquidas el sujeto se tome del entramado escurridizo que la cultura ofrece al desdibujarse el Otro. Tierra fértil para cosechar nuevas generaciones líquidas, sin contención social.

¿Qué repercusiones tiene el ahora sobre-vivir así?

El devenir de un despliegue de complejas neo angustias que se impregnan en el telar deficiente, donde el individuo le es difícil sujetarse, por lo que su identidad se filtra entre los agujeros que lo sucumbe en el nódulo central de un vacío existencial. El individuo deja de ser/estar sujeto por lo que se convierte en objeto del Otro. Queda atrapado sin posibilidad de salida alguna, hacia una subjetividad propia, desabastecido de herramientas para afrontar duelos.

Lo único que queda libre son los afectos, torbellino de dolor que no cesa. Es ahora cuando el afecto no puede ser el estambre con el cual se entreteja una representación palabra y lejos de existir un entramado, solamente es una hebra la que queda postrada en su piel, a modo de una fina cortada. Lesión auto infringida con un único objetivo, el de apoderarse

de un cuerpo que hay que salvar, arrancándolo de la posesión del otro. Hacerlo suyo, imponiendo límites. Destruir al otro o destruirse a sí mismo: es lo mismo [Green]

El cuerpo queda sobre expuesto en la red de lo social, en las redes sociales. El sujeto se encuentra despojado de su cuerpo, que pasa a ser propiedad de una sociedad utilitaria y que como tal, es desechado lo que no le es "útil".

Estamos ante una sociedad que descalifica la capacidad reflexiva de los individuos, por el contrario la alimenta de "ideas rápidas" manuales simplistas de lograr la felicidad, sin que ésta se encuentre definida por cada uno. Una sociedad que promueve una ingeniería inversa de los planteamientos de Bion. Ahora la madre-sociedad ya no es capaz de "contener" mentalmente al estado afectivo intolerable de las nuevas generaciones; se promueve la desmentalización, el no apego, la ligereza de los vínculos. ¡Estamos enloqueciendo!

¿Dónde estamos los analistas parados? ¿Cómo nos movemos?, huir de quedar atrapados en una escucha estéril, "protegidos" bajo un encuadre rígido que paraliza nuestra praxis, sin por ello mover el péndulo al otro extremo entregándonos a la simplicidad. Pensar en ir construyendo un encuadre acondicionado a manera de Green, para no quedar "des-armados" (des-amados) ante el analizante que se encuentra sumergido en duelos donde la respuesta a sobrellevarlos a decir de Davoine, es hacer surgir lazos por fuera de la norma y llamarlos locos, cuando fue esto lo que los llevo a sobrevivir, ante una sociedad que pareciera des-investe al sujeto para destruirlo mediante un no-existir abrazándolo con indiferencia.

“¿De qué se trata el Edipo?: articulación del deseo, el lenguaje y la sexualidad”

Mtro. Hugo Toro.

Jornada 9ª "Encrucijadas del Edipo: sexualidades"

Sumario de la ponencia: ¿A dónde caminamos?, ¿desde dónde caminamos y en qué condiciones?

El Edipo como fundamento estructural del sujeto, abre las condiciones mismas sobre las que habrá de erigirse la lógica del inconsciente, descubierta por Lacan a través de su lectura paradigmática de los textos freudianos. Hoy, los analistas estamos convocados a una reubicación de nuestro quehacer clínico, ¿haremos como Edipo y seguiremos, luego del evento traumático, caminando desde la ceguera?

La exigencia de repensar el Edipo implica siempre la posibilidad de hacer escala en nuestra propia historia, la historia del movimiento psicoanalítico está embargada de emocionantes episodios pero el Edipo ha quedado intacto en sus consecuencias respecto a la sexualidad; hoy más que nunca debemos establecer una lógica de comprensión que arme sus consecuencias clínicas desde una visión lógica, un lenguaje común que permita entender ¿de qué se trata el Edipo?

Este trabajo tiene tres ejes que son colocados en un orden no aleatorio: deseo, lenguaje, sexualidad. El devenir natural del ser en tanto sujeto pasa por los registros de estos tres elementos; entender el Edipo como un movimiento discursivo que instala la posibilidad de sexuación es una de las condiciones a las que apunto cuando planteo preguntarnos ¿de qué se trata el Edipo?, es decir, responder a esta pregunta de una manera no determinista, lineal, ni dogmática,

parecerá permitir a los analistas una aproximación más amplia, llevadera y aterrizada en las realidades clínicas que observaremos de aquí a los años venideros.

Nuestros analizantes y nosotros mismos armamos nuevas formas de implementación de ese movimiento discursivo que llamamos Edipo. ¿Por qué señalo que es un movimiento discursivo? Porque todo discurso, parte de la ubicación de los componentes de sus personajes en una posición determinada, posición que se configura de manera global en las figuras de la tragedia griega que inspiró a Freud. De ahí que sea importante entender que el discurso tiende a cambiar de acuerdo a cada sujeto, por lo tanto, sus consecuencias en la instauración del deseo como movimiento metafórico del objeto causa del deseo, hiancia de una falta constitutiva del sujeto, son diversas, pero no es diverso el y los mecanismos que permiten el libre tránsito y cauce de estos fenómenos. No olvidemos que finalmente, este deseo, la posibilidad de ser sujeto deseante implicará también la posibilidad de sexuación, la posibilidad de colocarse en una determinada posición respecto a la sexualidad, cada cual habrá de buscar desde el origen del movimiento discursivo del Edipo, el retorno a ese mito, un retorno que nunca se cumple y en el que el sujeto se encuentra una y otra vez atorado con representantes, prestanombres que le dan secuencia a su existencia y sobre todo posibilidad al inconsciente de manifestación. Así pues, replantearnos el Edipo, sugiere también replantearnos la escucha con analizantes que colocados frente a su deseo en la sexualidad nos hablan no necesariamente desde la perversión o la psicosis, sino desde un lenguaje que se ha armado con una lógica que no ha encontrado oídos que le escuchen.

Esta ponencia tiene por intención, señalar las etapas estructurales del Edipo, sus consecuencias en el campo del lenguaje y del deseo; para así aperturar la comprensión de sus vínculos con las sexualidades que se presentan en consulta.

Depresión: psiquiatría, historia y psicoanálisis

Liliana Hernández Almazán

RESUMEN

1) Génesis historiográfica de la melancolía

Parto de esa primera coordenada de la locura melancólica, para esto considero central partir de Aristóteles, quien fue de los primeros pensadores que recurrió al sincretismo de la medicina y la filosofía, para abordar el tema de la melancolía. A partir de él, otros se han acercado a esta enigmática posición subjetiva, conjuntando un saber del conocimiento y de las artes. Si anteriormente se escuchaba decir "sangrías y enemas y que supure la herida para tratara los residuos, ahora decimos: que supure la herida a través del discurso con y sin palabras".

Aristóteles era un gran melancólico ya lo propuesto en su problemata XXX, es excepcional, donde la bilis negra es un residuo crudo, no digerido. Pigeaud (1996) en el prólogo al texto nos dice: "es preciso pensar en el vínculo entre esta materia superflua, este residuo de la cocción, este humor estúpido, y la creatividad del genio, el ímpetu de la imaginación". Demócrito fue otro gran melancólico, que se aislaba para encontrar la naturaleza del humor negro. Me parece que en el análisis se trabaja con el germen posibilitador aquel que se escapa, pero también con los residuos o desechos del sujeto.

Antes del siglo XX, eran más bien la melancolía y la tristeza las que tomaban el primer lugar en la escena de este tipo de enfermedades "mentales", no la depresión. Desde el campo de la psiquiatría, a mitad del siglo XX, Henry Ey concibió a la melancolía como "desestructuración ético

temporal". Enfermedad del tiempo que convierte al sujeto incapaz de proyectarse en el futuro. Y ética porque señala el trastorno de la relación del sujeto con el acto (inhibición).

Freud en *Lo perecedero* (1915) menciona dos actitudes con relación a lo efímero: por un lado rebelarse y por el otro el estado doloroso que conduce a la desvalorización y a la desinvestidura previa. Este estado de duelo anticipado es común a los seres humanos cuando toman conciencia de lo fugaz de los objetos que conforman su mundo.

Algo que ha caracterizado a lo melancólico, desde tiempos atrás, es el impacto del cuerpo debido a las aflicciones del alma... Como sabemos el cuerpo es sede de lo abyecto o monstruoso, que causa espanto. Como sabemos, en el melancólico, el dolor rebasa el espacio del lenguaje, entonces hablamos de los vestigios de la locura o melancolía en el cuerpo: como el suicidio, autolesiones, pero también fenómenos del orden de lo negativo: como la alucinación negativa, el síndrome de Cotard (ese cuerpo sin órganos). ¿También los tatuajes, la psicosis? Aparece una especie de escritura originaria preverbal, hecha de trazas cutáneas.

2) Atisbos de "lo blanco" en la bilis negra

Definitivamente lo negro carga consigo el presagio, el mal augurio...lo oscuro Mora en el melancólico, en la tragedia, ¿pero y lo blanco? ¿Qué dicen al respecto Green y Donnet? En el tiempo fragmentado, Green (2001) habla de la melancolía y aquella huella no representada, sino inscrita como una "anemia de investiduras". Es decir, os invita a pensar lo blanco, a pensar la desinvestidura radical de estados anímicos en blanco, aquellos que aluden a la clínica del vacío, de lo negativo. ¿Será que el dolor ha cambiado en esta época actual? Recalcati (2008) menciona: "El vacío es como un eclipse, como un sentimiento de inexistencia, de irrealdad... la experiencia de vacío es vivenciada como una experiencia de anti-deseo absoluto".

TRISTEZA Y RECHAZO DEL INCONSCIENTE

Por Edgar Vázquez

Nos proponemos presentar la temática desplegando tres órdenes de ideas: en primer lugar, ubicar el contexto de la discusión psiquiátrica en la que se inscribe la concepción freudiana de la melancolía, momento en el que se abandona la forma canónica de la misma [1] para dar paso al estudio del amplio y cada vez más difuso campo de las depresiones. En contraparte, en el trabajo de Freud [2] se reconoce una variedad discontinua, y no una gradación, de estados que tienen en común un afecto doloroso y la pérdida de interés por el mundo exterior en los que propone algunas claves para establecer las semejanzas, pero, sobre todo, las diferencias: los fenómenos consignables, las ocasiones de desencadenamiento y, sobre todo, la diversidad de respuestas frente a la pérdida de un ser amado, una situación o un ideal. De esta forma precisa una franca diferencia entre órdenes que no se superponen: a) un sentimiento "normal" de tristeza, b) estados melancolizados en tipos clínicos que no son psicosis, cuyo paradigma será la neurosis obsesiva y sus auto-reproches, c) la melancolía propiamente dicha junto con otras depresiones psicóticas.

Dentro de la breve "resección de las pasiones" [3] que propone Lacan, la tristeza ocupará un lugar privilegiado en la serie de afectos que dicen algo del inconsciente, siguiendo a Dante y Spinoza, le llama "cobardía moral", pues se trata de una posición de rechazo, de extravío del inconsciente, por ello la dificultad de orientarse en relación al campo del deseo, del amor, de los lazos sociales, etc.

Nuestra propuesta tiene como propósito conversar sobre la importancia de reconocer la originalidad de las distinciones introducidas por Freud y los aportes de Lacan para posicionarse

convenientemente en la dirección de los tratamientos que el practicante recibe en su consultorio.

Bibliografía:

- 1) Freud, S. (1915) "Duelo y melancolía". En *O.C.*, t. XIV. Amorrortu: Buenos Aires, 2006, pp. 235-255.
- 2) Gros, M. y Lanteri-Laura, G. (1998). "De la melancolía a las depresiones". En *Melancolía y dolor moral*. EUNLP: La Plata, pp. 41-56.
- c) Lacan, J. (1973) 'Televisión'. En *Otros Escritos*. Paidós: Buenos Aires, 2012, pp. 535-572.

Del síntoma como vía al rechazo de la castración

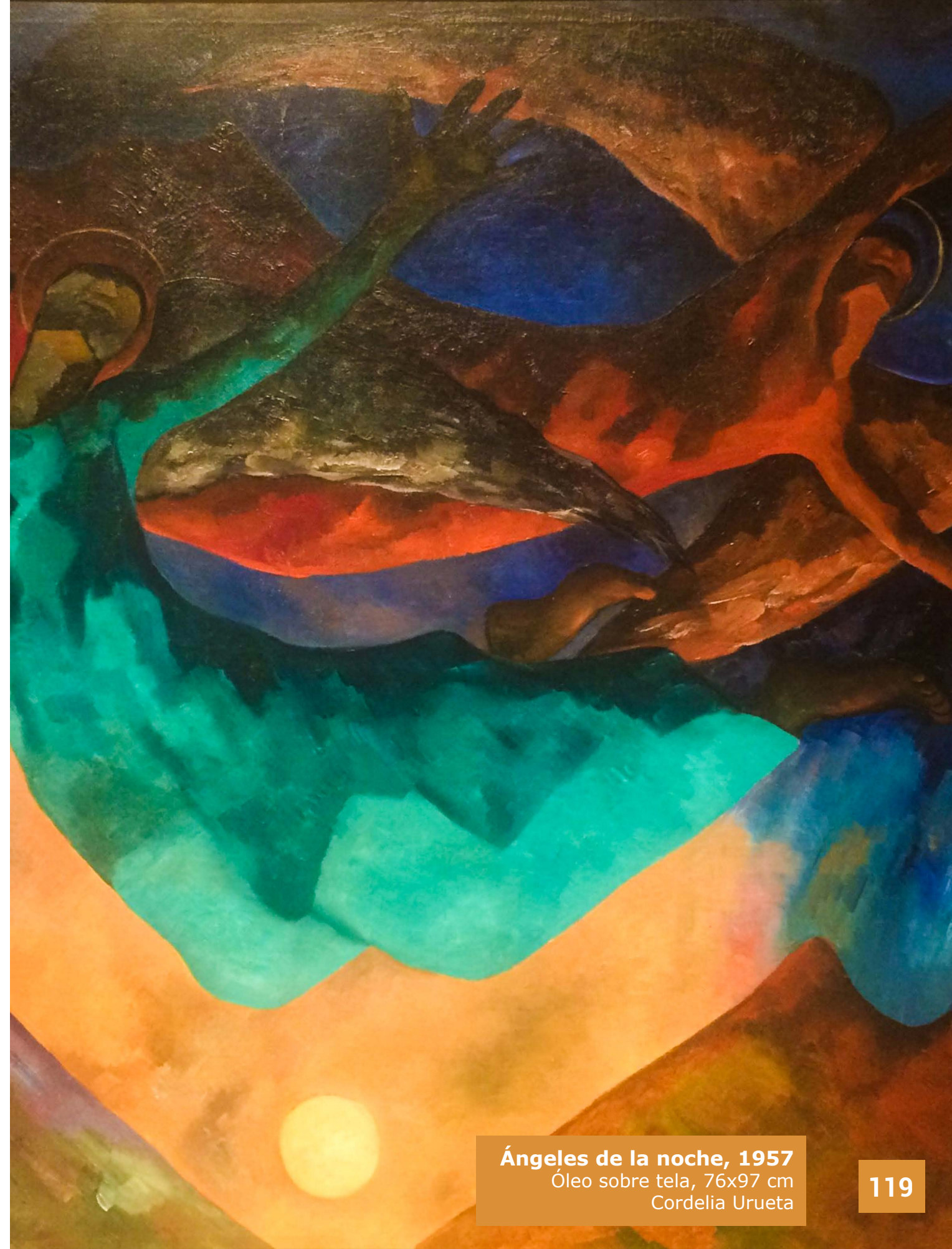
Por Andrés Cerón S. Psicoanalista.

Esta falta en ser planteada por Lacan, parece que justamente en el sujeto contemporáneo hay ausencia de la falta, pues está ahora imposibilitado para alojarla, los objetos ya no son para ser perseguidos, por así decirlo, más bien la oferta es justamente al contrario, quedan al alcance, y precisa ahí la disyuntiva clínica, pues se trata de saber hacer con un sujeto que presenta un vacío donde se adelgaza su deseo o, por otro lado, sostener que es una nueva forma de síntoma. Silvia Bleichmar alrededor de los 80's planteaba que había nuevas formas de enfermar pero no nuevos síntomas, entonces qué tan nuevo es esto? Da la impresión de que el sujeto abocado ante la angustia del vacío, de tener que vérselas ante ese adelgazamiento del deseo, encuentra formulaciones que hacen posible un punto de fuga, un momento en que la propia existencia o es cuestionada y que por un instante podrá descubrir que hay una hiancia entre él y su objeto; o que por el contrario se abandona ante la impotencia de la sobreoferta de objetos propuestos por el discurso neoliberal.

En ese punto de fuga lo que no alcanza es a producirse una nueva política del tiempo, que no sea de el de la inmediatez señalado Jaques Alain Miller, pues no hay prolongación de la espera ni dilatación, de inmediato se instala la necesidad de un proceso primaria que no hace corte, y por ende se taponan con el siguiente objeto ofrecido por el mercado. Lo que se tiene aquí es la oferta del mercado donde se reduce el deseo y el goce como una mercancía más. Se confunde entonces las formulaciones de apetencia con el deseo. Es ésta la falacia ofrecida por el capitalismo, que es posible la relación directa con el objeto, desarticulando de esa manera el deseo.

Se trata entonces de una clínica que posibilite hacer de nueva cuenta operativa la función de la castración, que el distanciamiento no sea geográfico sino subjetivo, en la época donde no existe el Otro y el otro se liquidiza en agonía del eros, donde la propuesta universalizadora del mercado es que todo es posible para todos sin restricción ni consecuencia.

Pese a todas las ofertas de vivir sin dolor, éste sigue existiendo, siguen apareciendo formulaciones que dan cuenta del malestar subjetivo, que revisten un conflicto, por ello, hoy más que nunca el Psicoanálisis es una propuesta que permite comprender la lógica del sujeto contemporáneo, y claro, seguir en dialogo con otras ciencias.



Ángeles de la noche, 1957
Óleo sobre tela, 76x97 cm
Cordelia Urueta

Historias con movimiento en imágenes

La casa de Jack: apuntes sobre el odio

José Juan Ruiz Reyes

Para pensar la zona de confluencia melancolía-paranoia —menos estudiada por el discurso psiquiátrico y el saber psicoanalítico que la confluencia esquizofrenia-paranoia—, podemos servirnos de la pasión del odio que Lacan trabajó en distintos momentos de su enseñanza.¹ En esta ocasión nos referiremos brevemente a algunos de los muchos elementos que la cinta *La casa de Jack*² del director danés Lars Von Trier puede enseñarnos.

La cinta parte de un tópico que podemos rastrear hasta Thomas De Quincey: el asesinato como obra de arte. También puede seguirse en ella un tópico aun más antiguo, el de las relaciones entre la melancolía y el arte. El tema varias veces retratado del mito de Saturno devorando a sus hijos da cuenta de la relación entre genio y locura: se requiere de una cuota de locura para crear algo que vaya más allá de los clichés de cada época, pero demasiada devora al propio artista.

A través de una historia desarrollada en cinco actos y un epílogo, se nos narra la historia de Jack, un ingeniero que anhelaba ser arquitecto, diagnosticado con un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y que repetidamente busca crear la casa de sus sueños, para acabar destruyéndola cada vez que se da cuenta que no es la casa a la que su arte aspiraba. Seguimos el hilo de su trama a través de un diálogo entre Jack y un personaje llamado Verge del que hablaremos más adelante.

1 Ruiz, J. (2021). *Los que delinquen por odio de sí*. En: Berger, V. (2021). *Enseñanzas de la prisión*. México: Ediciones Akasha.

2 Von Trier, L. (2018). *The House That Jack Built*. Coproducción Dinamarca-Francia-Alemania-Suecia: *Zentropa Productions, Radio (DR), Film I Väst*.

El primer incidente nos muestra el primer asesinato de Jack, suscitado a partir del encuentro en la carretera con una mujer que tiene su auto averiado y que pide la lleve a la estación de servicio más cercana. En el camino juega con la posibilidad de haberse subido al auto de un asesino sin saberlo. Después de varias idas y vueltas ella le dice que, aunque en el inicio pensó que podría estar en peligro, ahora piensa que no podría ser así porque Jack es demasiado “débil” para ser un asesino; como respuesta Jack frena el auto y le golpea el rostro con un objeto que tiene a mano, acabando de este modo con su vida, este objeto —una de las ironías de las que la película está salpicada— es un gato hidráulico: *hydraulic jack*, en inglés.

Jacques-Alain Miller en el prefacio a Francesca Biagi-Chai sobre *El caso Landru*, diferencia los crímenes de utilidad — todos aquellos que persiguen algún tipo de beneficio por el acto criminal cometido— de aquellos movidos por el goce. Justamente este primer asesinato funciona para Jack como encuentro con un goce que lo llevará a convertirse en un asesino serial. “Si el crimen de goce es al mismo tiempo desconcertante y fascinante —dice Miller—, es porque cuenta con una meta en sí mismo, llevando a su autor a una satisfacción tan singular que no puede ser compartida: es incomprensible para cualquier otro, resiste al universal, definitivamente silenciosa —no hay entrevista de salud mental que pueda hacerla hablar, no hay estadística que reduzca su originalidad”.³ Esta cita de Miller nos recuerda el punto de indecible de todo pasaje al acto criminal y a lo largo de la película veremos desplegarse el núcleo opaco de este goce, aun para el propio Jack. Luis Darío Salamone, parafraseando a Jean-Paul Sartre dice “[...] el Mal es uno de los nombres del goce [...] el infierno no es el Otro”.⁴ Veamos entonces algo de lo infernal del goce que se impone a Jack.

3 Miller, J-A. (2012). Foreword. En: Biagi-Chai, F. (2012). *Serial Killers. Psychiatry, Criminology, Responsibility*. Edición simultánea en Estados Unidos y Canadá: Routledge. p. XI. La traducción es nuestra.

4 Cevallos, G. (2021) Prólogo: Uno de los nombres del goce. En: *La función del mal*. Buenos Aires: Grama. p. 19.

El siguiente incidente —cuya víctima será nuevamente una mujer— nos muestra un crimen ya planificado, pero aun torpe en su ejecución. También articula el cambio en la economía del goce de Jack, entre más mata, en mayor medida cae la sintomatología obsesivo-compulsiva. Cabe aclarar que no solo se trata de la muerte, puesto que Jack fotografía los cadáveres en composiciones artísticas y envía después algunas fotos a la prensa, buscando así escandalizar al Otro. Sigmund Freud en *Duelo y melancolía*,⁵ indicaba que, si las autoacusaciones del melancólico se escuchan con atención, pueden reconocerse como reproches hacia alguna persona del entorno del enfermo. Nieves Soria sigue esta indicación articulándola con el trabajo clínico de Karl Abraham, quien señalaba que en varios casos de varones melancólicos se hacía presente un odio consciente hacia la madre, y no el odio inconsciente y reprimido hacia el padre del complejo de Edipo.⁶ Casos como el del multihomicida Ernst Wagner —tratado extensamente por el psiquiatra Robert Gaupp—, dan cuenta del viraje de las autoacusaciones a partir de localizar el odio en otros. Nieves Soria nos señala que las prácticas perversas constituyen en ocasiones intentos de dar un tratamiento a la anestesia melancólica, entre estas podríamos ubicar la crueldad.

El tercer incidente es justamente uno de los más crueles del *film*, en este Jack asesina a una madre y dos hijos. En esta secuencia la opacidad de su goce es bordeada — con la lucidez característica del melancólico, que podemos nombrar tomando uno de los significantes de la cinta: “luz demoniaca”—, a través de un apólogo narrado por el propio

Jack: Imagina a un hombre caminando bajo las luces de una calle, bajo una de ellas su sombra es muy densa pero

5 Freud, S. (1995) Duelo y melancolía. En: *Obras Completas*, Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, p. 145.

6 Soria, N. (2017). *Duelo, melancolía y manía en la práctica analítica*. Buenos Aires: Del Bucle. p. 101.

también es muy pequeña. Cuando comienza a caminar su sombra crece frente a él, la sombra crece y crece mientras se desvanece. Y la sombra creada por el siguiente farol emerge y se hace cada vez más pequeña hasta que alcanza su máxima densidad cuando el hombre se detiene directamente bajo la luz. Digamos que soy el hombre parado bajo el primer farol, después de cometer un homicidio. Me siento fuerte y satisfecho. Comienzo a caminar y la sombra frente a mí crece tanto como mi placer y al mismo tiempo el dolor se aproxima representado por la sombra de atrás, del siguiente farol. Y en el punto medio entre ambos faroles el dolor es tan grande que sobrepasa mi placer. Y con cada paso adelante el placer se disuelve y el dolor se intensifica detrás de mí. Finalmente, el dolor es tan insoportablemente intenso que debo hacer algo. Por eso, cuando me alumbró por completo la siguiente lámpara vuelvo a asesinar.⁷

El siguiente incidente nos confirma lo serio de la serie en el odio de Jack, nuevamente se trata de una mujer —claramente el principal blanco de su odio— con la que Jack mantuvo lo que llama “un romance”, en el que aparecen en primer plano el desprecio y la humillación. En esta escena el estilo fetichista del varón se real-iza con el cercenamiento de uno de los senos de esta mujer, que Jack conservará como macabro recuerdo.

Reservamos la sorpresa que depara el quinto incidente para los que no hayan visto la cinta, pero consideramos importante mencionar algo sobre el epílogo. En este se nos revela que el omnipresente Verge, se trata en realidad de Virgilio, quien todo el tiempo ha estado guiando a Jack al infierno mientras dialogan sobre sus crímenes y el arte. Los incidentes narrados han sido atroces, sin duda, pero Virgilio asegura —otra ironía de la historia— que no ha conocido peor ser humano que Jack ¡Ni Hitler, Genghis Khan, Stalin o cualquier otro genocida que se les ocurra podría superarlo! Jack es la escoria entre la escoria, lo peor de lo peor, lo que

⁷ Von Trier, L. (2018). *Op. Cit.*

nos revela su identidad con el objeto desecho, tal como la articula Lacan la posición melancólica. Al fin del viaje, como oscuro reconocimiento le es concedido a Jack descender hasta el punto más bajo del infierno, ahí donde se abre un puro abismo en el que se defenestra en una caída infinita que cierra la cinta.

Claude Lázaro nos señala que si el melancólico encarna “[...] el dolor de existir en estado puro” una vía de solución perversa consiste en deslizar al otro el propio dolor convirtiéndolo en víctima.⁸ Es una de las vías de tratar lo intratable, en ocasiones concluye con la propia muerte, en otras conduce a la condena en prisión tras uno o más pasajes al acto. Conviene entonces seguir profundizando en esta vía, para tratar de captar en el discurso de odio como una de las formas de malestar en la civilización y el uso fatal que ciertos *parlêtres* le dan para paliar el odio propio.

⁸ Lázaro, C. (2017). Dolor de existir. En: *Scilicet. Las psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia*,. Buenos Aires: Grama. pp. 134-135.



**Auto retrato a tres tiempos
(llanto liberado), 1947**
Óleo sobre madera, 35x32 cm
Manuel González Serrano

Cuéntame un Libro

“Volver al duelo ruedo”

Duelo-Identificación-Objeto

Por. Evelyn Serrano

El libro comienza con el siguiente epígrafe “A todo lo que se da fuera de tiempo y de contexto”, haciendo referencia al duelo o pérdida, esa pérdida que no se planea, que no está dentro de la línea del sujeto, que simplemente sucede sin aviso, sin poder prevenirlo, dejando en falta al sujeto. Actualmente en nuestra sociedad hablar de la muerte es un tema que asusta, existe cierta evitación para hablar del tema, no es bien recibido por la angustia que llega a generar, por el hecho de no estar preparados para ese momento.

La obra del autor Jorge Faccendini y Conrado Zuliani comparten una breve anécdota sobre los inicios del proyecto, como propuesta inicial era preparar un seminario el cual se vio afectado compartiendo una reflexión desde temprano sobre la pérdida del proyecto, no reemplazar lo perdido, si no dar inicio a algo nuevo, en este caso el libro. En cada capítulo surge una apertura del diálogo donde los participantes comparten desde su propia posición ante el tema, llegando a ciertas similitudes, así como diferencias siguiendo la temática establecida, por lo que el libro es el resultado de una recopilación de diferentes planteamientos que abordan desde Freud, Lacan, Abraham, Winnicott y Klein.

Freud escrito en 1915 y publicado en 1917 en el texto de Duelo y Melancolía menciona que la vida es un conjunto de pérdidas haciendo referencia a que el duelo no siempre es por la pérdida de una persona física, si no una condición del ser humano. El duelo no tiene una temporalidad específica, se mantiene dentro de la línea del tiempo de la vida. La pérdida trae consigo un sentimiento de dolor que se origina desde que el sujeto elige a un objeto desde una elección narcisista, lo que da como resultado que el perder el objeto es también

una pérdida del yo mismo. Por lo que es importante atravesar y vivir la experiencia de dicha pérdida, lo que permite la conexión entre el sujeto y su dolor. Existen diferentes formas de expresión como lo son los rituales, estos dependen de las creencias de cada sujeto. Lacan en sus estudios acerca del duelo aborda los rituales como una inscripción simbólica de la pérdida del “otro”, cuando se logra llamar a la pérdida permite dar paso a un método de repetición, siendo esto una forma de sanar. Hablando acerca de las formas de expresión algo que capturo mi atención del libro es el concepto que le otorgan al duelo a través del arte, siendo está un recurso utilizado para expresar y manifestar desde una posición libre para el sujeto.

El arte es esencial para que el YO pueda manifestarse en el mundo, mediante el proceso artístico podemos encontrarnos con el concepto que utiliza Freud lo “unheimlich” traducido al español lo “siniestro”, esa parte oscura del ser humano que no se muestra tan fácilmente, pero mediante la expresión artística puede salir a la luz. Por ejemplo: en el libro al comienzo nos encontramos con unas pinturas del autor Felipe Gimenez quien va narrando desde su propia historia el significado que el le otorga al duelo.

La muerte es lo que conocemos a través del otro y mediante el acompañamiento del arte el dolor puede sentirse compartido.

Bibliografía:

- Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía, en obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1990, tomo XIV.
- Freud, S. (1916). La transitoriedad, en obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1990, tomo XIV.
- Faccendini, J. (2018) Volver al duelo, ruedo: duelo, identificación, objeto. Rosario. Editor: Laborde Libros.

RESEÑA

Volver al duelo-ruedo: duelo, identificación, objeto (2018)
Jorge Faccendini y Conrado Zuliani

Por Luis Fernando Zavala Matias

Marcar el límite en donde inicia una obra, separándose de su autor, para entonces pasar a integrarse con el espacio que regularmente llamamos "el exterior" es complicado, llegando incluso a ser imposible. La mayoría de las veces nos conformamos con decir que un libro, pintura, poema o canción alcanza un estatuto libre de toda influencia previa de su autor, lo cual la convierte en el objetivo ideal de nuestro propio depósito libidinal y, para tal caso, de nuestra interpretación. Sin embargo, bastará una revisión muy simple y rápida para darnos cuenta que toda creación, inclusive aquellas netamente descriptivas o expositivas, provienen de un momento de reflexión más o menos concienzudo, más o menos delimitado, sobre el cual descansan los recursos psíquicos que su creador tenía disponibles en el momento. Tal es el caso del libro que reseño en esta ocasión, escrito por Jorge Faccendini y Conrado Zuliani, con la colaboración de Bárbara Sánchez-Armas y Felipe Jiménez: *Volver al Duelo-Ruedo, Duelo, identificación, objeto. Obra de alto valor explicativo*, nace a partir de lo mismo que intenta explicar: El duelo como inscripción de lo perdido.

Sus autores se encontraron en la imposibilidad de dictar la totalidad de un seminario relacionado al tema del duelo y la transitoriedad durante el 2018 por lo que, devueltos a la tarea creativa, dedicaron sus esfuerzos a la compilación del libro que acabaría por culminar su objetivo. El lector, por su parte, encontrará un estudio complejo sobre el Duelo, que viese el inicio de su interés en el quehacer psicoanalítico a partir del trabajo de Freud "Duelo y melancolía" (1917) del cual parte una crítica sobre las características de lo que definió como el proceso del duelo normal y patológico, la

melancolía y el papel crucial del narcisismo en la vivencia de la pérdida. A partir de ahí, empezará a desplegarse una serie de revisiones sobre la problemática fundante del duelo, partiendo desde la pregunta: ¿Cómo y en qué instancia psíquica se inscribe lo perdido? Pregunta que embarca la obra en adentrarse en consideraciones metapsicológicas sobre la identificación, pasando entonces a revisar la obra de otros autores interesados en la problemática, pasando por Karl Abraham, Melanie Klein, Donald Winnicott y Jacques Lacan. Por si fuera poco, los autores comparten parte de su experiencia clínica y consideraciones técnicas que llamarán la atención de quienes realizan la labor analítica personalmente, mientras que las reflexiones últimas sobre la muerte y la función del duelo, abrirán la perspectiva sobre la pérdida de una forma novedosa, en tanto que la tendencia de la actualidad se caracteriza por alejar y hacer desaparecer toda presencia del dolor y la tristeza.

Ya sea para saciar un interés ocioso o para dar lugar a serias reflexiones sobre el trabajo dentro del psicoanálisis con respecto al duelo, *Volver al duelo-ruedo* representa un texto sumamente valioso por su estructura amigable, en el cual se encuentran varios esquemas que sintetizan el contenido volviéndolo fácil de seguir. Además, el lector podrá encontrar varios caminos para acercarse a otras cuestiones teóricas valiosas para la comprensión del Duelo, así como de otros fenómenos relacionados, como el objeto, la realidad y las cualidades de la pulsión. No puedo sino finalizar recomendando ampliamente el trabajo de Jorge Faccendini y Conrado Zuliani, quienes logran transmitir sin dificultades sus propuestas, basadas en un estudio muy completo sobre los aportes históricos del psicoanálisis de un tema tan actual como lo ha sido siempre y que se propone como uno de los libros más adecuados para ampliar el panorama con respecto al duelo, avanzando de forma crítica sobre la construcción misma de lo que significa volver a comenzar, acarreando el resto que deja aquello que se adscribe como perdido.

Naturaleza muerta con calavera, 1949

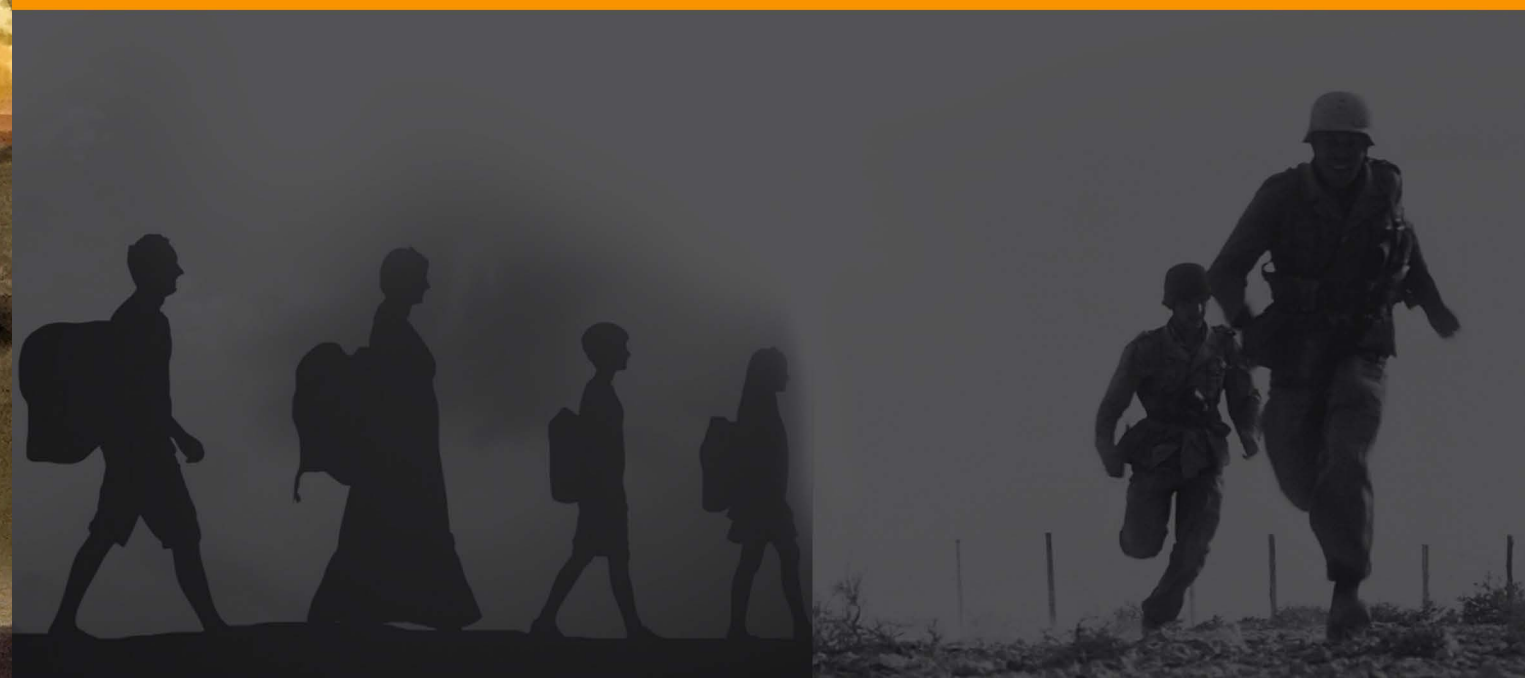
Óleo sobre triplay, 37.2x45.2 cm

Roberto Montenegro



XI JORNADA

“MALESTAR EN LA CULTURA EN EL SIGLO XXI: SEXUALIDAD, VIOLENCIA, GOCE”.



Argumento de la Jornada XI

Jornada XI “Malestar en la cultura en el siglo XXI: Violencia, Goce y Sexualidad”.

11, 12 y 13 de Agosto 2022

Justificación General

Freud en su maravilloso texto “El Malestar en la cultura” nos regala uno de los grandes hitos sociológicos y psicoanalíticos para pensar la relación entre el individuo, neurosis y cultura. El tema principal, como sugiere Strachey, es el eterno antagonismo entre la pulsión y la restricción cultural. En efecto, el incesto, la agresión, los deseos parricidas, las pulsiones parciales, la sexualidad infantil, el principio de placer, todo aquello se contrapone a la cultura y su represión, nos dice Freud, es necesaria para vivir en sociedad. La neurosis será así la moneda corriente con la que pagamos nuestra entrada a la cultura. Theodor Reik en su elogioso texto “La reflexión de Freud sobre la cultura” no duda de calificar el ensayo de Freud como majestuoso.

El texto “El Malestar en la cultura” es, como afirma Braunstein, un incisivo escalpelo que nos continúa cuestionando y cuya actualidad no deja de sorprendernos. Por ejemplo, Jaime Lutenberg en su texto “Malestar en la Cultura Contemporánea. “Lo Siniestro” utilizará su relectura contemporánea para repensar la violencia en latinoamérica, el fanatismo religioso, lo traumático social y la historicidad social y su relación con la subjetividad de los individuos. Hoy, la relectura de “El Malestar en la cultura” se nos plantea como necesaria, acercándonos como psicoanalistas a dialogar con temas diversos y actuales, como las toxicomanías, la clínica del desamparo, los movimientos feministas y trans, la segregación, el racismo e incluso la migración y la guerra, entre muchos más.

Ejes de la jornada.

Las violencias (guerra, migración, pandemias), el malestar en la cultura en la época contemporánea; las toxicomanías, trastornos de la alimentación y patologías del goce; los movimientos feministas, trans y el psicoanálisis; y la clínica del desamparo.