

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

El devenir de la melancolía. Antecedentes para un estudio de la melancolía en psicoanálisis.

Leon, Natalia.

Cita:

Leon, Natalia (2021). *El devenir de la melancolía. Antecedentes para un estudio de la melancolía en psicoanálisis. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/509>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/boe>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL DEVENIR DE LA MELANCOLÍA. ANTECEDENTES PARA UN ESTUDIO DE LA MELANCOLÍA EN PSICOANÁLISIS

Leon, Natalia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Nuestra investigación se propone como objetivo la realización de un estudio profundo y sistemático de los desarrollos psicoanalíticos sobre la melancolía. El presente trabajo, intentará seguir las huellas de las producciones, que les dieron marco y fueron algunas de sus referencias. Tomaremos como punto de partida, algunas elaboraciones que desde la antigüedad pueden encontrarse respecto al tema y la forma particular que tomó con su ingreso al conjunto de las enfermedades mentales con el surgimiento de la psiquiatría. Por último, dejaremos señalada la tensión entre melancolía y depresión y sus incidencias en la dirección de la cura.

Palabras clave

Melancolía - Tristeza - Psicoanálisis - Depresión

ABSTRACT

THE EVOLUTION OF MELANCHOLY. BACKGROUND FOR A STUDY OF MELANCHOLY IN PSYCHOANALYSIS

Our research aims to carry out a deep and systematic study of psychoanalytic developments on melancholy. The present work will try to follow in the footsteps of the productions, that gave them a frame and were their reference. We will take as a starting point, some elaborations that since ancient times can be found regarding the subject and the particular form it took with its entry into the set of mental illnesses with the emergence of psychiatry. Finally, we will point out the tension between melancholy and depression and its incidence in the direction of the cure.

Keywords

Melancholia - Sadness - Psychoanalysis - Depression

INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo se enmarca en el proyecto de investigación UBACyT (2018-2021): "Génesis, delimitación y transformación del concepto de goce en la obra de J. Lacan" dirigido por el Dr. Pablo Muñoz.

Nuestra investigación se propone como objetivo la realización de un estudio profundo y sistemático de los desarrollos psicoanalíticos sobre la melancolía, nos resulta interesante como inicio en el presente trabajo, seguir las huellas de las producciones existentes, muy antiguas en algunos casos, que les dieron marco y fueron su referencia.

Tomaremos como punto de partida, algunas elaboraciones que

desde la antigüedad pueden encontrarse respecto al tema y la forma particular que tomó con su ingreso al conjunto de las enfermedades mentales con el surgimiento de la psiquiatría. Por último, dejaremos señalada la tensión entre melancolía y depresión y sus incidencias en la dirección de la cura.

Dejaremos para una futura presentación el desarrollo de las conceptualizaciones fundamentales que, dentro de la teoría del Psicoanálisis, han producido S. Freud y J. Lacan, en relación al campo clínico de la melancolía. En las que encontramos la relevancia del aporte de los recorridos que en este trabajo presentamos.

Nos referiremos a un campo clínico, puesto que, como veremos a lo largo de este desarrollo, la melancolía es diversa en cuanto a sus fenómenos y presentaciones. Esta diversidad clínica nos conduce a una necesaria revisión de su pertinencia a una estructura en particular. Así, veremos que la melancolía puede ser ubicada en relación a las psicosis como estructura, como también, podremos ubicar melancolizaciones que suceden en el interior del tipo clínico de las neurosis.

El sujeto melancólico se nos presenta como un ser triste, sombrío, que no se liga a nada ni a nadie, desvitalizado, desanimado. Sujeto de la mortificación, que no puede más que reprocharse por todas sus inhibiciones e imposibilidades. La Melancolía responde a una pérdida que parece insustituible, de la que el melancólico parece no poder sobreponerse, pero de la que, además, muchas veces ni siquiera puede dar cuenta. Podríamos decir que el melancólico nos confronta "a cielo abierto" con la falta de sentido de nuestra existencia en tanto sujetos hablantes, falta que el sujeto melancólico describe con lucidez y crudeza, sin los velos y envolturas que permiten soportarla.

1-LA MELANCOLÍA EN LA HISTORIA

Melancolía y depresión, son términos que se encuentran presentes en gran cantidad de referencias a lo largo de la historia, ligadas a la enfermedad, a un estado conflictivo, un estado emocional, a un temperamento o carácter con determinado tono, disposición emocional, forma de sentir, etc. Es decir que las diversas referencias al tema abarcan un espectro que resulta ser más amplio que el de la patología. Dentro de este amplio abanico de presentaciones, parece describirse, en última instancia, algo que resulta ser propio al ser humano: sentirse triste, infeliz, deprimido, desanimado.

Desde la antigüedad encontramos menciones y descripciones acerca de este cuadro, con hipótesis etiológicas de diversa natu-

raleza, como la teoría de los humores y la Bilis negra, la acedia, la creación. El término Melancholia viene del griego, y nombra un desorden mental caracterizado por un estado prolongado de miedo y depresión. Este término a su vez, se relaciona con otro melaina chole traducido al latín como *altra bilis* o *bilis negra*.

Desde los escritos hipocráticos hasta finales del siglo XVII, el esquema predominante para la explicación de las enfermedades en general, y los desórdenes mentales en particular, fue la teoría de los humores. Los textos médicos griegos consideraban las afecciones mentales como enfermedad y del mismo modo que otros síntomas o enfermedades. Los desórdenes mentales eran considerados desórdenes fisiológicos. Dentro de este esquema, la salud suponía un estado óptimo de mezcla de estos humores, es decir un equilibrio y la enfermedad, la ruptura o desequilibrio. En referencia a los desórdenes mentales, los escritos médicos griegos, desarrollan tres tipos de locura: frenitis, melancolía y manía. La frenitis era una enfermedad aguda que se manifestaba con delirios y fiebre, causada por bilis amarilla. En cambio, melancolía y manía eran consideradas enfermedades crónicas. De los cuatro humores, la bilis negra, con sus cualidades de frialdad y sequedad, fue la crucial en la etiología y patogenia de la melancolía. Se creía que el cerebro estaba afectado por un exceso de bilis negra que producía esta enfermedad.

La melancolía como enfermedad aparece en los escritos hipocráticos en la descripción de un cuadro clínico basado en fenómenos como la aversión a la comida, un estado de desesperación, el insomnio, irritabilidad e intranquilidad. La propuesta terapéutica consistía en tratamientos de purgas y cambios de sangre.

Como ya mencionamos, no siempre las personas afectadas por esos estados fueron consideradas enfermas o con desórdenes mentales. En ocasiones fueron consideradas pecadores, ascetas, poetas, santos y místicos. También pueden hallarse algunas consideraciones que emparentan la melancolía con la creación artística. Se suponía a estas personas con exceso de bilis negra y se les adjudicaba un temperamento melancólico y dotes especiales. Esto supone la consideración de la melancolía como ligada al carácter y no a una patología. La idea de un temperamento melancólico se asentó en la teoría de los humores pero adquirió una vía independiente. De alguna manera, la constitución melancólica era vista como base de realizaciones intelectuales y artísticas, surgidas del ingenio. Sin embargo, tal temperamento era una predisposición a la enfermedad.

Estas ideas desarrolladas en la época clásica y los escritos médicos griegos acerca de la melancolía tuvieron continuidad en la Edad Media. En las descripciones clínicas de melancolía que pueden encontrarse a lo largo de los siglos, los rasgos principales que se reiteran son el miedo y la tristeza. Estos estados emocionales, pasiones o perturbaciones del ánimo o del espíritu, como fueron denominadas en tiempos anteriores, adquieren la categoría de síntomas de una enfermedad. Pero también tenían el status de afectos, lo que las llevó a ocupar su lugar en varias teorías de las pasiones o de las emociones a través de los

siglos. Incluso, como veremos, bajo la rúbrica del pensamiento religioso adquieren el estatuto de pecados.

En textos filosóficos y religiosos encontramos términos y estados emocionales que están emparentados con la melancolía. La tristitia (tristeza, dolor) considerado como uno de los síntomas fundamentales de la melancolía, fue una de las pasiones básicas en las teorías de las pasiones.

Para finales del siglo IV a. C la iglesia cristiana utilizaba el término acedia. Era asociada a los demonios, a las pasiones perturbadoras, a las tentaciones y malos pensamientos, y es por eso que se la define como un pecado. La Acedia era descrita como tristeza, una aflicción, cuya preocupación se anudaba a ciertas experiencias de los monjes. Los síntomas de este estado se asociaban al aislamiento, la lucha contra la tentación para alcanzar la perfección espiritual y la unión con Dios.

También se hallan referencias a la acedia como pecado de negligencia o pereza, laxitud, inactividad, falta de interés. En escritos posteriores se agregan a la descripción de la acedia la fatiga, el agotamiento, la intranquilidad. La acedia o tristeza espiritual se fue ampliando paulatinamente más allá de esta presentación relativa a los monjes y se la asoció con las pasiones.

La Acedia poco a poco se desplazó en su significado y se reduce a su emparentamiento con la pereza, perdiendo de esta forma riqueza y detalle. Giorgio Agamben, en su libro "Estancias" afirma que la psicología moderna ha vaciado el término Acedia de su significado original, haciendo de ella un pecado contra la ética capitalista del trabajo. Dice que la pereza es el "disfraz burgués" de la Acedia, señalando la funcionalidad de la ética capitalista de la productividad y de lo útil. Estas ideas nos parecen interesantes y coherentes con el desplazamiento que veremos producirse en el ámbito de la psiquiatría, de la melancolía a las depresiones.

En este recorrido nos parece crucial detenernos en ese fenómeno central que queda subrayado en las diversas referencias que hemos recorrido hasta aquí: la tristeza melancólica. La tristeza de la melancolía fue definida como una tristeza sin causa. Miedo y tristeza "sin razón aparente", refiere R. Burton en su clásico libro: "Anatomía de la melancolía". Reencontraremos este estatuto central de la pérdida y el estado de desazón profunda, como los elementos que Freud destaca para dar cuenta de la Melancolía. Aunque agregará la autoacusación o delirio de indignidad, para establecer la diferencia con el duelo.

Como desarrollaremos luego, también podemos encontrar referencias en esta dirección en los escritos de la psiquiatría clásica. Por ejemplo, en la obra de Emil Kraepelin, y posteriormente en otros autores, hallamos la tendencia a considerar casos de melancolía y depresión independientes de causas externas, lo que tal vez condujo al concepto de depresión endógena, que continúa la tradición del «sin causa aparente», acompañada luego de la suposición de factores orgánicos o biológicos subyacentes como causa.

2-MELANCOLÍA EN PSIQUIATRÍA

Proseguiremos nuestro recorrido situando los principales desarrollos de la psiquiatría clásica en relación a esta entidad clínica. Referentes de la psiquiatría alemana como E. Kraepelin, o de la escuela francesa, como J. Seglás y sus aportes para delimitar y explicar este cuadro, en torno al trastorno del ánimo o del humor, presente en los manuales diagnósticos actuales.

Pero tal vez sea necesario antes, situar el ingreso de la locura al campo de la medicina. Puesto que es la concepción médica de la locura será lo que señala el inicio de la psiquiatría. Según Paul Bercherie es el aporte de Philippe Pinel (1745-1826), lo que marca un punto de cambio, especialmente en el plano metodológico, fundando la Clínica como camino consciente y sistemático. Pinel consideró la alienación mental como una enfermedad de las funciones superiores del sistema nervioso, a las que denominaba neurosis, y en la que la lesión era un dato contingente.

Las neurosis cerebrales se dividen para Pinel en dos tipos: las afecciones comatosas, que suponían una abolición de las funciones, y las vesanías, que comprendían a la alienación mental, la locura propiamente dicha y algunas otras perturbaciones mentales (como hipocondría, sonambulismo, hidrofobia). En este segundo grupo de las vesanías, Pinel clasificó cuatro grandes clases de manifestaciones mórbidas, sirviéndose para ello de los síntomas más notorios: Manía propiamente dicha, Melancolía, Demencia e Idiocia.

Tomaremos la melancolía, tema que nos interesa especialmente en este trabajo. Para Pinel la melancolía fue definida como un delirio sobre un solo tema, sin propensión a actos violentos, libre ejercicio en otros aspectos de todas las facultades del entendimiento, y agrega que, en algunos casos, el melancólico presenta un carácter ecuánime o estado de satisfacción serena y en otros, son habituales la depresión y ansiedad. Con frecuencia se observa “una acrimonia de carácter”, o aspereza en el trato, que puede incluso llegar a la más decidida misantropía, (se refiere a la aversión al trato, un ser huraño que rehúye el trato con los otros) y en algunas ocasiones un invencible desprecio por la vida.

Jean- Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840), fue uno de los grandes discípulos de Pinel, señaló que los estados de manía y melancolía muchas veces podían alternarse. Se opuso a la denominación general de «melancolía» debido a su asociación con la bilis negra y su utilización en un sentido vulgar para denominar estados de tristeza. Es por esta razón que para nombrar esa forma de enajenación en que el delirio es parcial, permanente, alegre o triste, Esquirol distinguió en el interior del grupo de la melancolía que había descripto Pinel, la monomanía (delirio acotado) y las lipemanías caracterizadas por la pasión triste.

En los desarrollos posteriores del saber psiquiátrico vemos proliferar las clasificaciones y nosografías, que buscaban establecer diferencias y delimitaciones precisas entre diversas enfermedades mentales. En este devenir de la psiquiatría la

melancolía quedará reunida con la manía, como polos de una misma enfermedad. Idea que se establece y quedará vigente hasta la actualidad.

En 1893 aparece la primera edición del Compendio de psiquiatría de Emil Kraepelin, que se irá transformando y sumando modificaciones en sus ediciones sucesivas. Desde su primera edición, la melancolía no se presenta de un modo único o uniforme, sino que, por el contrario, supone alguna diversidad en su presentación clínica. En la sexta edición del Compendio, en 1899, que suele tomarse como la edición clásica, aparece la denominación: “locura maniaco depresiva”, junto a otras entidades, tales como demencia precoz y paranoia. Para Kraepelin la locura maniaco depresiva al igual que la paranoia, quedan ubicadas como enfermedades mentales de origen endógeno. Por otra parte, rechaza la existencia de una manía y una melancolía simples y sostiene la idea de que los accesos son siempre bipolares a pesar de las variaciones alternativas. Agrega finalmente lo que propuso llamar “estados mixtos”, que suponen una mixtura y variaciones en la combinación de las perturbaciones que considera fundamentales en ese cuadro: perturbación del humor, perturbación de la ideación, perturbación de la voluntad. Para Kraepelin la locura maniaco depresiva es un campo que reúne diferentes tipos clínicos, aunque a pesar de sus diferencias exteriores, tienen rasgos fundamentales comunes, y esto es lo que lo lleva a pensar que se trata de diferentes manifestaciones de un mismo proceso patológico. Es decir que las reúne en una misma unidad clínica que tiene formas diversas (Simples, periódicas o circulares, mixtas). Se trata de una enfermedad que cursa en forma de accesos, que se suceden, alternan o interrumpen, sin producir deterioro intelectual. Se caracteriza por una tonalidad afectiva determinada. Los períodos de transición entre uno y otro acceso pueden ir desde estados de profunda confusión e ideas delirantes hasta ligeras oscilaciones del humor. Pero en todo caso el denominador común es la “coloración especial y uniforme del humor”, a la que también llama “presencia de ánimo” (que conviene diferenciar de los trastornos de la afectividad que este mismo autor ubicará como síntoma esencial en la demencia precoz).

Sobre el pronóstico de la psicosis maniaco depresiva, el autor plantea que nunca llevan a un debilitamiento intelectual profundo y que tanto hay intermitencias de estados como períodos de remisión. Cuestiones esenciales que le sirven para establecer las diferencias con los otros tipos de psicosis.

En cuanto a la melancolía, específicamente, Kraepelin describe como signos esenciales la tristeza y las dificultades y enlentecimiento del pensar y el actuar. Caracterizan estos accesos la desesperanza, la pérdida de interés por las cosas, el desencanto y el deseo, dice Kraepelin, de poner fin a la existencia. La atención, la conciencia, la memoria son funciones psíquicas que se ven debilitadas o disminuidas. La voluntad, por otra parte, aparece signada por la inhibición y la dificultad para tomar decisiones y desencadenar el acto, llegando en casos muy graves al

estupor. En cuanto a la ideación delirante, Kraepelin ubica para la melancolía ideas hipocondríacas, de autoacusación, de persecución, religiosas. En relación a trastornos sensoriales, Kraepelin las describe estrechamente ligadas al humor y al pensar, pero afirma que, de presentarse alucinaciones, estas adquieren menos claridad en comparación a otras psicosis. Afirma que en general, las más frecuentes son aquellas ligadas al cuerpo y a sensaciones cenestésicas.

Respecto a esto último, resulta relevante el aporte que a finales del siglo XIX realizó en Francia Jules Séglas, quien caracterizó la melancolía simple como un estado cenestésico penoso, al que dio el nombre de dolor moral (equivalente a lo que suele denominarse dolor psíquico). Como puede leerse en esta definición, Seglas afirmaba que lo esencial de la melancolía era el dolor moral y los fenómenos de enlentecimiento e inhibición de diversas funciones corporales, relacionadas directamente con el humor penoso. Agotamiento físico, fatiga, un malestar general, al que llama “sentimiento corporal doloroso” referido a la cenestesia, es decir, al sentimiento que tenemos de la existencia de nuestro cuerpo. Este es el núcleo fundamental de la denominada melancolía simple. Este dolor moral, esta depresión dolorosa se manifiesta en la actitud, la fisonomía, la mímica, que traduce toda la gama de las pasiones tristes, desde el abatimiento, la pena, hasta la angustia, el terror o el estupor. El origen del dolor moral que caracteriza el cuadro según Seglas, está en relación al estado cenestésico penoso, pero, además, al trastorno del ejercicio intelectual. La apatía, lentitud, irresolución de los movimientos, el habla y el pensamiento. La abulia tanto se manifiesta en el plano motriz como en el intelectual. Hay dificultad para fijar la atención, agrupar ideas, lentitud para comprender y para responder, etc. Vemos que Seglas no se refiere al contenido de la ideación (no hay delirio), sino a trastornos formales de la ideación. Finalmente, el dolor moral dice el autor, produce un estado de anestesia psíquica, aislamiento y repliegue sobre sí mismo.

Es decir que el conjunto formado por el dolor moral y la marcada inhibición funcional constituye para este autor, el fenómeno elemental de la melancolía, y el delirio, en cambio, surge como un fenómeno secundario. Los trastornos delirantes surgen de la cenestesia penosa y de los trastornos en el plano intelectual, que darán lugar a la desvalorización de sí mismo y a la idea de su indignidad. La incapacidad para pensar, querer y actuar, dan lugar a los sentimientos de inferioridad. Veremos cómo gran parte de estos desarrollos se encuentran retomados en las hipótesis centrales que Freud propuso acerca de la melancolía, aunque estas se despliegan desde una perspectiva teórica particular.

Si bien podrían situarse mucho otros desarrollos dentro de la psiquiatría que adquirieron relevancia, pasaremos a continuación a realizar un breve comentario sobre los manuales de psiquiatría actuales y el desplazamiento progresivo que allí podemos situar desde la melancolía hacia las depresiones.

3-MELANCOLIA Y DEPRESIÓN

En 1952 surgió la primera edición, DSM-I. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Este Manual contiene una clasificación consensuada de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva. Prevalece la idea de identificar síntomas de primer orden, que permiten el diagnóstico y que adquieren su valor producto del consenso entre profesionales. Como puede verse, ya no se trata de una estructura que da lógica al conjunto de los síntomas, sino de un enfoque que produjo una progresiva fragmentación, basado en un modelo sindrómico que se plasmó en la aparición de los manuales DSM.

En relación a las concepciones en torno al campo clínico de la melancolía, se produjo una progresiva desaparición de la melancolía como entidad clínica diferenciada, y al avance de las llamadas depresiones, acompañadas de la creciente proliferación de tratamiento medicamentoso para estos cuadros. La crisis melancólica de la psicosis maníaco-depresiva deja ser la referencia principal en relación con la cual se ordena todo el resto, mientras que los otros aspectos de las depresiones -menores, reactivas, neuróticas, y otras- se transforman en objeto de estudios específicos. En lugar de ella, vemos florecer los llamados trastornos del ánimo, que basados en hipótesis biologicistas proponen el tratamiento por la vía del psicofármaco.

Las depresiones florecen como un campo clínico amplio que reúne muy diversas presentaciones, las cuales podrían presentarse como episodios que ocurren asociados a cualquiera de las estructuras clínicas.

Por otra parte, esta modalidad de diagnóstico resulta correlativa a explicaciones que intentan establecer causas orgánicas. Por ejemplo, a partir del aumento o el descenso de ciertos neurotransmisores pueden establecerse hipótesis neurobiológicas, y con ello, ofertar tratamientos que psicofarmacológicamente restablezcan el equilibrio.

El concepto de depresión tiende a diluir delimitaciones respecto a la estructura. Introduce en su lugar referencias cuantitativas, para dar cuenta del estado de ánimo. Podemos pensar que su promoción está íntimamente ligada al capitalismo y a la incidencia de la ciencia moderna, La perspectiva de la depresión tiene una estrecha relación con el avance de los medicamentos, y del abordaje farmacológico del sufrimiento humano. Depresión, unifica bajo un mismo término fenómenos muy diversos, universalización que desdibuja particularidades.

La depresión, por otra parte, es un término que debe ser situado en la Modernidad y que puede ser ligado con la incidencia del capitalismo. G. Agamben, en su libro *Estancias* señala que la

depresión vuelve a ser un pecado cuando queda en referencia a la ética capitalista del trabajo: el deprimido, con su desgano y falta de productividad, atenta contra el imperativo del sistema. Las depresiones provienen del campo de la psiquiatría y se imponen, generalizan y extienden como nominación de un vasto conjunto de presentaciones subjetivas. El concepto de depresión se planteará en una escala de cantidad, un “más” o un “menos” en un estado de ánimo, conduciendo, de manera general a abordajes farmacológicos que reduce el problema a un estado de ánimo que responde desde la perspectiva de la ciencia a un problema químico, dejando fuera la perspectiva singular del sujeto.

El actual y vasto campo de las llamadas depresiones, que se multiplica y prolifera, a la par de ofertas terapéuticas psicofarmacológicas, solidarias y funcionales al sistema capitalista, que excluyen la perspectiva del sujeto, pero, sobre todo, su palabra, vuelven crucial y nos causa a pensar que el psicoanálisis tiene, aún y sobre todo hoy, algo para ofrecer.

PARA FINALIZAR

El tema que nos propusimos investigar resulta de interés para la construcción de un recorrido que compile los desarrollos que en psicoanálisis se han hecho sobre el tema. Pero nos propusimos, además, que reditué en una reflexión en torno a una pregunta que dio impulso a esta investigación: ¿Qué tiene el psicoanálisis para ofrecer en la clínica de la melancolía? Entendiendo que el modo en el que pensamos teóricamente los fenómenos, y la orientación ética que nos guía, tiene profundas consecuencias en nuestra práctica clínica. Es por este motivo que creemos se vuelve necesario reafirmar lo que distingue al psicoanálisis, tanto por su conceptualización teórica como por la modalidad de tratamiento que propone.

En este sentido, el recorrido que nos propusimos, supuso una diferenciación entre melancolía y melancolizaciones. Es decir, un campo clínico de fenómenos que puedan ser situados desde una perspectiva estructural. La psicosis melancólica y las presentaciones melancolizadas (estados, transiciones, síntomas). Esto condujo además a otra diferenciación interesante para desarrollar en torno a la tristeza y las depresiones.

¿Cómo pensar el abordaje del campo clínico de la melancolía desde el psicoanálisis? Respondamos partiendo de lo que Lacan propuso como la ética propia al psicoanálisis, el “Bien decir”, que alude a promover un decir sobre aquello en lo que el sujeto está preocupado respecto a su sufrimiento, invitación que llevará al sujeto a situarse en la estructura, a reencontrarse en el inconsciente.

En el texto “El malestar en la cultura”, Freud sostiene que desde distintas fuentes al ser humano lo amenaza el dolor y el infortunio. Agrega además que la felicidad no ha sido incluida en los planes de la creación. A lo sumo, dice, podemos disfrutar con la intensidad del contraste. Entonces no se tratará de la promover la ilusión de vivir sin ningún tipo de pena, de dolor, sino más

bien, de los modos singulares de enfrentar ese dolor de la existencia humana. Lacan desarrolla algunas de estas cuestiones cuando trabaja la noción de “discurso del capitalista”. El capitalismo propone taponar todo encuentro con la falta, mediante la ilusión de que los objetos del mercado pueden colmarla. El psicoanálisis propone un dispositivo que iría a contrapelo de esto. No busca reparar/ equilibrar el estado de ánimo, la productividad y la adaptación a los imperativos de la época y su malestar. El psicoanálisis, más bien, nos propone una relación con el saber a través del inconsciente, que permite, en el mejor de los casos, construir una respuesta singular al dolor de la existencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G., *Estancias. La palabra y el fantasma en la cultura occidental*. Valencia. Pre-Textos. 1995. Primera edición. 1977.
- Bercherie, P., “Los Fundamentos de la clínica”, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1985.
- Burton, R., “Anatomía de la melancolía”, Ed. Alianza, 2015.
- DSM, “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado”, Ed Masson, 1994.
- Freud, S. (1929 [1995]) “El malestar en la cultura” en *Obras Completas Tomo XXI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jackson, Stanley W., *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos de Hipócrates a la época moderna*. Madrid: Turner publicaciones. 1989.
- Kraepelin, E., “Estados mixtos de locura maniaco depresiva” (Lección 8). En *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Sánchez Calleja, Madrid, 1905.
- Kraepelin, E., “La locura maniaco-depresiva”. En *La locura maniaco depresiva. La catatonía. La hebefrenia*, Buenos Aires, Polemos, 1996, cap. 1.
- Lacan, J. (1992). *El reverso del psicoanálisis. El Seminario. Libro 17*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J., “Del discurso psicoanalítico” (conferencia en Milán, 12 de mayo de 1972).
- Lanteri, L., *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*”, Editorial Tricastela, 2000.
- Séglas, J., “Lecciones clínicas. Décima lección: De la melancolía sin delirio”, en *Melancolía y dolor moral*.