

Título: El diagnóstico de melancolía.

Subtítulo: Reconstrucción psicoanalítica de un olvido de la psiquiatría.

Autor: Ermiaga, Ana Carolina

Institución: Facultad de Psicología, UNMDP

Mail: carolinaermiaga@hotmail.com

El psicoanálisis no tiene ni tuvo nunca la pretensión de fundar una ontología. El diagnóstico es uno de los momentos lógicos de una cura, que tiene consecuencias en la respuesta que modula el analista. Un diagnóstico no busca recaer sobre un sujeto, que siempre es algo a producir en un análisis, sino sobre el material que nos es ofrecido en las sesiones. No es una etiqueta, sino una hipótesis sobre cómo funciona el síntoma para un sujeto. En la psicosis se nos transmite el intento de reconstruir un mundo, un cuerpo, un lazo habitable. Este trabajo busca retomar el hilo de la melancolía abandonada por la psiquiatría en la época de los "trastornos".

En la clínica observamos que existen tratamientos que se estancan, respuestas muy rápidas al dispositivo analítico. También se evidencian descompensaciones tardías que llevan a preguntarse por las singulares invenciones de los sujetos para arreglárselas con diversos fenómenos psicóticos. La paleta de la clínica obliga a la finura del clínico a la hora de ubicar la función de los síntomas, y el diagnóstico debe ser claro en relación a esto. Este trabajo busca realizar un aporte en esa dirección.

Palabras Clave: Diagnóstico- Melancolía - Psicosis

Eje: Psicología Clínica /psicopatología

Psicoanálisis

El diagnóstico de melancolía.

Reconstrucción psicoanalítica de un olvido de la psiquiatría.

En las grandes ciudades, las gentes, lo mismo que las casas, están demasiado pegadas unas contra otras. Si tenemos que formarnos una idea primitiva en estos lugares, se necesita un acontecimiento, o hay que buscar algún otro medio, como yo por ejemplo lo he encontrado en mi melancolía.

Kierkegaard, S. Etapas en el camino de la vida, p. 387.

El olvido

El discurso psiquiátrico ha dejado caer a la melancolía por la dificultad de circunscribirla y ordenarla. Le ha adherido la manía como si esa fuera la única ligazón/solución posible para ella. Luego ambas han sido reunidas en la categoría difusa de los trastornos del humor. La dificultad para circunscribirla no fue para nada resuelta.

Existe una historia del olvido que llega muy atrás en la historia del pensamiento occidental, pero "evoluciona" muy poco en el discurso de la psiquiatría. La cuestión de la melancolía aparece en el corpus hippocraticum. Allí queda sujeta a determinados humores y discrasias de la sangre (mezcla de la sangre con la bilis y la flema). Esas alteraciones causan que el sujeto melancólico enferme, que se ponga "fuera de sí" en los momentos de irrupción de la enfermedad (Tratados hipocráticos pp.416-417).

La caracterización de los cuatro humores permanece vigente en algunos "prejuicios" sobre la melancolía. Puede afirmarse que el cuadro tiene su partida de nacimiento unido a la causa orgánica (1974, pp.20-57).

La melancolía no era tema solamente de la psiquiatría sino también de la filosofía y el arte. Recordemos a Rimbaud en su *canción de la torre más alta* que en un tono confesional dice: "Por delicadeza / Me perdí la vida."

En los primeros apartados de *Estancias. La palabra y el fantasma en la cultura occidental*, Giorgio Agamben hace una cuidadosa reconstrucción de la melancolía, siguiendo el hilo de la comprensión de la melancolía desde las tradiciones medievales. Según esta tradición, era un demonio que rondaba por los monasterios asaltando al espíritu y a la inteligencia de los hombres que buscaban a Dios. La melancolía era para los medievales

padres de la Iglesia un peligroso demonio “que escoge a sus víctimas entre los homines religiosi y los asalta cuando el sol culmina sobre el horizonte”(Agamben, 1995, p. 24.). Consecuentemente, quien es presa de la melancolía se convierte en una especie de poseso y por ello mismo en pecador. Según la misma tradición, sumada a la tristeza, la acidia, que no es sólo pereza, da como resultado la melancolía. En efecto, para esta tradición medieval, la bilis negra, entre otras consecuencias, volvía a quien la tenía, triste, contemplativo y preso de “manía divina”. Aunque moviéndose en la esfera del pecado, la melancolía medieval también se consideraba ambigua, por su estrecha relación con el spiritus phantasticus, asociado con la capacidad de la creación artística(p.62).

Kierkegaard incluso la define con lucidez como “el pecado de no querer profunda y sinceramente”(Kierkegaard,1959, p. 49).

Ya en el terreno de la psiquiatría de la escuela alemana, Griesinger defiende el modelo unitario de psicosis como un proceso único de una misma enfermedad: “comienza con alteraciones afectivas (manía o melancolía) y de no curar, el yo conformaría un delirio sistematizado, para concluir en la demencia”. Proponía que los trastornos del humor precedían siempre a los trastornos de la razón. *Contempla también las causas psíquicas, como la influencia de la familia en la temprana infancia y la historia subjetiva.* Esta línea ha sido reemplazada por la hipótesis de lo endógeno.

En su monumental obra Kraepelin la nominó locura maníaco-depresiva englobando en la locura circular, a la manía y a la melancolía, con múltiples variedades y combinaciones y formas mixtas, pero que tiene la singularidad de evolucionar en fases de forma periódica o cíclica y en las fases intercrisis permanecer en muchos casos “asintomáticos”.

El dolor del alma se hace el rasgo fundamental de la melancolía con Guislain, Griesinger y Krafft-Ebing. Detrás de este doliente se deja ver la condición humana, en la cual el odio y la desdicha de la incapacidad de amar desempeñan un papel esencial.

Si hubiera que hacer una fotografía breve y descriptiva de la melancolía, siempre desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica sería la siguiente: episodios de tristeza profunda y/o desvitalización de carácter prolongado, recurrente y periódico, que presenta como síntomas paradigmáticos (no aparecen todos siempre) una ralentización e inhibición generalizada de las funciones psíquicas y corporales, anhedonia intensa, falta de deseo y extraordinaria merma de la valía y significancia de uno mismo, expresado en pensamientos ruinosos, hipocondriacos y de culpa, autorreproches desvergonzados.

La clínica de la melancolía sigue presentándose con cierta opacidad. Las investigaciones relevadas hasta el momento no han podido precisar ni la psicopatología ni el mecanismo de acción de los antidepresivos (Sauvagnat, 2006, p. 40).

Lo que sí ha logrado la observación de la psiquiatría es la descripción de momentos de estabilidad muy marcados, entre las crisis, o antes del desencadenamiento de la psicosis clínica. Por otro lado, se observa que no se libra de la manía, así como la esquizofrenia no se libra del deterioro como único destino posible.

El golpe de gracia lo da la publicación del DSM-III, que la reconvirtió en un mero subtipo clínico de la depresión unipolar. Los pacientes bipolares son esos pacientes con variaciones del humor crónicas, sin conciencia de enfermedad, desobedientes que dejan sus tratamientos (que por protocolo parecen ser de por vida) que el psiquiatra pretende lo ayudemos a disciplinar, y el paciente deprimido ese paciente imposible que no responde a nada. Pacientes a los que rápidamente se les indican antidepresivos y no mejoran, y muchas veces empeoran.

La compulsión de adaptar

Hemos asistido a la pulverización del síntoma como conflicto que divide a un sujeto, y solución que cada quien se inventó.

La enumeración de dos o más síntomas observables que son para todos lo mismo alcanza para arribar a un diagnóstico, que hoy en día bien podría realizar una aplicación. El catálogo del DSM ha retornado al concepto de personalidad adaptada o desadaptada (Fridman, 2015, p. 177).

Según una publicación del 2008 de la revista Psychological Science los genes desempeñan un papel más importante que cualquier otro en la forma en que los individuos perciben la vida (Brodsky, 2015). Para colmo de males, la felicidad protegería del cáncer, de la presión elevada y de la baja del sistema inmunológico. Y si es genética...es el pelo en la sopa de la utopía higienista. Nuevamente, el individuo deprimido, como el melancólico en la edad media es un poseso. Víctima de aquellos males de los que es huésped inadvertido.

En el tema que nos planteamos en estas líneas proponemos que puede haber un uso por parte de un sujeto de esas "variaciones del humor" (que no alcanzan para hacer un diagnóstico). Recuerden la cita del epígrafe. También podría relatar las palabras de una paciente que ya estabilizada recuerda que su "depresión" le servía para que no se le exigiera nada. Ahora que se siente mejor no sabe cómo defenderse.

Por la vía del sujeto

El psicoanálisis es heredero de esas primeras observaciones de la psiquiatría, Los saberes a los que se ha llegado en la psiquiatría clásica son condición de posibilidad de la escucha analítica (De Battista, 2015, p. 121).

El psicoanálisis se ha separado de la psicología en este punto. No tiene ni tuvo nunca la pretensión de fundar una ontología. El diagnóstico es uno de los momentos lógicos de una cura, que tiene consecuencias en la respuesta que modula el analista. Un diagnóstico no busca recaer sobre un sujeto, que siempre es algo a producir en un análisis, sino sobre el material que nos es ofrecido en las sesiones. No es una etiqueta, sino una hipótesis sobre cómo funciona el síntoma para un sujeto (Godoy, 2019, p.125).

Además, un diagnóstico no es sin la transferencia. Es decir, no da lo mismo que haya un analista ahí escuchando. Esto podemos ejemplificarlo pensando en la reticencia de algunos pacientes a las propuestas psicoterapéuticas. Reticencia que es un efecto de que aquello a lo que se le invita no tiene en cuenta nada de lo que desean en tanto sujetos.

En la psicosis se nos transmite el intento de reconstruir un mundo, un cuerpo, un lazo habitable (Delgado, 2019 p. 8). Neurosis y psicosis son dos salidas diferentes a las mismas dificultades de ser (Maleval, 2020, p.9). Hablamos de modos de funcionamiento, no de "personalidad", ni de lo que caracteriza y define al ser.

La lectura del texto freudiano *Duelo y melancolía* nos sorprende con la delimitación del síntoma fundamental de la melancolía: la perturbación del sentimiento de sí que se da a ver en reproches dirigidos a la persona. Freud comienza pudiendo establecer un rasgo muy importante de las investigaciones de la psiquiatría sobre el tema, "su definición conceptual es fluctuante (...)se presenta de múltiples formas clínicas (...), algunas de ellas sugieren afecciones más somáticas que psicógenas" (Freud, 1916, p.241). Esto nos lleva a una cuestión muy clínica que es el padecimiento corporal, y el dolor en cuadros melancólicos. El análisis del texto freudiano podría ser objeto de un trabajo en sí mismo, pero nos interesa poder transmitir el estatuto puntual del dolor, y la sutileza que la clínica requiere en la escucha. Elevamos al estatuto de síntoma fundamental esa perturbación del sentimiento de sí.

No siempre se presentan descompensaciones ruidosas, ni grandes delirios de indignidad. La transferencia sigue siendo la brújula para los psicoanalistas. ¿Cómo se defiende frente a la presencia del Otro ese sujeto? En el campo de la melancolía podemos encontrarnos con un rechazo radical al lazo, o con una respuesta inmediata a nuestras intervenciones. Ambos extremos exigen de nuestra atención y cuidado.

El Otro se le viene encima al sujeto. Por eso el rechazo al lazo puede ser una tentativa de solución.

Desde el campo freudiano se propone la categoría para nada rígida de la psicosis ordinaria para pensar en ese campo de las presentaciones en las que existen funcionamientos estabilizados, desde apuntalamientos pequeños a suplencias más sólidas. Soluciones que pueden ser viables durante toda la vida de un sujeto. Este punto es interesante porque implica que un sujeto puede ser capaz de producir una forma de autotratamiento, no solamente un ser vulnerable que necesita el auxilio del agente de salud mental. Consideramos que las potencialidades del sujeto son las que se dejan afuera desde los discursos de la psiquiatría y la clínica de los trastornos.

Pero cuando una persona demanda, muchas veces porque las soluciones que ha encontrado pueden rigidizarse y convertirse en un problema (Schejtman, 2018, 69), es importante que se pueda atender a esos fenómenos discretos que permiten hacer una lectura clínica adecuada, para modular una respuesta cuidadosa del sujeto y de las soluciones que ha encontrado.

Bibliografía

TRATADOS HIPOCRÁTICOS 1. 1983. Madrid: Gredos

AGAMBEN, G. Estancias. La palabra y el fantasma en la cultura occidental. Valencia: Pre-textos, 1995

DE BATTISTA J. (2015) El deseo en las psicosis. -1a ed.-Buenos Aires: Letra Viva, 2015.

FREUD, S. (1916) Duelo y melancolía. En Obras Completas, volumen XIV. Buenos Aires. Amorrortu, 2007

FRIDMAN, P. La compulsión de adaptar, en Variaciones del humor, Miller y Otros, Buenos Aires, Paidós, 2015.

GODOY, C. La huella clínica de la psicosis, Buenos Aires, Unsam edita, 2019.

KIERKEGAARD, S. Etapas en el camino de la vida,

KIERKEGAARD, S., Estética y ética en la formación de la personalidad, Buenos Aires: Nova, 1959

MALEVAL, J.C. Coordenadas para la psicosis ordinaria, Buenos Aires, Grama, 2020.

SAUVAGNAT, F. Y SAUVAGNAT, R. El tratamiento psicoanalítico de las psicosis maniaco depresiva a la luz de los conocimientos actuales. En VASCHETO E. comp.

Depresiones y psicoanálisis: insuficiencia, cobardía moral, fatiga, aburrimiento, dolor de existir. 1a ed. Buenos Aires: Grama ediciones, 2006

SCHEJTMAN, F(2018) Philip Dick con Jacques Lacan. Clínica psicoanalítica como ciencia-ficción. Grama ediciones. Buenos Aires.

VASCETTO, E. (2006) Depresiones y psicoanálisis: insuficiencia, cobardía moral, fatiga aburrimiento, dolor de existir. 1a ed. Buenos Aires: Grama ediciones.

VASCETTO, E. (2018) Ser loco sin estar loco. Olivos: Grama Ediciones, 2018, pp. 93-109