

# *Notas sobre la melancolía:*

## *De la psiquiatría al psicoanálisis y retorno*

### *Notes on melancholia: From psychiatry to psychoanalysis and return*

**Juan Manuel Ferraro**

jmsdferraro@hotmail.com

#### **Resumen**

El nombre de la melancolía es rastreable hasta la medicina griega, donde halla su denominación. La psiquiatría lo conserva hasta entrado el siglo XX con Kraepelin, época en la que Meyer propone su sustitución por el término depresión. ¿Qué se pierde en tal cambio? La pregunta se formula y se intenta alguna respuesta. Lo que sin dudas acontece es que, al mismo tiempo, Freud lo sostiene para la posteridad de su orientación, lo cual señala un retorno a los clásicos de la psiquiatría y del que Lacan no se aparta.

¿Qué se obtiene en tal sostenimiento? La riqueza fenoménica de la enfermedad otrora atribuida a la atrabilis no se acomoda bien a la idea de depresión, que obtura en su concepto toda la otra polaridad que con justeza hará a Kraepelin adosarla indudablemente a su reverso maníaco. Pero sí se contempla en la variopinta descripción que le supo dar Pinel. Y más aún: tras Lacan y su conceptualización como pecado y cobardía moral, lo que permite es la inclusión de un nombre propio en ella que marque la posición de un sujeto.

**Palabras clave:** Depresión, Melancolía, Psicoanálisis, Psiquiatría

#### **Abstract**

The term “melancholia” can be traced back to Greek medicine, from where psychiatry took it and kept it until the 20th century with Kraepelin. At the same time, Meyer proposed to replace it with the term “depression”. What was lost in such a change? The question is asked and an attempt to find an answer is made. What undoubtedly happens is that, at the same time, Freud sustains it for the posterity of his orientation, which signals a return to the classics of psychiatry, and from which Lacan does not depart.

What is to be gained in such a support? The phenomenal richness of the illness once attributed to atrabilis does not fit in well with the idea of depression, which obturates in its concept all the other polarity that will undoubtedly make Kraepelin attach it to its manic reverse. But it can be seen in the multifaceted description that Pinel was able to give it. And what is more: after Lacan and his conceptualisation of it as a sin and a moral cowardice, what it allows is the inclusion of a proper noun in it that marks the position of a subject.

**Keywords:** Depression, Melancholia, Psychiatry, Psychoanalysis

## **Introducción**

El presente artículo forma una serie respecto de otro anterior en el que, tal la indicación de Sigmund Freud, se abordó la melancolía a partir del duelo (Ferraro, 2021). En aquella oportunidad se señalaron los atolladeros de dicho abordaje, por lo que resultaba menester un ulterior desarrollo en el que se tratara singularmente y en profundidad la cuestión de la melancolía.

La melancolía es una entidad clínica cuyo nombre ha desaparecido de las actuales nosografías y que, no obstante, el psicoanálisis conserva. El hecho de decir que “conserva” es que, quienes nos orientamos desde la escucha en destitución subjetiva y atención flotante, la retomamos de alguien que la haya dicho.

Quien lo hizo fue justamente Freud, en una decisión que no hace otra cosa sino mostrarnos la dirección hacia a la cual tender nuestra orientación: al basamento del psicoanálisis en la psiquiatría clásica. Lo que se nos impone entonces en su utilización es una pregunta respecto de lo que se entendía en la época por melancolía, al mismo tiempo que a los diálogos que pueden establecerse entre Freud y sus contemporáneos. Nuestro texto es una iniciativa hecha en tal sentido.

Resulta curioso el notar cómo en este punto se produce una bifurcación que no podía ser sin efectos. Mientras Emil Kraepelin retoma a la melancolía y la emparenta a su reverso maníaco –gesto el cual no sólo que hace justicia a la clínica en diacronía, sino también a la riqueza fenomenica que el cuadro mostraba a los pioneros del alienismo–, Freud se coloca junto a él en la utilización de tal nombre –a la vez que no se muestra muy alejado del Maestro de Múnich en sus conjeturas (Freud, 1915: 250)–; entretanto y en un sentido opuesto, Adolf Meyer propone la sustitución del término por depresión.

¿Qué se pierde en tal cambio? Y al mismo tiempo: ¿qué se obtiene en conservar el nombre de la melancolía en vez del de la depresión? Lo primero que se obtiene es lo que hemos enunciado: la indicación de un camino al cual retornar desde el psicoanálisis, y que es el de los clásicos de la psiquiatría.

El transitar las huellas que dejaron los grandes nombres del panteón de la Medicina Mental nos permitirá ver la importancia que tal cuadro tuvo en sus orígenes, y el cómo algunos autores la señalaban o bien como el fenómeno inicial de toda psicosis, o bien como aquel que nos enseña la generalidad de toda psicosis.

El recorrido también nos permitirá palpar las consecuencias que estas formulaciones tuvieron en el psicoanálisis, el cual se posiciona entonces como continuador de la herencia psiquiátrica.

## **De los antecedentes de la melancolía a Pinel**

La melancolía tiene una larga historia que es rastreable hasta la medicina griega, cuestión que da razón a la afirmación de Philippe Pinel sobre “el profundo conocimiento que los antiguos tenían de esta enfermedad” (Pinel, 1816: 589). Es justamente en este ámbito donde es nombrada en tanto *μελαγχολία*.

Su nombre reúne dos cuestiones: por un lado, el término *μέλας*, que refiere al negro; por el otro, *χολή*, que nombra a la bilis. Esta denominación hace que Robert Burton concluya que “La melancolía ha recibido tal nombre de la causa material de la enfermedad” (Burton, 1997: 172), siendo que en la tradición médica humoral –cosmovisión según la cual la enfermedad se debía a una ruptura de la isonomía del organismo, en la que uno de sus cuatro humores componentes podía verse alterado, a saber: la bilis negra, la bilis amarilla, la sangre y la flema–, su etiología era referida a un exceso, corrupción o dislocación de la atrabilis en el organismo.

Estas ideas sobrevivieron, aunque con algunas variaciones, hasta el siglo XVIII (Starobinski, 2016: 18), donde la nascente psiquiatría comienza a centrar su interés ya no tanto en la búsqueda de las causas, sino en la descripción minuciosa de las especies

y su clasificación a la manera de los botánicos. En tal punto es que entra en escena Pinel, quien la considera como una de sus cuatro especies de la alienación mental –junto a la manía o delirio general, la demencia o abolición del pensamiento, y el idiotismo u obliteración de las facultades intelectuales y afectivas (Pinel, 1809: 433-467)–.

Nos la define como una alienación que delira sobre un objeto único, por lo que pasa a denominarla como melancolía o delirio exclusivo, aunque variando su presentación de acuerdo del objeto particular sobre el que delire el enfermo. Esto dará motivo a que el resto de las facultades intelectuales no se vean afectadas, dando por resultado que el enfermo, a los ojos de Pinel, le resulte incluso razonable siempre y cuando el diálogo que se mantenga con éste no toque al objeto de su delirio. Pero tan sólo ésta es su característica común en toda la diversidad de casos que presenta.

Pinel no deja de recordárnoslo en el apartado que le dedica en su *Traité*. Desde el inicio nos enseña el amplio abanico de presentaciones que la melancolía puede adoptar: a la vez que se dispone a hablar de una alienación mental, y de un grupo particular de habitantes que pudo escuchar en Bicêtre y en La Salpêtrière, también nos muestra en ellos “todo lo que hay de grande y magnánimo” (Pinel, 1809: 451), recordando que también melancólicos han sido “hombres célebres de la política, las ciencias y las bellas artes”.

Pero las polaridades que puede adoptar la melancolía –con toda la intención las nombramos así– no se reducen a eso, sino que también entre los delirantes es posible encontrar extremos aparentemente opuestos en cuanto a su contenido. Así, incluso titulará uno de sus apartados como “Dos formas opuestas que puede tomar el delirio melancólico” (Pinel, 1809: 453), y nos comentará que “Es la vanidad del orgullo y la idea quimérica de poseer riquezas inmensas o un poder sin límites, otras veces es el abatimiento más pusilánime, una consternación profunda o incluso la desesperación” las formas que pueden tomar los delirios melancólicos.

A continuación, no escatimará en ofrecernos su casuística: en un extremo, un administrador cuya razón se extravía y “termina por creerse rey de Francia” y el jurista que, tras ser llamado su hijo a cumplir servicio militar, “pierde la razón, y pronto se cree transformado en el rey de Córcega”; en el otro, el hombre que tiene declaraciones desconsideradas para con la República y, por este motivo, luego “no deja de provocar la ejecución del presunto decreto lanzado contra él”, y el enamorado que cree ver en toda mujer que llega al hospicio a su viejo amor: *Marie-Adelaïde* (Pinel, 1809: 453-454).

Este carácter variopinto de la melancolía, ¿aparece recién con Pinel? Ni por asomo: ya en Hipócrates tenía su esbozo. Para comenzar tenemos el hecho de la íntima relación –causal– que le atribuye al cuadro:

Los melancólicos por lo general se vuelven epilépticos, y los epilépticos melancólicos; de estas dos condiciones, lo que determina cual ha de predominar es la dirección que toma la enfermedad: si se inclina al cuerpo, epilepsia; si se inclina a la inteligencia, melancolía (Hipócrates, 1839-1861: 350).

A lo que Galeno, a su vez, le agregará la concentración de la bilis negra en los hipocondrios (Starobinski, 2016: 38), dando por resultado justamente la hipocondría.

Pero ni tan siquiera este eclecticismo se reduce al orden de lo patológico, puesto que “El temperamento melancólico tiene de suyo una profunda ambigüedad: tanto el genio como la enfermedad pueden resultar, por igual, de él” (Starobinsky, 2016: 95).

### **La melancolía como fenómeno *primus* o como la generalidad de la psicosis**

Sin embargo, la importancia de la melancolía no se reduce tan sólo a la riqueza de sus variopintas presentaciones ni al lugar que ocupa en la nosografía, sino que ulteriores autores la han ubicado como fenómeno *primus* de toda psicosis y otros como aquella que más nos enseña de su generalidad.

Por tal motivo es válido citar a Jozef Guislain cuando la considera a ésta como “inherente a la mayoría de las alienaciones mentales”, siendo “la que forma el fenómeno inicial (...) la que hallamos en el período prodrómico de estas afecciones” (Guislain, 1852: 31). Podemos ver cómo en Guislain comienza a perfilarse un enfoque evolutivo, que en Wilhelm Griesinger dará lugar a su concepto de psicosis única o *Einheitspsychose* (Griesinger: 1845), en la que las enfermedades mentales eran todas ellas etapas de un mismo proceso, perspectiva que iba en contra de quienes intentaban “definir enfermedades mentales específicas y diferenciadas” (Trede, Salvatore, Baethge et al., 2005: 157), y de las que la melancolía también será episodio fundamental.

Ahora bien, ¿cómo explica Guislain la relevancia que tiene el suceso melancólico para lo que él denomina como *frenopatías*<sup>(1)</sup>? Lo hace a través de su concepto de *frenalgia*, término que utiliza para nombrar un dolor no-físico –aunque equivalente a éste en cuanto su función algésica–, sino moral; causa de todas las diversas frenopatías por ser el factor desencadenante del resto de las reacciones mórbidas que produce el alienado –y así, de las diversas presentaciones que puede tomar la enfermedad en su ulterior evolución–.

Nos dirá que en el caso en que esta frenalgia constituya ella toda la enfermedad, se trata de la melancolía sin delirio (Guislain, 1852: 31). Pero si el curso natural continúa, comienza a despertar las diversas reacciones morales que van invadiendo el resto de las facultades: así, la alienación mental parece ser comprendida por el modelo de las enfermedades infecciosas, en las que, ante la aparición de un agente patógeno, se despiertan respuestas inmunes que por un lado pueden ser conservadoras del estado de salud, o incluso destructivas (Guislain, 1852: 32).

Lo primero que nos destaca en la evolución mórbida, luego de la melancolía sin delirio, son “repulsiones insurreccionales” (Guislain, 1852: 32) que comienzan a evidenciar una cierta pérdida del control de impulsos del *frenópata*, que a su vez se va asociando progresivamente a una pérdida de la libertad del yo<sup>(2)</sup> en la voluntad: “pueden sentir el deseo de hacer, pero no pueden hacer (...). Querrían trabajar y no pueden, no tienen el poder de hacerlo” (Guislain, 1852: 34).

Esto justificará la aparición posterior de la “locura de tensión” que observará Kahlbaum en su catatonía (Kahlbaum, 1874), cuando Guislain nos dice “Estos son los alienados llevado por impulsos insólitos. Entonces vemos a esos enfermos que levantan un brazo y permanecen en esta actitud, que hacen contorsiones en la boca, mueven la cabeza como para sacudirse el polvo” (Guislain, 1852: 34).

La aparición del delirio se da cuando la reacción se hace por parte de las ideas, de acuerdo a una supuesta “ley del instinto” según la cual “Nos esforzamos por alejar de nosotros las ideas penosas; espontáneamente, en el estado de salud, un pensamiento feliz tiende a reemplazar en nuestro ánimo un pensamiento doloroso” (Guislain, 1852: 35), dando por respuesta a la frenalgia inicial que “El enfermo es rico, es hermoso, vive en un palacio”.

Pero la progresión no se detiene allí, sino que también puede provocar reacciones en la esfera intelectual: “en una palabra: el caos” (Guislain, 1852: 36), el oscurecimiento, el eclipse de las facultades intelectuales.

Finalmente nos hará una observación sobre la aparición de la frenalgia: si ésta se da de manera súbita, en vez de insidiosa, “puede gastar, agotar las facultades y hacer surgir inmediatamente la demencia. Las causas dolorosas actúan a veces con una velocidad extraordinaria” (Guislain, 1852: 37).

Esta última distinción nos rememora lo que luego Kraepelin establecerá como criterio diferencial entre su demencia precoz y la paranoia, en la cual no hay evolución demencial sino conservación completa de la presencia del entendimiento y el orden del curso del pensamiento dada su evolución insidiosa (Kraepelin, 2011: 106) –definición que recibirá los elogios de Lacan en su tesis doctoral (Lacan, 1932: 23), para trastocarse en la crítica más cruda cuando aborde su *Seminario 3* diciendo que nada en ella es cierto y que contradice punto por punto la clínica (Lacan, 1955-1956: 31)–.

Pero al mismo tiempo, el desarrollo entero que comprende a la producción patológica en tanto reacción y secundaria, y puntualmente la producción delirante, no dejará de tener profundas consecuencias en los desarrollos ulteriores. Kraepelin dirá que “los delirios y las alucinaciones en sí mismos son tan insignificantes para la distinción del cuadro clínico como la presencia de depresiones y excitaciones” (Kraepelin, 2011: 104) y pondrá el foco en la evolución y el desenlace; Eugen Bleuler las ubicará como síntomas accesorios, en contraposición a sus 4–A de las esquizofrenias (Bleuler, 1911: 104-239); Gaëtan De Clérambault indicará que cuando el delirio aparece, la psicosis ya es vieja (De Clérambault, 1920: 97); y Freud se posicionará de igual modo cuando dice que “Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción” (Freud, 1911: 65), haciendo del delirio una superestructura que se apoya sobre el desencadenamiento de la psicosis ubicable en el momento de catástrofe del mundo inicial.

Del otro lado, están las lecturas que hacen de la melancolía lo que nos enseña la generalidad de las psicosis. Jules Cotard puede ser ubicado como el primero de los autores que piensan de tal manera y al que ulteriormente retornan los demás. Por tal motivo nos restringiremos a tomar sus consideraciones al respecto, dejando al resto de autores para más adelante.

En su trabajo sobre el delirio de las negaciones nos dice que “En general, los alienados son negadores; las demostraciones más claras, las afirmaciones más autorizadas, los testimonios más afectuosos los dejan incrédulos o irónicos” (Cotard, 1882: 79), pero quienes muestran más crudamente tal situación son los melancólicos quienes llevan esta negación a una sistematización, “a su grado más alto”, en el que “Si se les pregunta su nombre, no tienen ninguno; su edad, no tienen edad; donde nacieron, no nacieron; quienes eran sus padres, no tienen padres, ni esposa ni hijos” (Cotard, 1882: 80), algunos imaginan que nunca morirán y otros más bien que ya están muertos (Cotard, 1882: 84).

### **La postura de Meyer**

¿Qué aconteció con esta preponderancia de la melancolía y su variopinta presentación que siglos más tarde, en su forma degradada del trastorno depresivo mayor del *DSM IV* (American Psychiatric Association, 1995), se vió reducida al apartado de los trastornos del humor<sup>(3)</sup>? La lectura nuestra no pretenderá buscar respuesta, sino tan sólo balizar la cuestión y las dificultades que creemos conlleva.

El punto de quiebre puede situarse en 1904 y a título de Meyer, quien propone sustituir la melancolía por depresión (Lehmann, 1959: 56) y cuyo impacto puede palpase al contemplar que sería 23 años más tarde el presidente de la *American Psychiatric Association* (Kaplan & Sadock, 1997: 445).

¿Qué consecuencias tiene esta adopción? Pesadilla para Philippe Chaslin: la psiquiatría sigue sin ser una lengua bien hecha (Chaslin, 1914: 227-238), puesto que se nos dice que la depresión puede, a la vez, nombrar a un síntoma, a un síndrome y a una entidad nosológica (Lehmann, 1959: 51). Pero también puede nombrar a un estado pasible de adjetivar cualquier tipo de función, lo cual es evidente cuando el término depresión nos es definido como “Disminución o descenso de la actividad funcional” (Saunders, 1985: 415). De esta forma podríamos hablar no sólo de un estado de ánimo depresivo, sino también de una motricidad y una actividad intelectual deprimida.

Sin embargo, las dificultades que conlleva tal denominación no se limitan tan sólo a la confusión que provoca la designación de “depresión”, sino que tampoco hace justicia a la fenomenología de su cuadro.

Si examinamos los nueve criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2013) –entidad clínica que toma la posta de la melancolía kraepeliniana por conservar, en nueve de sus criterios A, a ocho de los que enumerara el Maestro de Múnich (Kendler, 2021: 989)–, el uso del término depresión como adjetivo de las funciones afectadas sería coherente con algunos de los síntomas de dicho cuadro, pero no con todos.

La depresión bien podría así calificar lo que sucede con el estado de ánimo (A1), la disminución del interés o placer por las actividades (A2), la pérdida de peso o disminución del apetito (A3) y del sueño (A4), el enlentecimiento psicomotor (A5), la fatiga o pérdida de energía (A6), el sentimiento de inutilidad (A7) y la disminución de la capacidad para pensar o concentrarse (A8). Pero incongruentemente no nos dice nada sobre los otros extremos de la fenomenología depresiva, puntualmente: el aumento del peso y el apetito (A3), del sueño (A4) y la agitación psicomotriz (A5).

De esta manera, el término depresión no sólo borra la riqueza clínica que tenía la melancolía en la descripción de los clásicos, sino que tampoco logra acoplarse bien a su propia y acotada descripción, puesto que resulta incompatible con toda la contraparte excitatoria que merece un cuadro que en la descripción kraepeliniana termina siendo incluido en la psicosis maníaco-melancólica (Kraepelin, 1899) y de la que Freud no se muestra muy lejano en sus aseveraciones (Ferraro, 2021).

### **La decisión de Freud**

En medio y contemporáneamente a tal cambio de denominación propuesto –detrás del cual se encolumnó toda la psiquiatría moderna dejando atrás a los clásicos–, la orientación freudiana es una toma de posición al respecto que opta por colocarse junto a Kraepelin y los grandes nombres del panteón de la Medicina Mental, al conservar para la posteridad la utilización del término melancolía para designar a una determinada posición subjetiva.

El desarrollo que le brinda Freud al respecto es de cierta profundidad pero no extenso, y se da en el marco de su texto *Duelo y melancolía*, donde aprovecha para abordar el duelo a través de la melancolía y, al mismo tiempo, la melancolía a través del duelo.

Tal esfuerzo deja una insuficiencia en la determinación radical de la distinción entre lo uno y lo otro que en otra oportunidad ha sido denunciado (Ferraro, 2021). La pregunta fundamental que se sostiene en la argumentación de Freud es: ¿qué lugar hay allí para lo inconsciente? Siendo que su descripción es por momentos demasiado fenomenológica. Es quizás ésta la pregunta que nos permitirá encontrar la clave que hace a lo uno como diferente de lo otro.

Efectivamente, Freud nos dirá que al momento de distinguir al duelo de la melancolía, lo que se debe hacer es darle lugar a la palabra del sujeto de quien se trate, forma mediante la cual se notará que el doliente podrá nombrar a su pérdida y el melancólico no. Esto se desprende del hecho de que en la melancolía se trata de “una pérdida de objeto sustraída a la consciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida” (Freud, 1915: 243).

De forma tal, cuando la fenomenología ceja en su juicio, lo que permite el diferencial es restituir al sujeto en tanto *parlêtre*.

Y tal dar lugar a la palabra del sujeto doliente o melancólico no sólo es necesario para el diferencial, sino que a la vez es posibilitante para la puesta en marcha del trabajo de duelo.

Recordando una de las definiciones de fin de análisis que nos da Jacques Lacan en su *Seminario I*, “el interés, la esencia, el fundamento, la dimensión propia del análisis, es la reintegración por parte del sujeto de su historia” (Lacan, 1953-1954: 26), en la que “La historia es el pasado historizado en el presente” (Lacan, 1953-1954: 27). De tal forma, el trabajo que propone el análisis –

y el que es el del duelo– es el de una escritura, en la que nombrar a la pérdida cumple el objetivo de inscribirla en la trama histórica del sujeto.

El trabajo que haga Lacan al respecto de la melancolía no es diverso del de Freud, puesto que si bien también su abordaje no es extenso, sí nos brinda ciertas claves de lectura. Y más aún: comparte el restituir en ella al sujeto.

Se palpa un índice en *Televisión* cuando la refiere a un pecado o una cobardía moral (Lacan, 1973: 552) lo que no hace otra cosa sino llevarla al terreno de la ética y poner en primer plano al *parlêtre*. Porque ante la forclusión del sujeto que se da en la reducción del cuadro a una causa neurofisiológica, Lacan nos recuerda así que la forclusión de la que se trata es la que se encuentra en el fundamento de una determinada posición subjetiva, y es respecto a la castración en tanto rechazo del inconsciente (Lacan, 1973: 552).

Se obtiene la clave cuando su orientación es la de un retorno a los clásicos de la psiquiatría, armados de su topología y su única invención en psicoanálisis: el objeto a (Lacan, 1974).

### **... Y retorno**

Lacan no limita su orientación hacia la psiquiatría a su tesis doctoral (Lacan, 1932) –la que es imposible de leer sin el fondo de Karl Jaspers con las nociones de proceso, reacción y desarrollo (Jaspers, 1910)–, sino que perdura incluso en su posterior enseñanza.

Lo que interesa a los fines del presente artículo son aquellas referencias consignadas en los seminarios 2 y 8 respecto a un nombre que ya trajimos a colación: Cotard.

Efectivamente, allí aborda el delirio de las negaciones –rebautizado por Emmanuel Regis como síndrome de Cotard (Giraud, 1892)– mediante la topología de una esfera inmelada por el Nombre del Padre.

En 1955 la mención es explícita y a propósito de la pregunta “¿Por qué no hablan los planetas?”, a la que un filósofo le responde con una obviedad que por obvia debía ser recordada: “Porque no tienen boca” (Lacan, 1954-1955: 356). De esto Lacan deduce que tampoco tienen estómago y que no morirán nunca, lo que lo remonta a sus años en el *Dépôt y Sainte-Anne* y el encuentro con añejas damas víctimas del síndrome de Cotard.

En 1960, lo hace a partir de *Timeo* (Platon, 1992: 125-261) y ya podrá referir su forma en la que “nada sobresale y nada se deja agarrar” a un mecanismo en particular: “la *Verwerfung* de la castración” (Lacan, 1960-1961: 112).

Esta senda indicada por Lacan es la que transita Marcel Czermak en sus *Pasiones del objeto* (Czermak, 1987), texto dedicado a ser un estudio psicoanalítico de las psicosis.

Su interés radica en que un trabajo sobre el delirio de las negaciones podría “esclarecer ciertos puntos de la clínica de la melancolía en particular, y de la psicosis en general” (Czermak, 1987: 164). Así, Czermak se inscribe en la línea Cotard.

Después de todo, ¿no prepara la negación sistematizada a la forclusión lacaniana? Pablo Zöpke lo entrevisté en el no–querer saber nada de la castración (Zöpke, 2010: 68)

Con estas premisas Czermak aborda un caso que trata de ir desmenuzando a través de las coordenadas del psicoanálisis y las descripciones de los clásicos.

Partirá del mismo hecho que supo encontrar Freud en las parálisis histéricas (Freud, 1893): del cómo el lenguaje afecta al cuerpo orgánico.

En la paciente suya se percibe cuando fisiología se ve afectada en el no poder hacer sus necesidades ni orinar (Czermak, 1987: 164). Nos muestra cómo el cuerpo erógeno se halla compactado, macizado al no contar con la puntuación fálica, lo que la lleva a “la impresión de que el líquido no circula por las venas” (Czermak, 1987: 168).

Esfericidad imaginaria en la que el sujeto deviene objeto a, lo cual viene a explicar diversos fenómenos que acontecen tanto en el sujeto psicótico como quien se encuentra con él.

De un lado, las declaraciones de “Soy un monstruo” (Czermak, 1987: 169), “Estoy reducida a este estado de andrajado (...) Yo era un ser humano, ya no lo soy” (Czermak, 1987: 171-192), como así también la razón del pasaje al acto suicida en la que el sujeto se eyecta para así poder instaurar el objeto a como caída, en destino fatal.

También en esta identificación la estructural línea divisoria entre duelo y melancolía, siendo que “Ser uno mismo objeto a es perder toda posibilidad de duelo, es perder el objeto mismo del duelo” (Czermak, 1987: 172), lo que hará que el fenómeno elemental sea el luto del sujeto psicótico.

Del otro lado, el hecho de que “si el sujeto es un objeto a puro, ya no es afectado, pero afecta” (Czermak, 1987: 171), hecho constatable en el decir de la paciente que enuncia “Yo perjudico a los otros, les causo dolor, vergüenza, confusión, angustia, preocupación” (Czermak, 1987: 172). Coincide esto plenamente con lo que Lacan supiera destacar en su *Breve discurso a los psiquiatras* (Lacan, 1967), cuando nos explica el por qué de las barreras y murallas con respecto al encuentro con el loco, en el hecho de la angustia que provoca tal cita por tener estos al objeto a a su disposición, llevándolo en sus bolsillos

Czermak pesquisa que, in *strictu sensu*, el delirio de las negaciones no descansa sobre una *Bejahung*, dado que las “Declaraciones como ‘No tengo boca, no tengo intestinos, no tengo vejiga, (...)’, no se presentaban a la manera de una renegación. Se trataba de una afirmación que se servía del modo de la negación” (Czermak, 1987: 164), hecho que lo llevará a decir que “En el límite, antes bien que delirio de las negaciones, tendríamos que hablar de delirio de las afirmaciones” (Czermak, 1987: 169-170).

Finalmente hará una mención respecto del estatuto del Otro en el Cotard y una señal de mejoría en su evolución. Nuevamente retomando a Cotard –quien destaca la polaridad entre el negador y el perseguido: siendo que el uno se autoacusa y el otro acusa al mundo exterior; que el negador es monolenguista y el perseguido, dialoguista (Cotard, 1882: 86-89)–, señala la volatilización del Otro que hay en el delirio de las negaciones –sujeto devenido en el Uno, al modo de Catherine X quien respondía “Mi persona no tiene nombre. Mi persona está sola, no tiene padres, nunca tuvo” (Cotard, 1882: 80-81)– y la omnipresencia del Otro que hay en el perseguido, la cual si bien le resulta ominosa, le señala un apoyo del cual el negador carece al reintroducirlo en un cierto lazo (Czermak, 1987: 180).

## **Conclusión**

Jacques Alain Miller nos remarca el acudir a los clásicos de la psiquiatría para no caer en el “asilo de la ignorancia” (Miller, 2015) –razón por la cual en nuestro título quisimos rendirle cierto homenaje–. La indicación es estrictamente lacaniana: se puede hallar en su enseñanza escrita y oral.

Pero no se trata solamente de eso, sino que también se palpa ese retorno en el hecho de que Freud en su momento optara por sostener como nombre de una posición subjetiva a la melancolía.

Como herederos de tal tradición

que pretendemos atribuirnos al calificar nuestra orientación como psicoanalítica, el retorno a la psicopatología de los clásicos lo creemos ineludible.



Lo que se tomó de ellos fue, por decir algo respecto de nuestra convocatoria actual, un nombre. Lo que hicieron Freud y Lacan fue el incluir allí otro nombre: aquél propio de cada sujeto, al cederle a éste la palabra para que pueda tejer así un Simbólico en la praxis de la que el psicoanálisis consiste (Lacan, 1964: 14), como tratamiento de lo Real.

De todas formas, el retorno a la psiquiatría por parte del psicoanálisis no se reduce tan sólo a la cuestión de los nombres. La variabilidad fenoménica que incluye la descripción de la melancolía por parte de los clásicos, permite la inclusión en ella de los modos de gozar de cada cual –algo que creemos que en la reducción a los trastornos del humor y a la depresión como adjetivo no puede ser incluido–. Y también: desde allí no solo es que se basa nuestra teoría, sino que también puede al día de hoy seguimos dando enseñanzas de las que tomar nota.

Lo hacía Freud, lo hacía Lacan, lo hacía Czermak.

¿Por qué habríamos nosotros apartarnos de esa senda?

### **Notas ampliatorias**

1. “Frenopatias” es el término acuñado por Guislain para denominar lo que la psiquiatría americana entiende por trastornos mentales, así como Pinel prefería el concepto de alienación mental y Falret al de patología mental.
2. Este punto es de particular importancia para el psicoanálisis, siendo antecedente de lecturas contrapuestas en torno a la locura y la libertad entre Ey y Lacan. Ver: Ey, H. (2004) La psiquiatría y la privación de libertad, en: *Rev. Psiquiat. del Uruguay*, Vol. 68, N° 1 y Lacan, J. ([1946] 2015) Acerca de la causalidad psíquica, en: *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI
3. Debemos marcar a este respecto una ulterior modificación: el *DSM V* cambió tal denominación por “Trastornos depresivos”, reduciéndose solamente a las depresiones unipolares, y creando para las bipolares el apartado de “Trastorno bipolar y trastornos relacionados”, en una tendencia que va a contrapelo de las últimas consideraciones que tuvo Kraepelin al respecto. Ver: American Psychiatric Association. (2013) *DSM V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Editorial Médica Panamericana y Kraepelin, E. (1909) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Heidelberg: Barth

## Referencias bibliográficas

1. – American Psychiatric Association. (1995) *DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson
2. – American Psychiatric Association. (2013) *DSM V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Editorial Médica Panamericana
3. – Bleuler, E. ([1911] 1993) *Demencia precoz, o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen
4. – Burton, R. (1997) *Anatomía de la melancolía*. Madrid: Asociación Española de Neurología, 1997
5. – Chaslin, P. ([1914] 2012) La ‘psiquiatría’, ¿es una lengua bien hecha?, en: *Lenguaje y psicopatología*, Buenos Aires: Polemos
6. – Cotard, J. ([1882] 2010) Del delirio de las negaciones, en: *Alucinar y delirar*, Vol. 1. Buenos Aires: Polemos
7. – Czermak, M. (1987) *Estudios psicoanalíticos de las psicosis: pasiones del objeto*. Buenos Aires: Nueva Visión
8. – De Clérambault, G. ([1920] 2009) Automatismo mental y escisión del yo, en: *Automatismo mental – Paranoia*. Buenos Aires: Polemos
9. – Ey, H. (2004) La psiquiatría y la privación de libertad, en: *Rev. Psiquiat. del Uruguay*, Vol. 68, N° 1
10. – Ferraro, JM. (2021) Reflexiones acerca del duelo y la melancolía a partir de la identificación, en: *Revista Escritos de Posgrado, UNR*, Año 2, N° 3
11. – Freud S ([1893] 2012). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas, en: *Obras Completas*, Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu
12. – Freud S ([1911] 2012). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente, en: *Obras Completas*, Vol. 12. Buenos Aires: Amorrortu
13. – Freud S ([1915] 2012). Duelo y melancolía, en: *Obras Completas*, Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu
14. – Giraud, A. (1892). Le Congrès de Médecine Mentale à Blois, en: *Annales Médico-Psychologiques*, N° 16
15. – Griesinger, W. (1845) *Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Adolf Krabbe Verlag
16. – Guislain J ([1852] 2010). Lecciones orales sobre las frenopatías, en: *Alucinar y delirar*, Vol. 1. Buenos Aires: Polemos
17. – Hipócrates. (1839-1861) *Épidémies*, en: *Œuvres complètes d’Hippocrate*, Vol. 5. Paris: É. Littré
18. – Jaspers, K. ([1910] 1963) Delirio celotípico, contribución al problema: ¿desarrollo de una personalidad o proceso?, en: *Escritos psicopatológicos*. Madrid: Gredos
19. – Kahlbaum, K. (1874) *Die Catatonie, oder das Spannungsirresein*. Berlin: Verlag von A. Hirschwald
20. – Kaplan, H. & Sadock, B. (1997) *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica
21. – Kendler, K. (2021) Kraepelin’s final views on manic–depressive illness, en: *Journal of Affective Disorders*, N° 282
22. – Kraepelin, E. (1899) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Heidelberg: Barth
23. – Kraepelin, E. (1909) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Heidelberg: Barth
24. – Kraepelin, E. (2011) *Dementia præcox y paranoia*. La Plata: De la campana, 2011
25. – Lacan, J. ([1932] 2011) *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. México: Siglo XXI
26. – Lacan, J. ([1946] 2015) Acerca de la causalidad psíquica, en: *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI
27. – Lacan, J. ([1953-1954] 2013) *El Seminario: Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Amorrortu
28. – Lacan, J. ([1954-1955] 2014) *El Seminario: Libro 2. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós
29. – Lacan, J. ([1955-1956] 2015) *El Seminario: Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós
30. – Lacan, J. ([1960-1961] 2014) *El Seminario: Libro 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós
31. – Lacan, J. ([1964] 2017) *El Seminario: Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós

32. – Lacan, J. ([1973] 2012) Televisión, en: *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós
33. – Lacan, J. (1974) *El Seminario: Libro 21. Los no incautos yerran*. Inédito. Clase del 9 de abril de 1974
34. – Lehmann, HE. (1959) Psychiatric concepts of depression: nomenclature and classification, en: *Canadian Psychiatric Association Journal*, Vol. 4
35. – Saunders, WB. (1985) Depresión, en: *Diccionario Médico Enciclopédico, Dorland*, Vol. 1. Madrid: Interamericana, 1985
36. – Miller, JA. (2015) Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria, en: *Revista Consecuencias*, N° 15
37. – Pinel, P. (1809) *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*. Paris: Chez J. Ant. Brosson
38. – Pinel, P. (1816) Melancolie, en: *Encyclopédie Méthodique*, Vol. 9. Paris: Chez Mme. Vve. Agasse
39. – Platon. (1992) Timeo, en: *Diálogos*, Vol. 6. Madrid: Gredos, 1992
40. – Starobinski, J. (2016) Historia del tratamiento de la melancolía”, en: *La tinta de la melancolía*. México: Fondo de Cultura Económica
41. – Trede, K.; Salvatore, P.; Baethge, C.; Gerhard, A.; Maggini, C.; & Baldessarini, R. (2005) Manic – depressive illness: evolution in Kraepelin’s *Textbook*, 1883-1926, en: *Harv. Rev. Psychiatry*, Vol. 13, N° 3
42. – Zöpke, P. (2010) *Rigodon: una clínica del cuadro*, Vol. 2. Rosario: Ediciones de las 47 picas