



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS Y DIFICULTADES DE TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE  
PACIENTES QUE PRESENTARON FENÓMENOS MELANCÓLICOS, DESDE LA PERSPECTIVA  
DEL PACIENTE Y TERAPEUTA.**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**Javiera Ignacia Mena Dassonville**

**Profesor Guía:**

**Pablo Reyes**

**Informantes:**

Marianella Abarzúa

Matías Marchant

**Santiago de Chile, 15 de enero 2023**



**EXPERIENCIAS TERAPÉUTICAS Y DIFICULTADES DE TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE  
PACIENTES QUE PRESENTARON FENÓMENOS MELANCÓLICOS, DESDE LA PERSPECTIVA  
DEL PACIENTE Y TERAPEUTA.**

## **RESUMEN**

El término melancolía ha sido impreciso a lo largo de toda su historia, se ha utilizado como rasgo de carácter, objeto del arte, como concepto nosológico y, en su actualidad, como especificador clínico para el trastorno de depresión mayor. En el psicoanálisis se sigue hablando de melancolías para designar una severa pérdida narcisista que perturba en la juntura más íntima del sentimiento de vida en el sujeto. No obstante, tampoco dentro del campo del psicoanálisis existe una comprensión unitaria del fenómeno melancólico y su abordaje clínico. Asimismo, en la literatura predomina la narración de casos clínicos de melancolía con énfasis en la eficacia del dispositivo, ausentándose la transmisión de los obstáculos de la cura.

En esta línea, el objetivo de la investigación es comprender las experiencias de tratamientos psicoanalítico de pacientes que manifestaron fenómenos melancólicos y sus dificultades clínicas, desde la perspectiva del terapeuta y la experiencia subjetiva de pacientes. El estudio se realizó con un metodología de estudio de casos múltiples, mediante entrevistas narrativas a tres díadas: tres terapeutas y sus respectivos pacientes. Se construyó tres relatos de casos clínicos que narran cronológicamente el encuentro clínico y las dificultades que emergieron, los cuales involucran dificultades con respecto a la presencia real, simbólica del analista, el pensar el bien del analizante, la no resolución de impasses y la finalización de los tratamientos.

## **PALABRAS CLAVE**

Melancolía (s), Experiencias de tratamiento psicoanalítico, dificultades clínicas, impasse, diagnóstico psicoanalítico.

## AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias a los colegas que me permitieron conocer su clínica y a sus pacientes por confiarme sus relatos; a mis colegas del Consultorio Tempora por acompañarme en este proceso entre risas y recomendaciones de lecturas; a mis amigos por seguir día a día el proceso de tesis entre audios, mensajes y llantos; a mi familia por apoyarme en todo el proceso. Por último, a Pablo Reyes, Valentina Muñoz y Polly Reyes, por acompañarnos en la creación de nuestros proyectos.

*“Aguante usted el ser calificada de nerviosa. Pertenece usted a esa familia magnífica y lamentable que es la sal de la tierra. Todo lo grande que conocemos nos viene de los nerviosos. Ellos y no otros son quienes han fundado las religiones y han compuesto las obras maestras. Jamás sabrá el mundo todo lo que se les debe, y sobre todo lo que han sufrido ellos para dárselo” (Proust, En busca del tiempo perdido III)*

## INDICE

I.	Introducción.....	2
II.	Marco Teórico: Fundamentos psicoanalíticos de las melancolía(s)	
	1. Capítulo I: Aportes de Sigmund Freud.	
	1.1 Primeros manuscritos: melancolía como pérdida libidinal, inhibición y dolor psíquico.....	9
	1.2 Narcisismo y elección narcisista de objeto.....	10
	1.3 Duelo y melancolía: pérdida de objeto, auto reproches e identificación con el objeto resignado.....	13
	1.4 Superyó melancólico.....	16
	2. Capítulo II: Los aportes de Karl Abraham y la Escuela inglesa de psicoanálisis.	
	2.1 Karl Abraham: regresión de la libido e incorporación del objeto amado..	20
	2.2 Karl Abraham: Factores etiológicos de la melancolía.....	24
	2.3 Melanie Klein: Introyección de objetos y mundo interno.....	26
	2.4 Donald Winnicott: Agonía y falla Ambiental.....	30
	2.5 André Green: lo negativo y lo inclasificable.....	34
	3. Capítulo III. Tesis estructural de las melancolías: Escuela Francesa de Psicoanálisis.	
	3.1 El lugar de la melancolía en la obra de Jacques Lacan.....	39
	3.2 Construcción de una tesis estructural de la melancolía como parte del campo de la psicosis: otros aportes.....	46
	3.3 Crítica de la tesis estructural: melancolía como una entidad clínica particular.....	58
	4. Capítulo IV: Dificultades Clínicas en la clínica de la melancolía.	
	4.1 Dificultades en la investigación en psicoterapia.....	62
III.	Objetivos.....	67
IV.	Metodología.....	68
V.	Resultados.....	78
	a. Caso I: No quiero ser mi madre.....	78

b.	Caso II: En busca de grados de libertad.....	88
c.	<i>Caso III: Viendo las cosas de un solo color</i> .....	98
VI.	Discusión.....	109
VII.	Conclusiones.....	118
VIII.	Bibliografía.....	122
IX.	Anexos.....	131

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, la melancolía ha tenido el lugar de una afección del ánimo, siendo objeto de pensamiento de filósofos, poetas y pensadores (Cancina, 1992). Incluso algunos autores proponen, revisando la panorámica del pensamiento sobre la melancolía en la historia de Occidente, pensar la melancolía como un mito cultural y no solo en su condición de enfermedad: “*Pues siempre escapa del diagnóstico y se inserta en el misterio y en la metáfora humana*”(Pujante, 2018, p.20). Lo que desprende cierta romantización de la melancolía, que ha sido históricamente ligada al artista, el genio, al creador.

Sin embargo, el término melancolía ha sido impreciso a lo largo de toda su historia. En primer lugar, el término melancolía remite, en su etimología al griego “*melan*”: color negro, y “*kholé*”; bilis, tal concepción tuvo su uso desde la Antigüedad y en la medicina hipocrática de los humores nombraba de este modo a una enfermedad de ánimo caracterizada por el ánimo sombrío y una tristeza profunda (De Biasi, 2013). Posteriormente, con la evolución de la psiquiatría, la melancolía ha tomado desde la figura de la psicosis degenerativa, la entidad cíclica de la psicosis maníaco- depresiva, hasta ser en la actualidad un especificador de los trastornos depresivos mayores (American Psychiatric Association, 2014).

De los principales aportes en la psiquiatría clásica para la conceptualización de la melancolía destaca el *Traité Médicophilosophique sur l'aliénation mentale* de Philippe Pinel en el 1809 (Balbo, 1995), en el cual clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia. Define la melancolía como una pasión que concentra toda la atención del paciente, que lo encierra en sí mismo, y que a menudo camufla una perturbación intelectual. Luego de un periodo de melancolía, refiere que sigue un periodo de manía, donde emerge una *hinchazón del orgullo* (Douville, 2013).

Es con Joseph Guislain, que pasan a segundo lugar los desórdenes de la razón para pensar en la melancolía, centrándose en el sufrimiento moral de esta. La melancolía se convierte en un dolor moral: “*ante todo la alienación moral es un estado de malestar,*



*ansiedad, sufrimiento: un dolor moral [...] decir que la alienación es una perturbación del juicio, de la razón, sería una preposición errónea: sería tomar un síntoma secundario del fenómeno fundamental”* (Guislain en Douville, 2013, p.49)

Posteriormente en el año 1883, es el neurólogo Jules Cotard, desarrolla estudios respecto a los delirios de negación. Cortard, observa el cuadro clínico de pacientes que niegan la existencia de sus órganos, hasta su cuerpo entero y otros quienes desarrollan temas delirantes de enormidad corporal, de culpa anonadante y de inmortalidad dolorosa (Álvarez, Colina & Ramón, 2009). Inspirado en los estudios de Jules Cotard, el psiquiatra francés Jules Séglas, al estudiar los trastornos del lenguaje, caracteriza la melancolía delirante por la naturaleza tormentosa de los temas delirantes; siempre presente el dolor y la inhibición mental, la insignificancia y la resignación. Asimismo, señala que el melancólico tiene una actitud a la espera de juicio (Álvarez, Colina & Ramón, 2009). Otros rasgos de la melancolía son caracterizados por Bucknill y Tuke (En Álvarez, 2017) quienes señalaban que la esencia misma de la melancolía es la aversión a la sociedad, el deseo de soledad y una repugnancia a los placeres del mundo.

Desde la psiquiatría alemana destacan los aportes de Emil Kraepelin. En sus primeros escritos, la melancolía es pensada como un fenómeno ligado a los trastornos de la vejez, particularmente a las demencias (*démence mélancolique*), la cual se caracterizaba con la presencia de delirios nihilistas (Álvarez, 2017). Posteriormente, en la sexta edición de su clasificación *Lehrbuch der Psychiatrie*, divide tres grupos: enfermedad maniaco-depresiva, demencia precoz y paranoia, formando el marco diagnóstico de la psiquiatría contemporánea (Parmentier, 2001). La melancolía queda definida en el cuadro de psicosis maniaco-depresiva, que incluye estados maníacos, estados depresivos y mixtos (Balbo, 1995). Un rasgo que ilustra Kraepelin es el de la autoacusación, la declaración hecha sin vergüenza alguna de la indignidad del sujeto, causante de desgracia (Douville, 2013). La psicosis maniaco-depresiva de Kraepelin, hoy en día se encuentra contemplada en el trastorno esquizoafectivo y la nominación de melancolía como un especificador de trastornos del ánimo.

Se evidencia cierta dificultad para la comprensión unitaria de la melancolía en la psiquiatría, de ahí que también su uso sea cuestionado, por ejemplo, Esquirol en el 1820,

rechazó la categoría de melancolía por considerarla un término obsoleto y de uso en círculos de poetas y artistas, proponiendo el nombre griego *lypémanie* (Guislain, 1833). No obstante, la melancolía resistió al paso del tiempo, los intentos de borradura y continua en boca de psicopatólogos para referirse a cuadros de alteración del afecto persistentes.

Es el campo del psicoanálisis, comenzando con los aportes de Sigmund Freud y Karl Abraham, que esta categoría mantiene su nombre y su conceptualización se ha enriquecido con la referencia al inconsciente. La novedad freudiana fue dejar de pensar la melancolía como la traducción psíquica de una deficiencia orgánica, para desplazar el origen de la enfermedad dentro del dominio de lo psíquico, y con ello, el aporte de la comprensión de el inconsciente: “*la melancolía como una pérdida de objeto sustraída de la consciencia*” (Freud, 1975/1917, p. 243). En el psicoanálisis se puede pensar que la melancolía ha resistido su borradura por su valor clínico particular para la comprensión de algunos sufrimientos, de los cuales la *depresión contemporánea*, como actual paradigma de las afecciones del ánimo, queda corta: “*¿Cómo no reconocer que en la melancolía se recorta una particularidad muy específica de la posición del sujeto en aquel drama?*” (De Biasi, 2013, p. 10).

Green (1999) señala que nadie escapa a la depresión que se liga a la condición humana porque es el precio que pagamos al apego a los objetos que nos dan la alegría de vivir una vez que se ausentan. En la mayoría las pulsiones de vida nos devuelven un gusto de vivir que por un momento pudo faltarnos. La libido recupera su predominio, inviste objetos nuevos y el olvido parcial, es decir, la represión de la pérdida permite seguir con la vida. Sin embargo, algunos sujetos no pueden soltar la pérdida y esta se torna una parte de la identidad de aquellos: “*la sombra del objeto cayó sobre el yo*” (Freud, 1975/1917, p. 246). Lo que conlleva a experiencias de duelos interminables e inolvidables y que algunos no dan cuenta del rasgo del amor ante esa pérdida inconsolable sino al resentimiento del abandono del objeto (Green, 1999). De esta forma, se desprende una diferenciación respecto a lo depresivo y lo melancólico, en el cual el primero su sufrimiento da cuenta de una resistencia al trabajo de duelo y en el segundo, su imposibilidad.

Guyomard (2013) también realiza la distinción que en la depresión su pérdida es respecto a un objeto en la vida y en relación con otros, es decir, es un sujeto que está erotizado y del lado de la palabra, incluso en el dolor. En cambio, en la melancolía la pérdida no se

inscribe en lo simbólico y con ello, no se inscribe en la alteridad, sino que es un objeto que no supone otro viviente. En palabras de Kristeva (1997) la tristeza del melancólico da cuenta de la expresión más arcaica de una herida no simbolizable, en el cual ningún objeto erótico puede reemplazar para él la irremplazable percepción de un lugar o de un pre-objeto. Kristeva (1997) propone que el melancólico esta de duelo no por un objeto sino por la cosa, que comprende como lo real rebelde a la significación y que, por tanto, se inscribe sin memoria, cómplice subterránea de angustias indecibles.

Recapitulando, los aportes del psicoanálisis para pensar la melancolía permiten la posibilidad del análisis del discurso y sus síntomas como traducción de determinantes inconscientes, cuyas manifestaciones atestiguarían fragmentos de la historia olvidada del sujeto (Lambotte, 2012). No obstante, tampoco dentro del campo del psicoanálisis la melancolía es un concepto unitario y exento de debate, siendo un término lábil en la aplicación clínica.

En este punto es interesante la propuesta De Biasi (2013), de no abandonar la fluctuaciones de la experiencia melancólica, en tanto algunas revelan la psicosis, tal como la psiquiatría describe el síndrome de Cotard, y que estas remiten a la forclusión del Nombre del Padre. Pero que *otras melancolías*, que demuestran ser paradigma de las neurosis narcisistas, responden a la identificación con el padre muerto y no en el sentido de la identificación secundaria edípica sino una identificación con el cadáver. Soria (2017), asimismo, propone pensar en términos de pluralidad y diversidad respecto al campo de las afecciones narcisistas: “*Si hablamos de narcisismo en singular cerraríamos la posibilidad de entender ciertas opacidades de ciertos narcisismos*” (p.11).

En suma, se puede desprender que el término de melancolía es un término lábil, con una falta de univocidad en su comprensión, difícil de acotar y cambiante con los siglos, en alza o en declive. Por tanto, en el campo de la psiquiatría como dentro del psicoanálisis, se puede cuestionar la univocidad de la comprensión y el tratamiento de los fenómenos melancólicos. En el psicoanálisis se puede dar cuenta de un debate epistemológico y/o estructural, a partir de la conceptualización freudiana de psiconeurosis narcisista (Lambotte, 1995) y la comprensión estructural de la melancolía como una psicosis (Miller, 2015a).

En esta línea, no se pretende definir en una sola definición o comprensión la melancolía, sino que se propone, para el análisis de las dificultades en esta clínica, rescatar la experiencia completa de las fluctuaciones clínica de las *melancolías* y pensarla de aquel modo en plural, de formar que hablar de *fenómenos melancólicos* permitiría no cerrar su fenomenología y las distintas discusiones teóricas.

Fenómenos que abarcarían un amplio abanico: Inhibición, insomnio melancólico, alteración en la propia imagen e ideas de insignificancia, autorreproche (Freud, 1975/1917); fenómenos de negatividad (Green, 1999; Lambotte, 2003); Desinterés por la realidad (Freud, 1975/1917; Lambotte, 2003); relación con la verdad particular (Pellion, 2003); sustitución del deseo por la actividad e identificación al gran relato de sufrimiento familiar (Fernández, 2019); alteración de la dimensión amorosa (Haydée Heinrich, 2016); melancolización femenina (Dominique Guyomard, 2013), etc.

Por último, es relevante el estudio de las dificultades clínicas en tanto su investigación es reciente (Herrera et al, 2009) y en la literatura se tiende a transmitir casos clínicos exitosos en pos de mostrar la eficacia del dispositivo por sobre la transmisión de tratamientos que medio andan e incluso fracasan. Tendencia que no ha sido distinta en las construcciones de casos en psicoanálisis, lo que conlleva ciertas contradicciones teóricas. Esto debido a que el psicoanálisis rescata en lo que no anda el corazón de la cura y de lo sintomático (Freud, (1991/1912), es decir, supone valor a los impasses posibles en el encuentro analista y analizante. Asimismo, en el estudio de casos clínicos en psicoanálisis prevalece las narraciones y construcciones de los analistas (Chiriaco en Miller, 2015; Minaudo, 2014; Salem, 2016; San Martín, 1993), por lo que introducir las voces de los analizantes permitiría un mayor entendimiento y novedad respecto a los impasses clínicos.

En esta línea, la siguiente investigación tiene como objetivo principal el comprender la experiencia terapéutica y las dificultades de los procesos analíticos de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos, desde la perspectiva del paciente y terapeuta. El estudio permitiría una comprensión de las posibles dificultades que pueden surgir y sus particularidades transferenciales. En consecuencia, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias y dificultades de tratamientos de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos?

Para el abordaje de la pregunta de investigación se propuso como plan de trabajo, por un lado, la construcción de cuatro capítulos teóricos, los cuales tienen el objetivo de describir y comprender las distintas comprensiones y matices de la experiencia melancólica en el pensamiento psicoanalítico. En primer lugar, se revisó los aportes de Sigmund Freud como principal referencia para dar cuenta respecto a los fundamentos psicoanalíticos de la melancolía. En este capítulo se realizó como recorrido la revisión de los primeros manuscritos freudianos, en los cuales la melancolía es pensada como una pérdida libidinal y como un dolor psíquico. Luego se revisó sus aportes respecto al narcisismo y su articulación con la melancolía, que permitiría la construcción de la tesis de la melancolía como una *neuropsicosis narcisista* y la base para la escritura de *Duelo y Melancolía* (Freud, 1975/1917). Escrito en el que la tesis de la melancolía se desplaza de la pérdida libidinal a la pérdida de objeto que es experimentada por el sujeto como una pérdida en el *Yo*. Por último, el capítulo finaliza con la coordenada del *superyó* para la explicación de los fenómenos melancólicos (ej: autorreproche, la culpabilidad excesiva, delirios de insignificancia, etc.). El recorrido en la misma obra de Freud permite ya pensar en la complejidad del concepto dada a la transmutación que adquiere en la obra.

El segundo capítulo consiste en una revisión de los aportes de la Escuela Inglesa de psicoanálisis para la comprensión de la experiencia melancólica. Este capítulo comienza con apartado respecto a la obra de Karl Abraham, quien desarrolla en paralelo al trabajo de Freud, su propia teoría etiológica de la melancolía. Posteriormente, se estudian los trabajos de Melanie Klein, en particular su aporte de la posición depresiva en la infancia; Donald Winnicott, con sus conceptos de falla ambiental y agonías primordiales. Finalmente, se revisó los aportes de André Green sobre lo negativo y las estructuras no neuróticas como una posible nominación ante algunos fenómenos melancólicos. Los autores revisados en este capítulo tienen como elemento en común una decepción, ausencia, falla, etc., acontecida en tiempos originarios del sujeto.

El tercer capítulo se abordó la Escuela Francesa de psicoanálisis, en el cual se analizó los aportes de Jacques Lacan respecto al objeto en la melancolía y los pensamientos de otros autores que permiten la construcción de la tesis de la melancolía como una psicosis. Finalmente, el capítulo concluye con las críticas de la tesis estructural de la melancolía. Este recorrido teórico permite tal como fue anticipado con anterioridad pensar en la complejidad

de reducir en una definición la experiencia melancólica y la posibilidad de postular a una hipótesis de la melancolía en plural con sus diversas figuraciones.

Por último, el capítulo final abre la pregunta por las dificultades e impasses en la clínica de las melancolías, donde primero se reflexiona en torno a qué consiste y cómo se estudian las dificultades en psicoterapia, para luego pensar qué se entiende por un impasse en el pensamiento psicoanalítico y qué dificultades podrían surgir en la clínica con un sujeto melancólico y/o melancolizado.

Finalmente, se presentan los resultados del abordaje metodológico de la pregunta de investigación, los cuales consisten en tres relatos de casos clínicos, que reúnen la experiencia de tanto los analistas como sus respectivos pacientes. Los casos fueron narrados rescatando la temporalidad del inicio, desarrollo y finalización de los tratamientos, junto con las dificultades que emergieron en el proceso.

## MARCO TEÓRICO

### *Fundamentos Psicoanalíticos de las melancolías (s).*

#### *Capítulo I. Aportes de Sigmund Freud*

##### **1.1 Primeros manuscritos: melancolía como pérdida libidinal, inhibición y dolor psíquico.**

Si bien Freud heredó el vocabulario de la escuela alemana de psiquiatría, sus avances sobre el narcisismo y lo inconsciente le permitirían elaborar una comprensión innovadora de la melancolía. En la obra freudiana, la noción de melancolía ha tomado varios matices. En sus primeros manuscritos, ésta es explicada principalmente en términos económicos y neurológicos, posteriormente comienza a formalizarse como una entidad clínica en *Introducción al narcisismo* (Freud, 1975/1914) y; *Duelo y Melancolía* (Freud, 1975/1917), donde identifica la pérdida de naturaleza objetal del sujeto melancólico. Posteriormente, con la segunda tópica freudiana en *Yo y el Ello* (Freud, 1975/1923) adquiere una nosografía particular y con ello, la inquietud freudiana de presentar la melancolía como una organización psíquica singular.

Se puede ubicar los primeros rastros de la conceptualización de la melancolía en los *manuscritos* freudianos. Escritos que tienen la importancia teórica en el cuerpo freudiano, de ser los primeros en el desarrollo de los conceptos de pulsión y lo pulsional (Pellion, 2003). En primer lugar, en el manuscrito B (Freud, 1986/1893) propone la hipótesis de la etiología sexual para aquellas neurosis que denominará posteriormente como neurosis actuales. La cual consiste en una hipótesis cuantitativa, en la que un exceso de tensión sexual no tramitada sería la causa de tales afecciones, tales como neurastenia, la neurosis de angustia y la melancolía. En contraposición, ubica la neurosis de defensa, las cuales el factor cuantitativo tiene como destino modificaciones cualitativas: en la histeria, la conversión; en la neurosis obsesiva, el desplazamiento psíquico.

Es en el *Manuscrito E* (1986/1892-1899) en el que Freud hace una distinción entre la neurosis de angustia y la melancolía. En las primeras, la angustia se explica por una transposición de la tensión sexual acumulada en angustia por vía somática, que responde a la

imposibilidad de descarga de la tensión por vías psíquicas. En cambio, en la melancolía dicha tensión sexual corresponde a una tensión psíquica debido a una insuficiencia de ligazón con grupos de representaciones: “*Cuando se acumula tensión sexual física- neurosis de angustia [...] cuando se acumula tensión psíquica- melancolía*” (Freud, 1986/ 1892-1899, p. 231).

Luego, la melancolía es retomada en el *Manuscrito G* (Freud, 1986/1895), pero dando un vuelco a la hipótesis de la melancolía como causa de un exceso cuantitativo de la libido, a desplazarse a la concepción de la libido como faltante. En esta línea, en este escrito la melancolía consiste en un duelo provocado por una pérdida de la libido y es pensando como una hemorragia libidinal. Lo que le permite explicar clínicamente la *inhibición y dolor melancólico*, como el efecto del empobrecimiento de excitación que tendría una herida abierta y por el otro lado, la manía como una excitación desbordante.

Para Freud, la vivencia subjetiva de tal hemorragia es el afecto del duelo, como la añoranza de algo perdido y la disipación de toda la energía de este. De la cual se desprende, la concepción de pérdida dentro de la vida pulsional y su vivencia inconsciente de aquello que se pierde. El sujeto siente que algo falta. Lo que permite pensar los primeros antecedentes para la tesis posterior de *Duelo y Melancolía* (1975/1917), en donde la novedad respecto a la pérdida es el objeto, dejando una explicación de una pérdida meramente económica de la pulsión.

## **1.2 Narcisismo y elección narcisista de objeto.**

Posteriormente, en *Introducción del narcisismo* (Freud, 1975/1914), Freud desarrolla la historia evolutiva de la libido (del autoerotismo infantil al amor de objeto), que sería un precedente relevante para complejizar, un par de años después, en *Duelo y Melancolía* (1975/1917) su concepción de identificación con el objeto amado en la melancolía.

Freud (1975/1914) comienza su argumento con la paranoia, planteando dos características principales de esta: el delirio de grandeza y la falta de todo interés por el mundo exterior (personas y cosas). Último rasgo que se evidenciaría en el sujeto melancólico (Freud, 1975/1917; Lambotte, 2003). Sin embargo, Freud destaca que dicha falta de interés por el mundo exterior también se puede evidenciar en las neurosis de transferencia, es decir, que se observa la resignación a su relación con la realidad, pero que el análisis no demuestra



que han roto su relación erótica con las personas y cosas, ya que se encuentran conservadas por medio de la fantasía. Es decir, han sustituido los objetos reales por otros imaginarios.

En cambio, en la paranoia, la retirada no es sustituida por la fantasía, sino que el destino de la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al Yo. A este estadio Freud (1975/1914) le da el nombre de narcisismo secundario, que ejemplifica a través de megalomanía como aquella dinámica en que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de amor. Antecedente que permite pensar en unos de los destinos de la investidura ante la pérdida de objeto.

Además, Freud (1975/1914) propone una relación inversamente proporcional entre la libido yoica y la libido objetal. Se plantea que cuando la libido yoica es mayor, más empobrecida es la libido objetal y viceversa. Lo que le permite postular que la libido objetal parece alcanzar su máximo desarrollo en el amor, y con ello, se presenta una disolución de la propia personalidad en favor de la carga de objeto. Relación que resulta interesante de pensar para la comprensión del padecimiento amoroso de los sujetos melancolizados, quienes se podría pensar que están empobrecidos con y sin lazo amoroso:

*“la dependencia respecto del objeto amado tiene el efecto de rebajarlo; el que está enamorado está humillado. El que ama ha sacrificado, por así decir, un fragmento de su narcisismo y sólo puede restituírselo a trueque de ser amado. En todos estos vínculos el sentimiento de sí parece guardar relación con el componente narcisista de la vida amorosa”* (Freud, 1975/1914, p.95).

Sin embargo, la vida amorosa no implica el abandono íntegro del narcisismo del sujeto, ya que la libido yoica no se consumió en su completitud en investidura de objeto, sino que ha conformado un ideal por el cual medir su yo actual. La constitución del Ideal es condición de la represión y viene a amortiguar el delirio de grandeza. De ahí que en el proceso de la resignación del autoerotismo infantil (narcisismo primario) en beneficio del amor de objeto, se encuentra involucrado el *Ideal del Yo*:

*“El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto al narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido*

*a un ideal del yo impuesto desde afuera: la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal” (Freud, 1975/1915, p.96).*

En este punto, también surge la posibilidad de que el ideal sexual pueda entrar en una relación auxiliar con el Ideal del Yo, cuando se ama conforme a la elección de objeto narcisista:

*“Se ama, siguiendo el tipo de elección narcisista de objeto, lo que uno fue y ha perdido, o lo que posee los méritos que uno no tiene. En fórmula paralela a la anterior se diría: Se ama lo que posee mérito que falta al yo para alcanzar el ideal” (Freud, 1975/1915, p.97) a aquello que hemos sido y hemos dejado de ser o aquello que posee perfecciones que carecemos. La fórmula correspondiente sería: es amado aquello que posee la perfección que le falta al yo para llegar al ideal” (Freud, 1975/1915, p. 97).*

Este tipo de elección de objeto permitirá, posteriormente, la comprensión de la pérdida sentida en el Yo en la melancolía, que se desprende de una dinámica de identificación con el objeto amado perdido y con ello, el fenómeno del autorreproche. Este de tipo de elección de objeto es retomado por autores que sostienen la tesis de la melancolía como una psiconeurosis narcisista (Green, 2010; Lambotte, 2003). En *Tres ensayos de teoría sexual* (1992/1905), respecto a la resignación del objeto amado y el sepultamiento del complejo de Edipo, Freud plantea la identificación narcisista con el objeto como uno de los destinos, en la cual la identificación se convierte en sustituto de la carga erótica y en consecuencia, paradójal, no se abandona la relación erótica. Agrega que tal mecanismo, de sustituto el amor de objeto a una identificación es propio de las afecciones narcisistas.

En esta línea, Freud (1975/1915) destaca el intento de curación por amor del neurótico, que empobrecido el yo por las excesivas cargas de objeto e incapacitado para alcanzar su ideal, el sujeto intentará retornar al narcisismo, eligiendo conforme al tipo narcisista, un ideal sexual que posea las perfecciones que no puede alcanzar. Freud, indica que esta conforma una cura por el amor que el sujeto prefiere por sobre a la analítica, una vez que el análisis logra desvanecer en una medida la incapacidad de amar del enfermo. No obstante, tal desenlace conlleva a la invalidante dependencia a la persona que le ha prestado

su amoroso auxilio. María Cristina De Baisi (2013) aborda esta cura como un fenómeno clínico de la melancolía, en la cual sujetos que han estado por largos momentos melancolizados, conocen a un otro que le aporta cierto brillo a la vida y que, de acontecer una decepción amorosa, el sujeto se enfrenta a una gran perturbación psíquica.

### **1.3 Duelo y melancolía: pérdida de objeto, autorreproches e identificación con el objeto resignado.**

En *Duelo y Melancolía*, Freud (1975/1917) retoma la conceptualización de la identificación y elección narcisista de objeto para comprender la dinámica melancólica, en donde mantiene la tesis que, de la melancolía como una pérdida, pero esta vez desplaza la pérdida libidinal a una pérdida de naturaleza objetal. En otras palabras, se introduce como novedad el lugar del objeto en el padecimiento melancólico. En el escrito para entrar a la comprensión de la melancolía, Freud (1975/1917) comienza describiendo sobre el duelo para luego desarrollar el estado patológico que sería la melancolía.

El duelo lo define como un trabajo psíquico de elaboración frente a la pérdida de una persona amada o ideal (un objeto que no ha muerto pero que se ha perdido como objeto de amor). Tal trabajo psíquico conlleva a que el examen de la realidad demuestre que el objeto amado ya no existe más, y de la sustracción de la libido enlazada con el objeto perdido. La cual es realizada pieza por pieza del objeto amado, con un gasto de tiempo y energía psíquica, lo que permite explicar la inhibición y la falta de interés, del sujeto que se encuentra en labor de duelo.

En este sentido, el duelo, a pesar de no ser considerado un estado patológico, puede provocar efectos perturbadores para el funcionamiento del sujeto;

*“el duelo muestra los mismos rasgos (melancolía), excepto uno; falta en él la perturbación del sentimiento sí. Pero en lo demás lo mismo. El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior- en todo lo que no recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor [...] el extrañamiento*

*respecto de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto” (Freud, 1975/1917, p. 242).*

En el trabajo psíquico del duelo, por tanto, se consuma allí por segunda vez la pérdida y la libido queda disponible para la búsqueda de nuevos sustitutos:

*“Sustitutos de lo irremplazable. Cada objeto de amor, así como también cada objeto de duelo, conllevará la marca de lo irremplazable. El objeto perdido era ya un sustituto de esa falta irreductible, indigerible y que funda la estructura. La libido del yo se re-encauzará luego del penoso paréntesis del duelo” (De Biasi, 2013, p. 167).*

En la melancolía, Freud sostiene que es evidente que lo que está en juego es una reacción a la pérdida de un objeto amado o la pérdida es de naturaleza más ideal, cuando el objeto no ha muerto, sigue estando en la realidad, pero se ha perdido como objeto erótico. Es en cuento la pérdida en la melancolía que Freud incorpora la dimensión inconsciente del fenómeno, ya que observa la dificultad de distinguir con claridad lo que el sujeto ha perdido y, a su vez, este último tampoco le es posible distinguir conscientemente: *“sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido” (Freud, 1975/1917, p. 243).* La pérdida sustraída de la consciencia también tiene por consecuencia una labor interna análoga al trabajo de duelo, lo que explica que conlleve a su vez a la inhibición del sujeto.

En esta línea, Freud (1975/1917) destaca como fenómeno la enigmática inhibición melancólica, que absorbe por completo al sujeto, como también de la misma forma, destaca la disminución de su amor propio y la dinámica de autorreproches, en la cual el sujeto se describe su Yo como indigno de toda estimación. En esta lógica, Freud (1915-1916) caracteriza psíquicamente la melancolía como:

*“una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones [...] puede llegar incluso a una delirante espera de castigo” (Freud, 1975/1917, p.242).*

Respecto al autorreproche, destaca una enigmática paradoja, que corresponde a que se esperaría inferir una pérdida en el objeto, pero en las declaraciones del sujeto la pérdida

acontece en el Yo. Es por ello, que propone como hipótesis que tales acusaciones se adaptan a aquella persona que ha amado o debía amar, es decir, que los reproches corresponden a un objeto erótico y han sido vueltas contra el propio Yo. Asimismo, explicaría la carencia de vergüenza de las declaraciones del sujeto, en tanto lo que habla de sí mismo en el fondo habla de otro. Este hallazgo permite la conceptualización de la identificación e incorporación con el objeto amado en la melancolía, que es desarrollado en un tiempo paralelo con la obra de Karl Abraham (1924) y posteriormente, es retomado por otros autores de la escuela inglesa de psicoanálisis para el desarrollo de la teoría objetal y defensas psíquicas (Klein, 2008).

En esta lógica, aparece la noción de elección de objeto narcisista, que propone Freud en *Introducción del Narcisismo* (1914b), para la comprensión del autorreproche. Se sostiene que hubo una ligadura de la libido a una persona amada, la cual el sujeto ha ubicado en el lugar del objeto que falta para llegar a su ideal, y por obra de un desengaño sobrevino un sacudimiento de este vínculo de objeto, lo que conlleva a que la libido quedará libre. No obstante, no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el Yo, operando una incorporación al Yo del objeto resignado: “*la sombra del objeto cayó sobre el yo*” (Freud, 1975/1917, p.246). En este punto, se desprende el lazo del Yo con la forma más *oscurecida* del objeto perdido.

Freud da cuenta de una regresión desde la *elección narcisista de objeto* hasta el *narcisismo* y, también, de un doble destino de la investidura de amor del melancólico en relación a su objeto; Por un lado, ha regresado de la investidura de objeto a la identificación y en otro lado, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia de odio y amor al objeto, es trasladada a la etapa del sadismo. En otras palabras, esta identificación le permite al sujeto disociar la ambivalencia amor-odio, logrando conservar el objeto amado y desviando el odio al Yo. Esta identificación, por tanto, se impone al Yo como una instancia crítica martirizadora (Nogueira, 2016), que posteriormente en el *El Yo y el Ello* (Freud, 1975/1923) será denominada como *superyó*. Este punto es explicativo de la inclinación al suicidio en la melancolía.

Por último, Freud en *Duelo y melancolía* (1975/1917), también ofrece una explicación de la dinámica de la manía como fenómeno melancólico, que corresponde al momento en que el Yo triunfa sobre el objeto. Este triunfo consiste en un triunfo inconsciente

“*el Yo ignora en qué y sobre qué ha triunfado*” (Freud, 1975/1917, p.251), en el cual queda disponible todo el monto de contrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí. Agrega “*Cuando parte voraz a la búsqueda de nuevas investiduras de objeto, el maniaco nos demuestra también inequívocamente su emancipación del objeto que le hacía penar*” (p.252). Tanto la melancolía como en la manía tienen en común una relación particular con el saber y con lo incognoscible propio de lo inconsciente, en ambos el Yo desconoce qué perdió y sobre qué triunfó.

#### **1.4 Superyó melancólico.**

Más tarde, en *El Yo y Ello* (Freud, 1975/1923), escrito donde reestructura la conceptualización de su teoría y elabora su segunda tópica, retoma la elaboración respecto a la melancolía, la cual es pensada bajo la noción de psiconeurosis narcisista. Esto según su distinción de las instancias psíquicas en conflicto para cada nosografía clínica. En la neurosis de transferencia el conflicto que determina la posición subjetiva se produce entre el *Yo* y el *Ello*. En la psicosis se trata de un conflicto entre el *Yo* y la realidad, y en el caso de las psiconeurosis narcisistas, el conflicto es entre el *Yo* y el *Superyó*.

En este escrito, Freud (1975/1923) vuelve a elaborar el sufrimiento de la melancolía y su hipótesis de una reconstrucción en el *Yo*, del objeto perdido. Esto debido a sustitución de la investidura de objeto por una identificación, identificación que modifica el *Yo*. Freud (1975/1923) aclara que desconoce las razones de tal dinámica, pero plantea la posibilidad de que sea una forma en la que el *Yo* facilite, por medio de la introyección (regresión al mecanismo de la fase oral), el abandono del objeto que se perdió como objeto de amor. En otras palabras, como una vía de *fagocitar* al objeto perdido. En este punto, surge la posibilidad que el carácter del *Yo* como un residuo de las cargas de objetos abandonadas y que contiene la historia de tales elecciones de objeto: “*Cuando el Yo toma los rasgos del objeto, se ofrece, por decirlo así, como tal, al Ello, e intenta compensarle la pérdida experimentada, diciéndole << puedes amarme, pues soy parecido al objeto perdido >>*” (Freud, 1975/1923, p.32).

Es en la resolución del complejo de Edipo, donde Freud (1975/1923) ubica una primera modificación del *Yo*, que conserva identificaciones tanto con el objeto resignado (ej:

la madre) y el objeto obstáculo para la realización de sus deseos (ej: padre). Esta modificación tiene lugar en calidad de *Ideal del Yo* o *Superyó*: “*El ideal del Yo es, por tanto, el heredero del complejo de Edipo, y con ello, la expresión de los impulsos más poderosos del Ello y de los más importantes destinos de su libido*” (Freud, 1975/ 1923 ,p.49). En este sentido, la génesis del *Ideal de Yo* depende de la represión del *Complejo de Edipo*. Surge la interrogante: ¿Cómo opera el *Superyó* en la melancolía? ¿En la melancolía acontece una represión del *Complejo de Edipo*?

Freud (1975/1923) define el *Superyó*, como una diferenciación dentro del mismo *Yo*. Al igual que entre el *Yo* y el *Ello*, no hay una diferencia rígida, sino que corresponde también el *Ello* a una parte diferenciada del *Yo*. El *Superyó*, lo plantea como el abogado del mundo interior (*Ello*) que se opone al *Yo*: “*los conflictos entre el Yo y el ideal reflejan, pues, en último término, la antítesis de lo real y lo psíquico, del mundo exterior y el interior*” (Freud, 1975/1923, p.38).

También, aclara que el *Superyó* no es simplemente un residuo de las primeras elecciones de objeto sino también una energética formación reactiva contra las mismas: “*Su relación con el Yo no se limita a la advertencia <<así como el padre debes ser>>, sino también la prohibición <<así como el padre no debes ser, no debes hacer todo lo que él hace, pues hay algo que está exclusivamente reservado>>*” (Freud, 1975/1923, p.36).

En esta línea, el *Super- yo* conserva el carácter del padre y tal represión es facilitada también bajo la influencia de la cultura (religión, enseñanza, autoridades etc.). Es por ello, que reinará después sobre el *Yo* como conciencia moral y como el sentimiento inconsciente de culpabilidad. Además, el ideal del *Yo*, debido a su diálogo con mociones inconscientes, permanece inconsciente e inaccesible al *Yo*.

Respecto a la melancolía, es importante indicar que este texto es posterior al desarrollo del concepto de pulsión de muerte que elaboró en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1992/1920). Freud (1992/1920) postula que el instinto sexual tiene un componente sádico, que permite la comprensión de la polarización o ambivalencia amor y odio de la vida erótica. Es en el estadio oral de la organización de la libido donde coincide el apoderamiento erótico con la destrucción del objeto, posterior a este estadio ocurre una expulsión, aunque no total, del instinto sádico por la primacía genital y con ello, la investidura con el objeto.

En este sentido, Freud (1992/1920) retoma la elaboración de la regresión de la pulsión a la etapa oral, la que en *Duelo y Melancolía* (1975/1917) postula para entender el autorreproche del melancólico, y explica que el masoquismo debe considerarse como un retorno de sadismo contra el propio *Yo*. En otras palabras, aquella agresión al propio *Yo* corresponde realmente a una heteroagresión, en la cual el objeto, a quién se dirige la cólera del Superyó, ha sido incorporado en el *Yo* por identificación. Se podría traducir que cuando el sujeto melancólico toma los rasgos del objeto, compensa la pérdida, pero bajo otra fórmula <<*puedes odiarme, pues soy parecido al objeto perdido*>>. Pellion (2003) señala que el odio que revela el autorreproche del melancólico al objeto es cercano a la relación de la horda con el padre real y los deseos de venganza y sentimientos hostiles que suscita. En contraposición, o mejor dicho el siguiente paso lógico, la manía cercana a la celebración de dar con el triunfo de la muerte del padre.

Posteriormente, Freud (1975/1923) plantea que en la melancolía se encuentra el superyó extremadamente energético y se encarna implacablemente contra el *Yo*, como si se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo. Agrega que en el superyó reina la pulsión de muerte, que consigue con frecuencia llevar a lo inorgánico al *Yo*, cuando éste no se refugia en la manía, momento en que el *Yo e ideal del Yo* se han confundido. En suma, la vivencia auto punitiva del infortunio, el *Superyó*, la juzga como castigo merecido.

La referencia respecto a la manía, como la confusión entre el *Yo* y el *Ideal del Yo*, también se encuentra en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1992/1921): “*de suerte que la persona, en un talante triunfal [...] que ninguna autocrítica perturba, puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones, miramientos y autorreproches*” (p.125). En esta lógica destaca, asumiendo una heterogeneidad de melancolías, que todas estas tienen el factor de rebelión periódica del *Yo* contra el *Ideal del Yo*; el cual se inclina a desplegar una particular severidad contra el sujeto. Severidad que se explica con su hipótesis de la identificación con un objeto reprobado.

Finalmente, es interesante señalar, al volver a *Duelo y Melancolía* (1975/1917), que en el autorreproche del melancólico, de ser un sujeto pequeño, egoísta, insincero y carente de ideas propias, etc. Freud evidencia que en realidad el melancólico se está aproximando considerablemente al conocimiento de sí mismo, es decir, a una verdad: “*Nos preguntamos*



*por qué ha tenido que enfermar, para descubrir tales verdades... percibe la verdad más claramente que otros sujetos, no melancólicos”* (Freud, 1975/1917, p. 244). Por consiguiente, emerge una relación particular de la melancolía con la verdad, relación que será retomada en la obra de Frédérick Pellion (2003).

Se evidencia en este recorrido, que para Freud la melancolía constituye un objeto de estudio singular y un elemento relevante para el cuerpo teórico y alcance de la clínica psicoanalítica. Por un lado, en los primeros manuscritos, la melancolía, conforma una entrada para del desarrollo de la libido como concepto y posteriormente, los progresos freudianos sobre la melancolía robustecen el lugar del inconsciente mismo como objeto incognoscible. Asimismo, ya en *Duelo y melancolía* (1975/1917) plantea la dificultad de una comprensión unívoca: *“La melancolía se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada”* (p.241).

## Capítulo II: Los aportes de Karl Abraham y la Escuela inglesa de psicoanálisis.

### 2.1 Karl Abraham: regresión de la libido e incorporación del objeto amado.

Los aportes de Karl Abraham, uno de los primeros discípulos de Freud, para la conceptualización de la melancolía y los afectos depresivos, se podría ubicar como un puente entre la obra freudiana, al seguir la tesis de la melancolía como una pérdida del objeto amado, y los desarrollos de la Escuela Inglesa del psicoanálisis, en específico con el diálogo con las conceptualizaciones de Melanie Klein (2008) respecto al estudio de las relaciones objetales y el desarrollo de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, y la tesis de Abraham de los *objetos parcializados* en el desarrollo evolutivo de la libido.

En la obra de Abraham, el concepto de melancolía como nominación es usada indistintamente con *depresión psicótica* y estados *maníacos-depresivos* como, asimismo eventualmente, es usada a modo de “apellido” para referirse a momentos depresivos graves en el marco de sus pacientes neuróticos, bajo la denominación *depresión melancólica*, debido a similitudes en la sintomatología descriptiva. Lo que permite desprender el uso fronterizo y no unívoco del concepto en sus escritos. Asimismo, se desprende una separación no rígida entre afecciones neuróticas y psicóticas.

En este sentido, Abraham (1994/1911) se interesa por los afectos depresivos y realiza como crítica al psicoanálisis, que este último le ha dado mayor relevancia y abordaje al estudio de la angustia como afecto descuidando los afectos depresivos, siendo ambos afectos frecuentes en la práctica clínica. En este contexto, elabora la distinción teórica entre la *depresión neurótica* y la *depresión psicótica*. Ilustra la depresión neurótica sobre el modelo metapsicológico de la angustia, es decir, contemplando el motivo inconsciente de aquel afecto:

*“un neurótico sufrirá angustia cuando su instinto persiga una satisfacción que la represión le impide alcanzar, pero quedará deprimido cuando tenga que abandonar su fin sexual sin haberlo satisfecho”*  
(Abraham, 1994/1911, p. 315).

En otras palabras, propone el afecto depresivo en la neurosis como consecuencia del abandono del objeto de la pulsión. En este punto, lo ejemplifica con la neurosis obsesiva, que puede padecer estados agudos de depresión que pueden ser parecidos a los estallidos periódicos de la afección de la melancolía. Es decir, ambas entidades clínicas pueden, en momentos, aparecer descriptivamente similares en forma, pero difieren en las dinámicas inconsciente en relación con el objeto de la pulsión. Un rasgo que une a ambos cuadros es que ambos son enfermedades del *superyó* (Soria, 2017).

En este sentido, al referirse a los estados maníacos- depresivos, es donde surge la nominación de *depresión psicótica/depresión melancólica*, como uno de los periodos intermitentes de la enfermedad. En la cual, también es consecuencia del abandono del objeto de la pulsión, sin embargo, a diferencia de la depresión neurótica, predomina el odio al objeto y con ello, una incapacidad de amar del sujeto. Lo que dificulta nuevas elecciones de objeto, quedando perturbada la relación con el objeto.

Propone que las patologías, y con ello las distintas actitudes hacia el objeto, se explicarían por fijaciones o regresiones a etapas previas de la organización pregenital de la libido, las cuales se encuentran comandadas cada una por una zona erógena en particular, que, siguiendo la evolución lineal, se vuelven más complejas respecto a la relación de objeto (ausencia/autoerotismo- parcializado-objetivo), hasta culminar en la Etapa Genital, en la cual operaría el *amor objetivo*.

Esta evolución de la libido, por consiguiente, considera ontológicamente la expulsión y el abandono del objeto como la actitud más primaria, luego el tomar el propio ego como objeto, el dirigirse a objetos externos de forma ambivalente hasta culminar con la capacidad de amar al objeto. Argumento del cual se sirve para su explicación ante las semejanzas entre pacientes obsesivos y melancólicos, ya que en ambas entidades se encuentra en juego la fase anal-sádica de la libido; en la cual prima la dinámica de *retención y expulsión* del objeto. La cual conllevaría en ambas entidades clínicas, a profundas ambivalencias entre amor-odio en su relación de objeto y a la proyección; *las personas no me aman, me odian* (Ávila, 1990). Sin embargo, se diferencian en la dinámica y actitud hacia su objeto. Esto debido a que, en los pacientes obsesivos, prima las tendencias conservadoras de la fase anal sádica, es decir, el control y la retención del objeto, en cambio en los pacientes melancólicos prima la

tendencia sádica que conlleva la destrucción y expulsión del objeto. Entonces, en la melancolía se ha roto las relaciones con el objeto, dejando al sujeto en el circuito narcisista. En cambio, en la neurosis obsesiva, no hay un desvío del desarrollo normal, ya que el objeto es conservado, pese a la agresividad y su dificultad en la búsqueda de amor.

En mayor profundidad respecto a la melancolía y en comunicación con Freud a través de correspondencia, Abraham (1994/1924) elabora una teoría etiológica y metapsicológica, en la cual destaca los conceptos de *regresión, fijación de la libido e incorporación*. En la cual siguiendo la tesis freudiana de la melancolía como una pérdida objetal, comprende el fenómeno de la incorporación como un intento de recuperación del objeto perdido, a través de la regresión del sujeto a la *etapa oral y anal-sádica*. Para Abraham (1994/1916) la incorporación implica el devorar el objeto y con ello, su destrucción. Plantea que, en el estadio oral de la libido, acontecen impulsos canibalísticos inconscientes, los cuales en la melancolía tales impulsos serían más profundos. En este sentido, desarrolla el cómo el inconsciente toma la pérdida del objeto como un proceso anal (expulsión) y la incorporación como un proceso oral. Por consiguiente, se desprende como uno de los principales aportes de Abraham para la comprensión de la dinámica melancólica es el nexo que propone entre la pérdida del objeto y la fantasía inconsciente asociada, que se desplaza a la pérdida de contenidos del cuerpo (heces) y que podría conllevar a actos concretos de incorporación. Lo que permite la comprensión de fenómenos clínicos en la melancolía, tales como la prevalencia de adicciones y la anorexia y/o conductas restrictivas, como actos de reinstalación y/o rechazo del objeto.

Este último punto, Abraham (1994/1924) lo ilustra con el simbolismo de la coprofagia que se evidencia en la clínica con pacientes melancólicos, donde emerge el deseo de comer excrementos como un impulso canibalístico de devorar el objeto amoroso que ha asesinado. Acto que consistiría en la identificación narcisista melancólica, al igual como es señalado por Freud (1986/1917), en la cual la sed de venganza se satisface en el *Yo*, pasando de un acto sadomasoquista al masoquismo del sujeto, actividad que culmina en el autorreproche como fuente enigmática de placer. Lo anterior, explicaría la ambivalencia que envuelve al sujeto melancólico respecto a el objeto perdido, donde el amor y el odio se encuentran yuxtapuestos. El objeto perdido es tanto fuente de amor y nostalgia, como a su vez, fuente de agresividad y odio.

*“En la melancolía el proceso de introyección se basa en un trastorno radical de sus relaciones libidinales con el objeto. Se funda en un serio conflicto de sentimientos ambivalentes, del que solo puede escapar dirigiendo hacia el mismo la hostilidad que sentía originalmente hacia su objeto”* (Abraham, 1994/1911, p.345).

En este contexto, es que se puede desprender que para Abraham (1994/1911) la incapacidad de amar del sujeto melancólico es un elemento central para pensar en una orientación del tratamiento. Propone que el dispositivo analítico debiese promover una progresión de la libido hasta llegar a la etapa de la organización genital que corresponde, como se mencionó con anterioridad, a la del amor objetivo. No obstante, problematiza si el psicoanálisis puede o no prometer aquel fin o acercarse a él. Lo que permite desprender que para Abraham una entidad clínica causada por una regresión de la libido podría transitar a otras posiciones subjetivas y/o clínicas y, por tanto, se podría dilucidar que está pensando en una separación no rígida de aquellas, sino que de entidades en desarrollo.

Además, y en relación con lo anterior, se interesa por lo que denomina *intervalo libre* entre ambos periodos del cuadro depresivo- maníaco, debido a que, en su juicio, es la temporalidad donde se puede hacer un trabajo analítico y, por ende, la posibilidad del establecimiento de la transferencia. Esto debido en que en pleno estados agudos, conformarían momentos en que los pacientes se encuentren resistentes al método psicoanalítico y, por consiguiente, momentos sensibles a *impasses* en el tratamiento. Por otra parte, señala que en los *intervalos libres* son momentos de formación de síntomas transitorios, los cuales pueden tener un carácter obsesivo, histérico o fóbico. Que inclusive puede confundir al analista ya que pueden dar la impresión de que el paciente no presentaba una genuina depresión melancólica. Esta formación sintomática también puede dar cuenta que la incidencia del tratamiento en un progreso lineal de la libido. Se podría hipotetizar que estos intervalos permiten el establecimiento de la transferencia debido a una formación de sintomática que pueda contener un mensaje para Otro, a diferencia de un sufrimiento narcisista, en el cual el analista con dificultad puede intervenir.

## 2.2 Karl Abraham: Factores etiológicos de la melancolía.

Abraham (1924) propone mediante distintos factores una explicación etiológica de la *melancolía*. En primer lugar, postula como factor dinámico que el sujeto se encuentra en conflicto psíquico, en la queda fijado a la etapa oral del desarrollo psicosexual, como fue puntualizado en el anterior apartado. En segundo lugar, plantea la ocurrencia de una perturbación al narcisismo infantil ocasionada por una serie de decepciones afectivas, de las cuales la primera decepción afectiva importante se ubicó antes de que los deseos edípicos hayan sido superados, es decir, antes que el desarrollo de la libido haya superado adecuadamente la etapa narcisista. Y, como último factor etiológico, la repetición posterior de la decepción primaria en sus relaciones de objeto. En este sentido, las decepciones infantiles y posteriores repeticiones de esta serían los determinantes de la psicogénesis del cuadro clínico. Por consiguiente, cobra relevancia el estudio de los conflictos ambivalentes que envuelve al sujeto con las raíces de su relación con los objetos amorosos, que conlleva al apartamiento del sujeto al circuito narcisista:

*“El acto de apartamiento del objeto, alrededor del cual giraba su vida emotiva no termina allí. Se extiende a las demás personas; primero a las de su vecindad inmediata luego un círculo más amplio y finalmente, a todo ser humano [...] afecta a todas las cosas que le había interesado anteriormente, su profesión, sus aficiones, sus empresas científicas y otro carácter como todo el mundo natural, todas las cosas ya no ejercen atracción sobre él”* (Abraham, 1924, p.345).

Respecto a aquel apartamiento, también distingue que en otras afecciones tales como la esquizofrenia en la que, del mismo modo, se evidencia un desapego de la libido del mundo exterior, el sujeto es indiferente a aquella pérdida de interés. En cambio, el melancólico se queja de esa pérdida y asocia con ella sentimientos de inferioridad. Tal apartamiento de la realidad configura un posible factor que haría obstáculo para el establecimiento de la transferencia, ya que el analista podría quedar por fuera el circuito narcisista como un objeto, posiblemente, indiferente o susceptible a decepcionar.

Otro descubrimiento relevante clínico que Abraham (1924) evidencia es que el sentimiento hostil del paciente es dirigido a todos quienes han frustrado su anhelo narcisista

de amor. Asimismo, observa que cada nuevo estallido melancólico fue inmediatamente precedido por una experiencia de decepción amorosa, que no apunta solo a un evidente amor desdichado contingente, sino que, a una pérdida más oscura, ligada la repetición inconsciente de una experiencia traumática infantil. En esta línea, respecto a aquella hostilidad e impulsos canibalísticos, observó que se dirigían predominantemente contra la madre. Lo que conforma un punto novedoso respecto a la obra de Freud respecto los motivos inconscientes de agresión dirigidos al padre, que se juega en el campo de la neurosis. Esto último, recordando Tótem y Tabú, en el que se propone la fantasía criminal y mito de matar al padre (Freud, 1991/1913).

En esta línea, Abraham enriquece el lugar del inconsciente en el campo de lo no neurótico y el lugar de la madre, como en este caso, la decepción infantil primaria que acontece en la dinámica melancólica. Tal decepción y sus posteriores, provocarían un deseo de venganza que se vería afectado por la represión, culminando en un sentimiento de culpa. En otras palabras, la culpabilidad contiene el cumplimiento de un deseo. En tanto más profundos y violentos sean los impulsos de odio y venganza, mayor sería la severidad del estado depresivo. Por consiguiente, para entender la dinámica de la melancolía, desde Abraham, es relevante considerar las decepciones amorosas infantiles, el odio e incapacidad de amar posterior, que estarían latentes en los reproches del sujeto a sí mismo.

### 2.3 Melanie Klein: Introyección de objetos y mundo interno.

Melanie Klein se sirve de la obra de Freud y Abraham para introducir novedades teóricas que enriquecerían la teoría psicoanalítica inglesa y la comprensión de las etapas tempranas del inconsciente. Así también, enriquecer una comprensión de la melancolía, la cual es desarrollada en su obra *Contribuciones a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos* (Klein, 2008), bajo la nominación psiquiátrica de la categoría clínica *maníaco-depresiva*. En la obra profundiza en el mecanismo de introyección en la melancolía, a través del desarrollo de la *posición depresiva* como una posición respecto al objeto normativa del desarrollo del infante, posterior a la *posición esquizoparanoide*.

Plantea que las posibles dificultades del niño en la resolución de las posiciones explicarían cuadros clínicos tales como paranoides y/o melancólicos en el adulto, que conformaría, por ende, a la actualización de problemáticas tempranas no resueltas. Posteriormente, en el *Duelo y su relación con los estados maníacos-depresivos*, señala que su propuesta de la posición depresiva es una melancolía en *status nascendi* (Klein, 1991). Esta posición coincidiría con el periodo del destete, por lo que el niño se encontraría viviendo el duelo del pecho de la madre; que en su mente es símbolo de amor y seguridad, lo que conllevaría a que el niño sienta que ha perdido todo por culpa de su voracidad e impulsos destructivos.

Para el desarrollo de tal voracidad, Melanie postula, como principales tesis, la existencia del *sadismo* inherente de las etapas tempranas del niño y la existencia de entidades que denomina *objetos interiorizados* o *imagos*, que corresponden a cuadros fantaseados y distorsionados de los objetos reales, los cuales son construcciones a partir de mecanismo de introyección y proyección. En este sentido, durante el primer año de vida del niño, éste tiene impulsos sádicos dirigidos a la madre (objeto parcial: pecho) y también contra el interior de su cuerpo. Esto debido a que el infante proyecta su propia agresión, dada a aquel sadismo, sobre los objetos que lo han frustrado (ej: el pecho materno cuando se ausenta) y los reconstruye como *objetos interiorizados*; como objetos peligrosos, perseguidores, que pueden devorarlo, etc. (Klein, 2008). El bebé instalaría tales *imagos* en el mundo exterior como también dentro del *Yo*.



En este punto, propone una organización evolutiva del sujeto que tendría una lógica lineal respecto a la relación con el objeto, rescatando a la propuesta de Abraham en cuanto se evoluciona de una relación de objeto parcial a una relación de objeto total. Pero agrega la novedad del *objeto interiorizado* en tal evolución, donde al completar la organización del desarrollo, los *imágenes* internalizados se aproximan más a la realidad y con ello, el sujeto posee una capacidad más amplia para reconocer los *objetos buenos*. Señala que el desarrollo de la libido será influido decisivamente por aquellos cambios en la relación del sujeto con su objeto. Para Klein, en la posición esquizoparanoide operarían objetos parciales, entre la dicotomía y confusión de *objetos buenos* y *objetos malos*, lo que conllevaría a una ansiedad persecutoria del niño, en la cual todo objeto es potencial persecutor; En cambio, en la posición depresiva el sujeto es capaz de diferenciar los objetos buenos de los malos, siendo el logro de esta posición la relación con el *objeto total*, y con ello, la conflictiva de esta posición es la ansiedad a la total pérdida del objeto amado: “Solo después que el objeto haya sido amado como un todo, su pérdida puede ser sentida como total” (Klein, 2008, p. 270). Entonces, se podría desprender que, para Klein, en la melancolía, se llegó al logro de la relación con el *objeto total* y, al mismo tiempo a el cumplimiento de la fantasía de la pérdida del objeto, que consiste en la fantasía propia de la posición depresiva. En otras palabras, se podría pensar que en la melancolía opera como una pérdida que se llevó a cabo.

Entonces, para la comprensión del lugar que tiene la melancolía en la obra de Klein, es importante la dinámica inconsciente de la fantasía de pérdida de la posición depresiva. Plantea que en la posición depresiva la introyección del objeto amado y, con ello su construcción en el mundo interno del niño, acontece con ambivalencia. Ya que, por una parte, se satisface la fantasía de conservar al objeto amado a salvo del sujeto. Sin embargo, dentro del mundo interno del sujeto el objeto no se encontraría a salvo porque, dado al sadismo temprano del niño, este sería un lugar peligroso y venenoso donde el objeto amado puede ser dañado. Lo que le permite coincidir con Abraham, sobre el nexo entre la relación amor y odio/agresión o, mejor dicho, la voracidad del amar, donde incorporar al objeto es ponerlo en peligro. Es por ello, que el sujeto se ve constantemente amenazado por el bienestar de su objeto y el miedo de que estos perezcan por su propio mundo externo. Es por aquello que denomina por *depresiva* esta posición ya que estaría en juego el sufrimiento de poder perder al objeto amado.

Siguiendo el argumento anterior, Klein (2008) explicaría la crueldad del superyó en los estados depresivos y estados maníacos- depresivos, como tanto por las persecuciones y exigencias de los objetos malos internalizados, que se atacan unos contra otros; y la necesidad de cumplir con las exigencias de los objetos buenos y protegerlos. Lo que conllevaría a que el sujeto sea presa de exigencias imposibles y contradictorias que surgen en su interior; Al proteger y con ello, separar los objetos buenos de los malos, el sujeto tiene por resultado la reconstrucción de objetos extremadamente malos y, por otro lado, perfectamente buenos y morales. De esta forma, podría llegar a una misma conclusión de Abraham (1924) de que entre más agresivos sean los impulsos de odio y en lenguaje de Klein, el sadismo del niño, mayor es la severidad del estado depresivo;

*“tanto en niños como en adultos que sufren depresiones, he descubierto el miedo de albergar objetos moribundos o muertos dentro de ellos y una identificación del yo con objetos en esta situación”* (Klein, 2008, p. 273).

En este sentido, propone que en los *estados depresivos* del adulto se reactualiza los conflictos de esta posición temprana del inconsciente (Klein, 1991). En el cual, se podría pensar que objetos de amor del sujeto han sido dañados por el mismo mundo interno de este y la tarea de salvarlos se ha obstaculizado o dificultado. El sujeto tiene que encontrar una salida al conflicto que le permita volver a su capacidad de amar al objeto total, que para ello cumpliría un rol significativo las tendencias de reparación del objeto (defensas maníacas y obsesivas), que permitirían al sujeto tolerar su sadismo.

En cambio, en la melancolía pareciera que ocurre otro destino respecto al objeto. Melanie no utiliza la nominación de fijación o regresión, al modo de Abraham para explicar el cómo opera etapas tempranas de la libido en la melancolía, sino que apela a la no resolución del conflicto de la posición depresiva. En este punto no se explicita el motivo de la no resolución, sin embargo, se podría hipotetizar que acontece *el asesinato del objeto amado* y, por tanto, la imposibilidad de poder salvarlo. En esta línea, a diferencia de Abraham (1924), que explica la melancolía centrándose en el acontecimiento de una decepción primaria y posteriormente, propone el odio y la agresión del sujeto melancólico como efecto de aquella decepción, Klein propone el odio y sadismo como causa de la pérdida del objeto amado. Esto

debido a que un *quantum* mayor de odio como afecto conllevaría al borramiento de la capacidad del sujeto de discernir entre objetos buenos y malos, culminado en la aniquilación de los primeros.

Por consiguiente, se podría señalar que para Melanie Klein la pérdida del objeto amado primario, en la melancolía, no es una pérdida que el sujeto que solo padece, sino que participa inconscientemente en su causa. No obstante, queda la interrogante de qué acontece en la melancolía para que ocurra tal desproporción de la agresión del sujeto, que toma distancia de la agresividad natural de aquella posición. Y con ello, ¿Cómo pasa de ser una fantasía inconsciente (normativa de la posición depresiva) al cumplimiento de la pérdida? Se podría hipotetizar que el concepto de fantasía de la pérdida del objeto amado y el cumplimiento de esta, serían elementos diferenciales para separar los estados depresivos y de los melancólicos. Separación que Klein no esclarece de forma explícita respecto a ambas entidades clínicas, sino que más bien las explica bajo mecanismos y dinámicas comunes.

Por otra parte, es interesante señalar que, respecto a la dinámica del autorreproche de los estados maníacos-depresivos, es que debido a que el sujeto se ve enfrentado con el hecho psíquico de que los objetos de amor se encuentran destruidos en trozos, emergería el remordimiento y con ello, al fenómeno del autorreproche del sujeto por el crimen cometido. Sin embargo, a diferencia de la tesis freudiana de que estos corresponden en realidad reproches al objeto perdido (Freud, 1975/1917) y plantea que corresponden a reproches hacia el *Ello*, que conforma un odio insoportable para el sujeto. Probablemente, al ser depósito de los objetos malos y responsables del daño a los buenos objetos amados. En otras palabras, mantiene la tesis que los autorreproches son realmente reproches a otro, pero en su destino difiere con Freud.

En síntesis, para Klein es relevante para la comprensión del sujeto melancólico, el conflicto entre el amor y los impulsos destructivos de este, hacia sus relaciones objetales. Conflicto en donde, se podría pensar que triunfa el sadismo y odio del sujeto. Y con ello, su resultante: *incapacidad de amar*. Tal confusión en ambos afectos, permitirían una comprensión clínica posible del suicidio melancólico, para Klein (2008) esta consistiría en un intento de matar sus objetos malos para salvar a sus objetos amados y con ello, dar fin al sadismo del sujeto. En otras palabras, conformaría un acto amoroso de aniquilación.

## 2.4 Donald Winnicott: Agonía y falla Ambiental.

Se podría agrupar ambos autores: Donald Winnicott y André Green, para pensar en el concepto de lo originario, como aquellas etapas más tempranas de la subjetividad, y como éstas podrían estar en juego en la dinámica melancólica. Asimismo, sus obras rescatan las conceptualizaciones de Melanie Klein, tales como las posiciones y el énfasis en el desarrollo del psiquismo temprano.

En primer lugar, si bien en la obra de Winnicott no desarrolla con mayor profundidad la entidad de la melancolía, se puede encontrar referencias teóricas respecto de *El valor depresión* (1963) y *la defensa maníaca* (2017/1958). E inclusive piensa lo melancólico como una figura de lo depresivo. Por lo que, el afecto depresivo es la entrada para dilucidar los aportes de Winnicott para pensar los fenómenos melancólicos. En esta línea, tal como el título de su escrito, propone dignificar el valor que contiene el sufrimiento depresivo, como también advierte no caer como analista en la urgencia de curarlo (Winnicott, 1963).

Inspirado en la obra de Klein, desarrolla el afecto depresivo como un logro del desarrollo evolutivo del sujeto, que tal afecto es sinónimo de la adquisición de la capacidad para ser responsable y la experiencia del sentimiento de culpa. Asimismo, plantea que el humor depresivo oculta y pretende tener bajo control el odio y la experiencia inédita de destructividad que acompañar al amor. En este sentido, lo depresivo es considerado como un afecto común a todos los seres humanos, de tomar el riesgo de sentir profundamente y asumir responsabilidad de aquello. En otras palabras, responsabilizarse de un posible curso de fantasías inconscientes agresivas y/o destructivas.

En cambio, ubica la melancolía como un extremo cualitativo del sufrimiento del humor depresivo, más que elaborarlo con una nosología particular:

*“en un extremo, están los melancólicos, que se sienten responsables por todos los males del mundo, en particular los que a todas luces nada tienen que ver con ellos, y en el otro, las personas verdaderamente responsables del mundo, las que aceptan la realidad de su propio odio, su mezquindad, su crueldad, que coexisten con su capacidad para amar y construir. Si consideramos la depresión en esta*

*forma, entendemos que son las personas realmente valiosas de este mundo las que se deprimen”* (Winnicott, 1958, p. 688).

En la misma obra *Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos* (1958), postula que hay varios tipos de depresión entre los cuales ubica la melancolía severa, junto con otros tipos tales como: depresión que se manifiesta como negación de esta misma (estado hipomaniaco); depresión crónica, fases depresivas, depresiones reactivas, relacionadas con el duelo etc. Señala que lo común entre los anteriores estados clínicos es la responsabilidad y aceptación de los elementos agresivos y destructivos en la naturaleza humana. Idea que resuena a postulados de Abraham (1924) sobre la explicación de los grandes montos de culpabilidad en la melancolía, que correspondería a la culpa por fantasías violentas dirigida al objeto amado. Esta es retomada por Winnicott, agregando que tales fantasías e ideas destructivas son parte del amar y que tal ambivalencia permite la necesidad de reparar y la capacidad de amar madura. Sin embargo, plantea que cuando la agresión y la destructividad quedan reprimidas e inaccesibles, se presenta la melancolía como una enfermedad. En la cual el sentimiento de culpa carece de sentido o se podría pensar, a propósito de la ilustración mediante sus casos clínicos, que se torna radical e inclusive delirante:

*“el paciente aquejado de melancolía se ve paralizado por un sentimiento de culpabilidad, quizás acusándose así mismo, año tras año, de haber sido el causante de la Guerra Mundial. Ningún argumento surte efecto en él”* (Winnicott, 1958, p. 1424).

Para Winnicott (1963) todo fenómeno clínico corresponde a una organización defensiva. En esta línea, se podría pensar que Winnicott agrega a la comprensión del síntoma característico de la culpa y con ello, los autorreproches que propone Freud (1975/1917) en la melancolía, la noción de *defensa*. Esto debido a que la culpa, para el afecto depresivo “normal”, permitiría hacer defensa del sujeto ante su experiencia pulsional y, por tanto, su potencial agresión (Winnicott, 2017). Lo que permitiría pensar que en el sujeto melancólico podría tener la misma función. Se podría evidenciar una diferencia con la obra de Freud, ya que si bien, reconoce la dinámica de la vuelta hacia la propia persona del autorreproche y, por tanto, que corresponden a reproches a otro (Freud, 1915-1916), pareciera que es más

cercano a la hipótesis de Melanie Klein (1991) en su noción de defensa psíquica, ya que el odio va dirigido al *Ello* principalmente más que al objeto amado.

No obstante, no queda tan claro si acontece una particularidad respecto a tal defensa en el caso de la melancolía, debido a la radicalidad del sentimiento de culpa. Es en esta lógica, que se podría hipotetizar una aplicabilidad teórica-clínica de conceptos de Winnicott tales como el *miedo al derrumbe* y la *agonía*, para pensar qué lugar tiene las defensas del sujeto melancólico.

Por derrumbe, Winnicott (1963) lo entiende como un estado donde ocurre una falla de la organización de las defensas y con ello, el derrumbe del establecimiento del *self* unitario, lo que revelaría elementos impensables por debajo de tal organización. Este derrumbe lo detonaría una falla de la realidad exterior, en palabras de autor, una falla ambiental en una etapa temprana; frente a la cual el sujeto difícilmente pueda organizar una defensa ante ella. Esto debido a la relación de dependencia del ser viviente y el ambiente. En este momento de dependencia absoluta, la madre cumple la función de yo auxiliar, es decir, el bebé todavía no distingue su *Yo* del no-*Yo*. Por lo que, la madre o quien cumple el rol, se vuelve responsable del auxilio de lo bueno o malo que ocurra en el ambiente. En este sentido, una falla ambiental implicaría una perturbación en los cimientos del *Yo*. Es en este punto, en que introduce la idea de *agonías primitivas*, que también son nominadas como ansiedad de aniquilamiento, para diferenciarla a la angustia de castración o de separación. Es decir, es una angustia previa al complejo de Edipo y que remontan a los primeros tiempos subjetivos.

En contraposición, denomina ambiente facilitador como aquel que se adapta a las cambiantes necesidades del individuo en su desarrollo (de la dependencia absoluta, a la dependencia relativa, hasta culminar en la independencia).

Volviendo al concepto de agonías, estas corresponden al sufrimiento ligado al retorno a un estado de no-integración, caer para siempre, la pérdida de la relación psicosomática y la pérdida del sentido de lo real. Para estas, propone diversas defensas del sujeto; desintegración, autosostén, despersonalización y explotación del narcisismo primario, correspondientemente. Las agonías ligadas al derrumbe tienen como consecuencia la experiencia de la sensación del vacío y un afán de no existencia personal en algunos pacientes. Que, para el autor, podría conformar una defensa para evitar cierta responsabilidad

correspondiente de poseer una existencia y/o evitar la persecución de otredades (*no-Yo*). Fenómenos que se podrían encontrar en aquellos casos de sujetos melancólicos, como, por ejemplo: el cuerpo sin órganos del síndrome de Cotard (Álvarez, Colina & Ramón, 2009).

Propone que el miedo clínico al derrumbe es un miedo a un derrumbe ya experimentado, es decir, corresponde a un miedo a una agonía original ya acontecida, que dio lugar a la organización defensiva. Sin embargo, es un saber no sabido conscientemente por el sujeto, por lo que plantea, al modo freudiano del trabajo analítico de hacer consciente lo inconsciente, que hay momentos en que el paciente necesita que se le diga que el miedo que está destruyendo su vida ya tuvo lugar, es decir, que es un hecho escondido en el inconsciente. Para Aceituno (2010) el temor al derrumbe en la clínica sugiere la pregunta de cómo inscribir primeramente un real histórico vivencial, de forma de admitir un pasado que se pueda ser referido en el presente, es decir, recordado. En esta inscripción, *de dar lugar*, es el otro quien toma la relevancia de dar consistencia mínima al sujeto, otro que puede ser encarnado por el analista en la situación transferencial:

*“¿Cómo puede tener lugar y desde ahí admitir una posibilidad de elaboración de duelo, de metáfora, aquello que en sujetos y colectivos se encuentran marcado en el origen por este no -tener- lugar de experiencias y, sobre todo, de la subjetividad ahí implicada, negativizada radicalmente en su existencia misma? ¿Cómo deja huella lo que no deja huella, del todo?”* (Aceituno, 2010, p.80-81).

En este punto, que la agonía se puede revivenciar en la situación transferencia entre analizante y analista, y con ello, se podría tornar un espacio sensible ante las fallas, errores o ausencias del analista. Lo que implica, que este último tenga que adoptar un lugar de reparación de la falla ambiental que se encuentra incidiendo por debajo de la situación transferencial. En otras palabras, la clínica del miedo al derrumbe permite en su aplicación teórica -clínica pensar aquel terreno sensible al *impasse* con pacientes melancolizados, en el cual, por ejemplo, un silencio, una ausencia etc., del analista podría ser leída por el analizante como un abandono de parte del analista y por consiguiente, la repetición de una ausencia.

## 2.5 André Green: lo negativo y lo inclasificable.

La obra de André Green es reconocida como un aporte para pensar lo que actualmente se denomina por la clínica de lo contemporáneo (Aceituno, 2010; Castelli, 2021), la cual contemplaría estados clínicos tales como el narcisismo, procesos melancólicos y estados-límites. Los cuales serían pensados como organizaciones que resisten su ubicación en la clásica distinción nosológica entre psicosis, neurosis y perversiones (Aceituno, 2010), lo que es nominado para Green como estructuras no neuróticas (Green en Urribarri, 2008). Siebzeiner (2021) plantea que el analista contemporáneo se encontraría enfrentado con mayor frecuencia con la problemática de existir o no existir, por sobre al paciente edípico de la época freudiana. Un punto que Margaret Little narra *en Relato de mi análisis con Winnicott* (1995), respecto a un impasse en el tratamiento con Ella Sharpe:

*“El panorama general de mi análisis con la señora Sharpe es el de una lucha constante entre las dos. Ella insistía en interpretar lo que le decía en términos de un conflicto intrapsíquico relacionado con la sexualidad infantil, mientras que yo trataba de darle a entender que mis verdaderos problemas tenían que ver con mi existencia y mi identidad”*  
(Little, 1995, p.35).

Para la comprensión de tal problemática del existir y el vacío de los *pacientes contemporáneos*, Green retorna a la segunda tópica freudiana, en particular a las psiconeurosis narcisistas y la conceptualización de la pulsión de muerte. Estos conceptos que implicarían, en su lectura, la fragilización de la representación y con ello la primacía de las mociones pulsionales. Por consiguiente, piensa en dos destinos de la pulsión; la representación por la vía elaborativa de la ligadura de la pulsión y, por otra parte, la descarga evacuativa vía el acto. Acto que no es entendido bajo la lectura freudiana como el reemplazo del recuerdo siguiendo un guion del inconsciente reprimido sino como un acto des-simbolizante, que expresaría el fracaso de la fantasía inconsciente para ligar la pulsión. En otras palabras, *“ya no se trata del retorno de lo secundariamente reprimido sino del retorno de lo desmentido, de lo forcluido, etc.”* (Green en Urribarri, 2008, p. 115).



Este estrago en la capacidad de representación estaría dado por pulsiones destructivas y en palabras de Green, por un *objeto-trauma* que amenazaría en narcisismo del sujeto, lo que conlleva que este último se defiende autodestructivamente desinvirtiendo su propio funcionamiento y con ello, creando un escenario de *desierto anobjetal/ desierto psíquico*. Es decir, para el funcionamiento del sujeto se produce una negativización del objeto y su propia unidad interior: “*ya no hay más nada, todo está vacío, nada tiene sentido, nada se liga*” (Green en Urribarri, 2008, p. 116).

En este sentido, lo fronterizo de las estructuras no neuróticas abarcarían un amplio espectro de fenómenos, que se podrían evidenciar en la clínica de la melancolía. Estos son; tonalidad depresiva, soluciones adictivas y somáticas, escisión como defensa psíquica por sobre la represión y acto más que representación (Siebzeiner, 2021). Green en *De locuras privadas* (1990), explica tales fenómenos, realizando una distinción respecto al esquema freudiano del retorno de lo reprimido que da origen a la angustia, proponiendo el retorno de los elementos segregados que “*acompaña de sensaciones de grave amenaza, el <<desvalimiento o hilflosigkeit >> (Freud), <<aniquilación>> (Klein 1946), <<terror sin nombre>> (Bion, 1970), <<desintegración>> o <<agonías>> (Winnicott, 1958)*” (Green, 1990, p.111). Los cuales corresponden a distintas nominaciones para referirse a las angustias primitivas, que se podría aventurar indicando que son consecuencias de cuando el Otro se ausenta. En esta línea, se podría pensar que para Green la melancolía tiene un lugar primordial para la comprensión de lo *no neurótico*, esto debido a que destaca como posible rasgo distintivo entre la clínica clásica y la clínica contemporánea, las problemáticas del duelo.

Es en relación con lo anterior, plantea que el trabajo analítico ya no puede partir de la representación para estos casos, sino que el trabajo apunta hacia la representación, es decir, aspira a la figurabilidad y volver pensable lo irrepresentable. Green (En Urribarri, 2008) plantea la homología conceptual entre el espacio analítico en el dispositivo del diván y el espacio del sueño; la posición recostada, la suspensión de la motilidad, el acotamiento de la percepción esbozaría una situación análoga a la del sueño cuya función es permitir a la asociación libre un despliegue que lo acercaría lo más posible al proceso primario. En este sentido, el sueño adquiere el valor referente para una clínica centrada en el desciframiento de

lo inconsciente y el deseo, siendo su descifrabilidad por vía del lenguaje la que funda la interpretación y el método analítico. No obstante, en las fronteras justamente la labor de la descifrabilidad se vería enfrentado en un campo pantanoso e inclusive para Green (1990) el análisis de sueños por regla general sería infecundo en el tratamiento de lo fronterizo. Esto debido a que los sueños no expresarían un cumplimiento del deseo sino que cumplirían una función evacuativa: descargar el aparato psíquico de estímulos penosos.

Green (1990) se sirve de la obra de Winnicott, en particular de sus aportes en el psiquismo temprano, para la comprensión del sufrimiento de aquellos pacientes fronterizos. Plantea que la tolerancia de la psique ante el carácter perdido del objeto se encontraría perturbada. Capacidad y tolerancia que se evidenciaría en el infante quien puede llegar a pensar <<mi mamá está ausente>>, pudiendo mantener *el ser* contra un fondo de *no ser*, sin sentirse destruido, sino que comenzando el juego y la simbolización.

En cambio, en el paciente *no neurótico*, se encuentra expuesto al riesgo de que en el re-encontrar el objeto, en su lugar aparezca el vacío, la pérdida, el blanco, la muerte. Esto debido a la inmadurez y fragilidad del cachorro humano, que depende para la significación del entorno de la presencia de otro viviente, que pueda asegurar su supervivencia comunicándole respuesta adecuadas (Humphreys, 2011). Aceituno (2010) indica que el sujeto, antes de inscribir su experiencia vivida y luego histórica en un orden simbólico, debe o ha debido ser objeto de inscripciones en un campo del lenguaje, de pensamiento y de relación a otros. Lo que permitiría la consistencia ontológica del sujeto mediante el proceso de simbolización primaria, que es entendida como las condiciones necesarias para el funcionamiento de los mecanismos encargados de traducir la experiencia vivida, en un campo de representantes y finalmente, en un espacio tiempo de memoria, de pensamiento y de vinculación objetal.

Es decir, que para la constitución del sujeto tanto el reconocimiento de la mirada y la palabra que nombra son elementos necesarios (Lacan, 1938). El efecto subjetivo de la ausencia de aquel otro viviente, desde las claves de Green, produce un hueco, cierta *negatividad*, y solo en un retorno a estas circunstancias será posible el restablecimiento del

vínculo con el otro. Tal restablecimiento puede depender de una nueva situación de significación – repetición en la transferencial (Humphreys, 2011).

Es por ello por lo que Green (1990) rescata el concepto de *espacio transicional*, para referirse a la posición del analista para el trabajo analítico con pacientes fronterizos: como un objeto siempre vivo, interesado, alertado y que da testimonio de su vitalidad por los lazos asociativos. Esto debido a que el analista debe ofrecer un espacio distinto a la falla ambiental acontecida tempranamente por el analizante.

En este sentido, la capacidad para soportar parte de desilusión originaria dependerá de la manera en que el analizado se siente narcisistamente investido por el analista. De forma que en el tratamiento se habilite el tránsito de la dependencia absoluta a la independencia. Es en este punto, que, para Green, al igual que Winnicott, la madre, o mejor dicho las funciones maternas, se vuelve una figura central en el análisis y la transferencia, en tanto metáfora. Ya que si falla el  *Holding*  se interrumpe la continuidad existencial del bebé/analizante y emergen las angustias primitivas. Lo anterior, tomando en consideración la tolerancia limitada del bebé ante la ausencia de la madre, que en términos de Green (1996), una vez sobrepasada promueve a que la representación se desvanezca y con ello, la dificultad de representar la propia existencia. Por consiguiente, se podría pensar en la sensibilidad del analizante ante la ausencia o la negatividad del analista.

Green retoma y destaca la distinción que propone Freud (1975/1923) en torno la psiconeurosis de transferencia, la psiconeurosis narcisista y la psicosis, en *Narcicismo de vida* (Green, 1999). Plantea que es la melancolía es el modelo de la psiconeurosis narcisista, y a través de la tesis freudiana de la melancolía como cultivo puro de la pulsión de muerte, se propone descubrir una articulación entre narcisismo y la pulsión de muerte, que la nominaría como *Narcicismo Negativo* (Green, 1999). Una entrada para la comprensión dinámica de tal narcicismo es su propuesta conceptual de la *Madre Muerta*, que conformaría un complejo psíquico causado por una depresión materna y sus consecuencias en la libidinización del hijo: este se ubicaría como un objeto casi inanimado. Para Green (1999) este complejo tiene como un primer rasgo, que el sujeto de no poder renunciar al incesto

materno y, con ello, el duelo imposible de la madre. Y como segundo rasgo, es que el análisis induce vacío.

Es en esta lógica, que para Green lo “*negativo*” se vuelve un concepto relevante para evidenciar situaciones de falta o ausencia de experiencias objetales que vivenciaron algunos sujetos en sus etapas tempranas de la psique: “*una experiencia de dolor que le hace decir no a todo (incluido uno mismo)*” (Green, 2010, p.376). Por consiguiente, tales ausencia conformaron experiencias traumáticas no simbolizadas para el sujeto, debido al momento temprano de la estructuración psíquica y por consecuencia, se inscribe una fractura a nivel del narcisismo, que desemboca en una inseguridad ontológica en el sujeto.

Finalmente, Green (2010) articula el nexo entre la destructividad de las pulsiones de muerte y la desinvestidura, lo que implicaría la perturbación en los cimientos del narcisismo del sujeto. Lo que incluso le permite hacer una lectura distinta al concepto de sublimación, concepto relevante para pensar otros destinos del sufrimiento melancólico y que para Freud su papel consistía desexualizar las pulsiones sexuales para transformarlas en apetito de saber, arte y otras producciones culturales. Para Green (2010) su función estaría al servicio de las pulsiones de muerte al hacer prescindir al yo de las investiduras de objeto, es decir, comprende la sublimación como una vía de desinvestidura a lo inanimado: “*en suma, la connotación narcisista ha pasado aquí de un narcisismo de vida a un narcisismo de muerte*” (p.310).

### Capítulo III. Tesis estructural de las melancolías: Escuela Francesa de Psicoanálisis.

#### 3.1 El lugar de la melancolía en la obra de Jacques Lacan.

En la obra de Jacques Lacan el abordaje de la melancolía es escaso (Pellion, 2000). Sin embargo, aporta en la construcción del lugar del objeto en la melancolía y se desplaza de la lectura freudiana del narcisismo hacia los *efectos parásitos del lenguaje* (Muñoz, 2019), lo que permitiría pensar el argumento de la tesis estructural de la melancolía como una psicosis. Lectura que ha sido desarrollada por algunos autores de la escuela francesa de psicoanálisis (Miller, 2015; Soler, 2016).

En el seminario *La angustia*, Lacan (2019) comparte, pero a su vez marca una diferencia con ciertos postulados presentados en *Duelo y Melancolía* (Freud, 1975/1917). Por un parte, respecto a la tarea del trabajo de duelo, en la cual el sujeto se enfrenta a la tarea de consumir una segunda pérdida del objeto amado, mediante una ejecución pieza por pieza del desasimiento de la libido de las investiduras del objeto, hasta luego encontrar sustituto. Lacan (2019) por el contrario plantea que tal ejecución pieza a pieza consiste en un trabajo de mantener y sostener todos aquellos vínculos con el objeto con detalle. Esto con la finalidad de *“restaurar el vínculo con el verdadero objeto de la relación, el objeto enmascarado, el objeto a- al que, a continuación, se le podrá dar un sustituto, que no tendrá mayor alcance, a fin de cuentas, que aquel que ocupó primero su lugar”* (p.362). Aportando la noción de la pérdida de un objeto más allá del mismo objeto amado. Asimismo, agrega:

*“El problema del duelo es el mantenimiento, en el nivel escópico, de los vínculos por los que el deseo está suspendido, no del objeto a, sino de i(a), por el que todo el amor está narcisísticamente estructurado, en la medida en que este término implica la dimensión idealizada que he señalado”* (Lacan, 2019, p.362).

Es en este punto, que introduce la melancolía, señalando que para diferenciarla del duelo se debe distinguir el *objeto a* del *i(a)*. Se puede pensar el *i(a)* como una función de investidura narcisista que enmascara al *a*, y por ello, se podría pensar la inaccesibilidad del

sujeto en duelo para llegar a aquello que pierde en la pérdida del objeto amado. En otras palabras, la función de  $i(a)$  se puede entender como desconocimiento y cobertura del  $a$ .

Asimismo, Lacan (2019) mediante un juego con el significante *triunfo*, agrega una lectura respecto a la idea freudiana de la manía como un triunfo sobre el objeto y plantea que, en cambio, es en la melancolía donde es el objeto quien triunfa. Esto debido a que, en la melancolía, el  $i(a)$  se ha disuelto, revelando la dimensión real del *objeto a*. Por el contrario, en la manía la prevalencia es el del  $i(a)$  y la disolución del objeto. Lo que permite concluir que una diferencia posible entre el duelo y la melancolía, respecto al aferramiento pieza por pieza del objeto amado, es que en el duelo opera el mantenimiento de  $i(a)$ , imagen que reviste y en la melancolía se aferra al *objeto a*.

Antecedente que permite una comprensión pulsional para la dinámica del auto reproche del sujeto melancólico y lo propenso ante el acto del suicidio:

*“el hecho de que se trate de un objeto a [...] esté habitualmente enmascarado tras el  $i(a)$  del narcisismo y sea ignorado en su esencia, exige para el melancólico pasar, por así decir, a través de su propia imagen, y atacarla en primer lugar para poder alcanzar dentro de ella el objeto a que la trasciende, cuyo gobierno se le escapa-y cuya caída lo arrastrará en la precipitación-suicidio, con el automatismo, el mecanismo, el carácter necesario y profundamente alienado con el que, como ustedes saben, se llevan a cabo los suicidios melancólicos” (Lacan, 2019, p. 363).*

La dinámica del auto reproche es también puntualizada en el seminario VIII *La Transferencia*, donde señala que el sujeto está en el dominio de las autoacusaciones, debido a la presencia del objeto, que desencadena efectos catastróficos por amenazar ese *trieb* fundamental que adhiere a la vida (Lacan, 2003).

Por otra parte, el suicidio melancólico también tiene su referencia en el Seminario VI *El deseo y su interpretación*:

*“el sujeto no podrá recuperar [el objeto a] más que en el momento en que el mismo se sacrifique [...] Allí se propone algo así como una*

*reintegración de a. El objeto se reconquista aquí al precio del duelo y la muerte” (Lacan, 2015, p.356).*

Respecto a la manía, para Lacan, esta es un fenómeno sin *objeto a*, es decir, sin su función de lastre (peso de una embarcación), lo que arroja al sujeto *“sin posibilidad alguna a veces de liberarse, a la pura metonimia, infinita y lúdica, de la cadena significante”* (Lacan, 2019, p. 363). Esto debido a que el objeto tiene como función arraigar al sujeto a la cadena significante, es decir, es un punto de anclaje que de lo contrario el sujeto queda a la deriva de un significante a otro, en ausencia de una detención: *“Es un sujeto desamarrado de la cadena, disperso en la fuga de sus ideas”* (Muñoz, 2019, p. 141).

Argumento que ya podría empujar a la tesis de la melancolía como una psicosis, que, desde el punto de vista de Lacan, esta consiste como una de las configuraciones del destino del ser hablante: *“la hipótesis de entrada es que los efectos del lenguaje sobre el ser hablante son diferentes entre neurosis y psicosis”* (Soler, 2016, p. 26). Asimismo, cabe cuestionarse si el salto en la cadena como fenómeno de lenguaje de la manía, se puede entender como aquella libertad, que propone Lacan (2013) en *Atolondradicho* de poder decir cualquier cosa en la psicosis. En contraposición a la neurosis, que no es libre de decir cualquier cosa, a pesar de que es invitado a hacerlo vía la asociación libre. Esto debido a que, las palabras no son aleatorias, sino que se encuentran lastradas, están ligadas a arreglos en torno al deseo y goce.

En esta línea, retomando con el fenómeno de la manía, si el *a* no opera, se ve entonces privilegiada la consistencia del *i(a)*, lo que implicaría la primacía de la imagen por sobre el cuerpo real:

*“En la manía más bien pareciera que se pierde la conexión con ese real del cuerpo, mientras que en la melancolía está en primer plano, justamente porque lo que prevalece es el objeto a sin ese velo que hace amable al propio cuerpo en la imagen narcisista, en la imagen del espejo”* (Soria, 2017, p.71).

El prevaecimiento del cuerpo en la melancolía, y en otras palabras del *a*, explica los fenómenos de cuerpo que se evidencia en la clínica: dolor corporal, trastornos alimentarios, adicciones, etc. En consecuencia, para Lacan, el ciclo melancolía y manía es explicado según la relación con *a*; de triunfo o de no función.

En relación al lugar de la imagen, como el  $i(a)$  en la melancolía se disuelve, y por tanto prima  $a$ , se puede desprender que no se encuentra en juego la imagen idealizada del Yo. Para Lacan (Soria 2017), en el sujeto melancólico si ha operado la unificación narcisista que acontece en el *estadio del espejo*, pero no por ello se ha llegado a establecer el Yo ideal, es decir, esa imagen amable que signa la entrada del neurótico en el campo del amor. En cambio, en la melancolía la imagen cobra otra cualidad:

*“Por el contrario, en ella la imagen en el espejo se presenta en su faz real, prevaleciendo el odio, dejando al sujeto radicalmente fijado a esa imagen que no puede espejear en el lazo amoroso con otro, ya que le falta ese brillo, ese velo”* (Soria, 2017, p.94).

Tomando la prevalencia de  $a$  real y, por otra parte, su disolución, Soria (2017) identifica dos tipos de narcisismo uno positivo, comandado por  $i(a)$  y otro negativo dado al *objeto a*. En el narcisismo negativo, el sujeto melancólico arma una unidad con el objeto  $a$ , en su cualidad de desecho. En cambio, el narcisismo positivo es pura imagen, puro Yo.

En el escrito *Kant con Sade* (2005a/1984), Lacan señala que en la melancolía el dolor de existir se encuentra en estado puro. Tomando el dolor propio del hablante de existir, pero que en la melancolía tomaría la particularidad de presentarse sin mixturas, sin divisiones. Esto debido a la ausencia del significante fálico, significante del que goce que supone la castración y que hace médium entre el Otro y el sujeto (Muñoz, 2019). Lo que implicaría que la falta no se puede simbolizar y se absolutiza.

La ausencia del significante fálico también permite desprender cierta alteración que podría conformar en el registro imaginario y con ello, en la relación con los otros semejantes. En el cual ningún otro puede revestir con brillo la imagen del sujeto melancólico, es decir, se vuelven impotente, en comparación al brillo que daría la presencia del falo simbólico.

En *Radiofonía & Televisión*, Lacan (1923) hace una referencia enigmática del afecto depresivo como una cobardía moral;

*“no es un estado de alma, es simplemente una falla moral, como se expresaba Dante, incluso Spinoza: un pecado, lo que quiere decir una cobardía moral, que no cae en última instancia más que del pensamiento,*



*o sea, del deber de bien decir o de reconocerse en el inconsciente, en la estructura” (p. 101)*

Una lectura de esta referencia, de la depresión como asunto de cobardía, es pensarla bajo el modo de una provocación y en particular, como una llamada al sujeto para perturbar su posición subjetiva con respecto a su deseo. La cita apela a la imagen del infierno de Dante, quien ubica a los tristes en el infierno, en agua nauseabunda donde está por toda la eternidad, siendo lo más llamativo, el autocastigo de salir y volver a entrar del agua. En otras palabras, ubica la tristeza entre los siete pecados capitales, junto con la gula, la avaricia, la coleta, la envidia, el orgullo y la pereza.

Se podría hipotetizar que esta referencia apela a la queja depresiva del sujeto y no dirigida a un estatuto estructural. Esto debido a que, siguiendo a Brodsky (En Miller, 2015), Lacan opone la cobardía al *gay savoir*, siendo la primera un no querer saber nada del inconsciente. Posición que para Brodsky caracteriza al sujeto deprimido contemporáneo. En cambio, *el gay savoir*, el bien decir, es el servirse del lenguaje para obtener efectos no del sentido, pero cercanos al inconsciente real. En otras palabras, la cobardía moral es una provocación en la cual se liga la tristeza con el no querer saber del inconsciente. No obstante, ¿Tiene tal carácter de no saber la tristeza melancólica? Se podría interrogar a partir de su vínculo con la verdad (Pellion, 2003), en la que se podría pensar un acceso directo con el inconsciente real, es decir, no es que no se quiere saber; posiblemente se sabe mucho.

Posteriormente, Lacan (1923) realiza nuevamente la referencia de la cobardía, pero ahora ligada al campo de la psicosis y en particular a la manía. Señala a tal cobardía como desecho del inconsciente, es decir, como retorno en lo real de lo que es rechazado del lenguaje. Retorno que en la excitación maniaca se hace mortal. En este punto, se podría hipotetizar que, a contraposición de la melancolía como un exceso de saber, la manía viene a ser la radicalización del no querer saber. Lo rechazado del lenguaje se puede ilustrar con la siguiente cita que da cuenta de la perturbación que acontece en el fenómeno de la manía:

*“El lenguaje es la cadena significante y cuando ella está rota sólo quedan Unos, que podrán hacer serie pero nunca reanudar el discurso [...] la manía es desencadenamiento de la lengua, sin acción ya del lenguaje, que es el inconsciente” (Muñoz, 2019, p. 142).*

En este sentido, por vía de la conceptualización de la manía, como fenómeno de la melancolía, que es presentada como una excitación desenfrenada, es que aparece con mayor consistencia la tesis de la melancolía como una psicosis. Esto debido a la ausencia del deseo como regulador y la presencia, entonces, del desenfreno de la palabrea y el goce. Y por consecuencia, una falta del significante fálico, que, en lugar de permitir la metonimia y metáfora, da lugar a una infinitización de la cadena.

En *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Lacan (1958/2005) postula a que el falo está ligado íntimamente con Eros (pulsión de vida), por lo que en su ausencia hay una pérdida radical del sentido. En esta línea, donde en la manía hay un desenfreno del sujeto arrojado de significante a significante, en la melancolía el sujeto testimonia el sin sentido de la vida con crudeza.

Otra coordenada de utilidad para pensar en la melancolía y sus dinámicas de erotización al dolor es la referencia al masoquismo moral en *Kant con Sade* (2005/1984). En cual Lacan plantea que el imperativo categórico puro es el goce, la cual descende de la pulsión de muerte. Postula que, mediante el masoquismo moral, la moral es re sexualizada, donde crea para el sujeto la tentación de un obrar pecaminoso, que después tiene que ser expiado con los reproches de la conciencia moral sádica. El masoquista moral se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real. Lo llamativo es que contiene el valor psíquico de un componente erótico, lo que conlleva a la paradoja que ni la propia autodestrucción del sujeto puede producirse sin satisfacción libidinosa.

Erotización del dolor que se puede desprender en las referencias del suicidio en el Seminario V *Las formaciones del inconsciente* (Lacan, 2018), en el cual plantea que el suicida se torna un signo eterno para el Otro, ligado a una belleza horrorosa, que lo hace condenable, pero a su vez contagioso. En esta línea, el suicida como un signo de lo bello puede entonces dar lugar a una erótica y en este punto, remite a Freud (2007/1920) de *El problema económico del masoquismo*, que señala que algo permanece en el interior del sujeto bajo la forma de un dolor ligado con la existencia misma del ser viviente.

En esta lógica, se puede evidenciar el aporte de Lacan en robustecer la dinámica melancólica mediante el desarrollo de la incidencia particular del *objeto a*. Además, cabe

interrogar por la orientación del analista frente a la potencia real del *objeto* en el tratamiento con sujetos melancólicos, a su vez, como su presencia podría interferir en el curso de un tratamiento. Como, asimismo, que dificultades clínicas podría conllevar el fenómeno de sin lastre de la manía.

### 3.2 Construcción de una tesis estructural de la melancolía como parte del campo de la psicosis: otros aportes.

#### *Humor y el desorden en la juntura más íntima del sentimiento de vida.*

Miller (2015a) entrega ciertas coordenadas de la melancolía a partir del fenómeno del humor en la práctica clínica. Fenómeno que lo sitúa, citando a la referencia de Lacan en *Cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis* (2009), en la juntura más íntima del sentimiento de vida, del cual manifiesta como un horizonte para su estudio el poder establecer una relación entre humor y goce. En este sentido, se podría pensar que el *goce* se vuelve un concepto importante para pensar la melancolía y los fenómenos de humor, lo cual es puntualizado por Maleval (En Miller, 2015a):

*“El diagnóstico no es la pregunta esencial, es la cuestión de la cura lo que es esencial. Saber si un sujeto es melancólico, paranoico, esquizofrénico o maniaco depresivo puede tener interés en el sentido de localizar donde está el goce invasivo. Se trata de determinar qué tipo de goce se debe contrarrestar”* (p. 105).

Además, un punto interesante que desarrolla Miller (2015a) en el escrito es la distinción entre posición melancólica y estado melancólico, siendo el primero la posición relativa a una estructura melancólica (dentro de la psicosis) tal como es descrita en la psiquiatría clásica y el segundo fenómeno que no necesariamente revelan inmediatamente una estructura. Lo que da margen a pensar en fenómenos melancólicos independiente de la estructura. No obstante, revela de forma irónica, en respuesta a una colega, la necesidad teórica para robustecer tal distinción: *“Sidon: sí, habría que precisar ¿Qué diferencia vamos a establecer entre posición y estado? Miller: habría que organizar un breve diccionario para ponerse de acuerdo”* (p.106).

Por otra parte, en el debate de Miller con otros colegas en *Variaciones del humor* (2015a), emerge la dimensión imaginaria y, en particular, de engaño de la melancolía como un elemento a considerar clínicamente:

“El engaño melancólico es algo clásico, es decir, que debemos temer más que nada cuando un melancólico nos dice <<Usted no puede saber lo bien que estoy>>, con una máscara sonriente y la cuerda en la espalda lista para colgarse” (p.85).

Para Miller (2015a), los movimientos en la dimensión imaginaria del sujeto melancolizados da cuenta de la relación del sujeto al objeto, en el cual hay un redoblamiento de la capacidad en sostener una imagen que viene a velar el objeto o bien por defecto la presentación del sujeto como equivalente al objeto desecho. Sin embargo, especifica que es un abuso hablar de identificación con el objeto en la melancolía ya que no responde al criterio freudiano de la identificación. Esta referencia no es profundizada, no obstante, se puede interpretar como un esfuerzo de distinguir la identificación de la histeria y la identificación en el caso de la melancolía. En la cual la primera, es una identificación mediada por lo simbólico y la formación sintomática y, por tanto, hay una distancia con el objeto. En cambio, en la melancolía opera una identidad con el objeto, es decir, se podría pensar una identificación real con el objeto y con ello, una profunda modificación del Yo.

Otra referencia de utilidad para pensar los fenómenos melancólicos y para la construcción de la tesis de estructural de esta, es el artículo *Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria*, en el cual Miller (2015b) ofrece como herramienta conceptual teórico-clínica el concepto de *psicosis ordinaria*, para nominar aquellos pacientes que no califican dentro de un pensamiento clínico binario (la perversión la retira como un tercer elemento del pensamiento clínico debido a su poca frecuencia y la improbabilidad de que tales sujetos consulten). En otras palabras, aquellos pacientes que no es simple la tarea de distinguir si se esta hablando de una psicosis o una neurosis: “¿Es el sujeto barrado que reenvía a la nada en la neurosis? ¿O es el vacío psicótico, el agujero psicótico? [...] ciertos casos tienen el aspecto de estar entre los dos” (Miller, 2015b).

Para Miller, la *psicosis ordinaria* es una psicosis sin los fenómenos extraordinarios de esta, es decir, se vuelve un recurso para pensar aquellos casos en que no se encuentra la formación sintomática estable y los elementos bien definidos de la neurosis pero que tampoco lo extraordinario de la psicosis (fenómenos elementales, alucinación y certeza). No obstante, señala que una orientación y lo que se puede desprender de estos casos es un *desorden en la*

*juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto.* Desorden que se sitúa en la manera en que se siente el mundo, el cuerpo y las propias ideas. El cual lo organiza en una triple externalidad, que puede ser de utilidad para pensar el sufrimiento del sujeto melancólico: externalidad social, corporal y subjetiva. La primera se ilustra a todo aquello que concierne al sujeto con su identificación y en asumir una función social (profesional, interpersonal etc.). La segunda concierne al Otro corporal, en el cual se viven el cuerpo como una radical otredad. Y finalmente, la tercera corresponde a la externalidad subjetiva, da cuenta de fenómenos tales como la experiencia del vacío, de vacuidad y vaguedad del sujeto.

### ***Falta de lugares simbólicos.***

Nieves Soria (2017) entrega coordenadas para interrogar el lugar de la melancolía y si realmente pertenece al campo de las psicosis. Su lectura es ubicar la melancolía en el sentido amplio como una psicosis debido a que el registro de lo simbólico no se encuentra del todo articulado. No obstante, la separa de la esquizofrenia y la paranoia, al no corresponder con los fenómenos de retornos del significante del Nombre del Padre en lo real, tales como las perturbaciones del lenguaje, la significación enigmática etc.

Señala que, en la melancolía, está en juego una fijación a la identificación primaria, lo que implicaría cierta dimensión de incorporación del padre que no llega a dar una vuelta simbólica secundaria que posibilite la constitución del Nombre del Padre, a diferencia de la forclusión del Nombre del Padre, como en el caso de la psicosis (esquizofrenia y paranoia). Por consiguiente, se interroga acerca del estatuto del falo en la melancolía-manía. Es por ello, que para Soria, la clínica de la melancolía- manía está más cerca de la inexistencia del falo, más que a la *forclusión*. Por lo que, señala que los fenómenos de retorno de la melancolía tocan la dimensión del falo muerto: “*Se trata allí de esa imposibilidad de ser falo para la madre, por lo que el sujeto incluso llega a quedar identificado efectivamente con algún muerto anterior a su llegada al mundo*” (Soria, 2017, p.151).

Siguiendo esta lógica, respecto a la dificultad en la constitución del *Nombre del Padre*, se podría cuestionar por el lugar del *Deseo de la Madre*. Soria (2017) siguiendo la observación clínica de Abraham respecto a que los casos de melancolía reflejan que la

dimensión del odio y de la ambivalencia se juega con la madre y no con el padre, como ocurre en la concepción de Edipo. Explica la dificultad de la constitución del *Nombre del Padre* dada la ausencia del *Deseo de la Madre*:

*“Teniendo en cuenta que es necesario dos significantes para la metáfora paterna funcione; Es necesario el Deseo de la Madre, que el Nombre del Padre viene a sustituir. ¿Qué ocurre cuando falta el deseo de la madre? No es que el nombre del padre esté forcluido, pero tampoco tiene lugar, no tiene adónde ir a parar, donde ubicarse. Al ser una metáfora, se define como algo que viene a sustituir otra cosa, si esta otra cosa no está, no tiene posibilidad de operar, al menos no metafóricamente. Quizás esté el Nombre del Padre, pero no como metáfora ¿Qué sería entonces?”* (Soria, 2017, p. 99).

Reflexión que le permite concluir en una ausencia de articulación en el registro simbólico en la melancolía:

*“No es porque falta el Nombre del Padre que no este operando la castración simbólica, sino porque falta el Deseo de la Madre, que por otra parte es el deseo que convoca al sujeto en el lugar del falo”* (Soria, 2017, p. 100).

La falta del *Deseo de la Madre* conlleva consecuencias de desestructuración para el sujeto ligada a su relación con su propia imagen, ya que es en la relación de espejo con la madre que el niño se encuentra con su deseo y verse, asimismo, deseado (Soria, 2017). Lo que permite pensar la ausencia del brillo fálico de la imagen del sujeto melancolizado o mejor dicho la imagen envuelta en un falo muerto. Y, en consecuencia, también explica la perturbación en el campo del deseo del sujeto.

La comprensión de la melancolía como una no articulación del registro simbólico, permitiría el entendimiento de la dificultad de los sujetos melancólicos para apropiarse de lugares simbólicos, por ejemplo, no solo en lo alimentario existe una dificultad en la incorporación sino también el saber mismo: *“Suele suceder que el sujeto plantee que lee y lee y nada le queda”* (Soria, 2017, p.29).

Por otra parte, la tesis de la melancolía como una psicosis se puede encontrar en la obra de Pellion (2003), quien plantea que en la melancolía pone en juego un mecanismo común con otras posiciones dentro de la psicosis (esquizofrenia y la paranoia), que consiste en el desprendimiento de la investidura de la representación cosa, que va a la par con la desconexión con las representaciones de palabras. En cambio, señala que, en la neurosis y el duelo normal, la relación inconsciente con el objeto sigue ligada a la representación de palabra, lo que permite en caso de una pérdida de objeto, la supresión gradual del afecto mediante la extracción de detalles identificatorios. En este sentido, se puede pensar que en la melancolía operaría una pérdida imposible al caer la sombra del objeto en el *Yo*, es decir, no sería solo detalles identificatorios los necesarios de extraer, sino que el objeto en su totalidad. Lo que resuena con la idea de Miller; en la melancolía no se debería hablar de identificación con el objeto perdido sino una identidad con el.

La cualidad del objeto y su pérdida es profundizada por Pellion (2003) quien señala:

*“La pérdida en juego en la melancolía no puede reducirse a la de un objeto pulsional en el sentido abrahamiano de un objeto exterior, autónomo e íntegramente definible, comprometido con el sujeto en una relación de objeto; este objeto perdido está, al contrario, íntimamente articulado con: 1) La identificación original del sujeto [...] 2) Las modificaciones libidinales que supone el atravesamiento de los complejos de Edipo y de castración. En suma, y de conformidad con la primera intuición freudiana, la ausencia originaria que la pérdida melancólica devela es la de esa representación particular en la cual se conectan cosa y palabra y se funda la libido como tal, y esta misma representación es huella de otra pérdida, que hay que referir esta vez a una sustracción efectuada en el goce del cuerpo”* (Pellion, 2003, p. 173).

Pellion (2003) retomando la idea freudiana de cómo en la auto acusación del sujeto melancólico este se encuentra tan próximo a la verdad, plantea la verdad como causa que está en estrecha vinculación con lo real: el objeto como causa. En esta línea, el sujeto se aproxima dolorosamente a una verdad es que una verdad de estructura, respecto a la relación al objeto y su aparición descarnada.



Lo originario en la *identificación* con el objeto perdido en la melancolía también es desarrollado por Guyomard (2013), quien señala que el *Yo* se toma como objeto muerto bajo una modalidad primaria:

*“el yo se «toma» como objeto en tanto perdido, muerto, idealizado, incluso idolatrado. Bajo una modalidad primaria quiere decir que una identidad de percepción se establece por las vías más cortas – puesto que se trata del proceso inconsciente más radical: pulsional. Esta identidad reproduce de un modo alucinatorio las representaciones a las cuales la experiencia de satisfacción originaria ha conferido un valor privilegiado. Lo que permite comprender la fijación que resulta de ello, a veces inscrita irreductiblemente bajo la forma homicida de una identificación que inmoviliza la identidad bajo una ley superyoica que impide todo proceso metafórico”* (p. 24).

Un elemento interesante que reflexiona Guyomard, es que lo que crea el objeto para el deseo no corresponde al registro de lo que se constituye como objeto para la pulsión. Señala que, para el deseo, como actividad psíquica y proceso simbolizante, la pérdida crea al objeto. Es lo que identifica al sujeto en su relación al fantasma y lo designa en una alteridad fundadora de identidad en tanto alienante, es decir, tomada del Otro. Elemento que resulta inabordable en la melancolía, ya que el deseo está comendado bajo otro registro: la influencia de la erotización de la pulsión de muerte. En esta línea, el objeto en la melancolía más que apuntar a un proceso simbolizante y al Otro, es un objeto que no supone otro viviente:

*“El objeto, representante de otro «muerto», ha pasado al otro lado del fantasma [...] En efecto, el objeto «muerto» puede invadir la organización fantasmática, tomando entonces el lugar de su pérdida y que no puede, por lo tanto, ni inscribirse ni escribirse. Allí donde la palabra ya no supone otro viviente, el suicidio melancólico radicaliza y redobla la ausencia del otro. Da cuenta incluso del rechazo de cualquier otro. «Si no estoy allí para él, no lo estoy para nadie»”* (Guyomard, 2013).

En este punto Guyomard (2013) esboza una distinción entre la tentativa de suicidio en el sujeto depresivo y el melancólico, donde para el primero es un llamado al otro una

espera de otro, es decir, se conserva un lugar habitado “*aún si se trata de un descenso al infierno [...] la pérdida puede inscribir al otro en un proceso psíquico humanizante*” (p.25). El objeto que hace sufrir al depresivo, en esta línea, es un objeto en la vida, está erotizado y en relación a otros, inclusive en el dolor. Está del lado de la palabra y remite al otro como semejante. En cambio, para el melancólico se trata de dejarse caer en la ausencia de otro a un abismo:

*“Un goce, que es negación del otro, triunfa [...] El melancólico des-erotiza y desautoriza a cualquier otro que no tenga la última palabra, el otro que surge de la castración, el otro sexo también, aquel «que no se tiene» en beneficio de otro cuyo goce le es reclamado. Encontramos la huella de lo imperativo de este goce en toda modalidad adictiva; goce que amarra la adicción al vínculo primero de lo pulsional, que no puede transformarse por el destete psíquico”* (p.26).

Se podría pensar como un rasgo en común en la obra de Soria, Pellion y Guyomard, que en la melancolía un tiempo originario es el que se encuentra en juego, que es pensando desde una dificultad en la identificación original del sujeto (que permite la conexión cosa y palabra); la ausencia del primer objeto simbolizado (madre como función) que posibilita la dimensión del deseo del sujeto y el empuje radical al imperativo de goce. En consecuencia, para el sujeto melancólico “*cada pérdida conllevará la marca de un dolor desgarrador y un derrumbe del Yo: Puro cultivo de la pulsión de muerte, allí donde las vestiduras narcisistas y el andamiaje fantasmático se revelan impotentes, y el objeto aparece en toda su crudeza*” (De Biasi, 2013, p.82).

## ***Melancolía y subjetividad femenina.***

En la revisión de los distintos autores presentados, se puede evidenciar la necesidad de nombrar algunos fenómenos clínicos, ligados al humor, como melancolización y su distinción de un estado puro de melancolía. Una distinción que podría ir en la línea de la propuesta de Miller (2015a) de crear una distinción entre estado y posición.

En esta línea, contemplando que la muestra de la investigación es conformada por su totalidad de pacientes femeninas, es de interés el abordaje de Guyomard (2013) respecto a su propuesta conceptual de melancolización. Esta la entiende como una temporalidad de la subjetividad femenina necesaria que conducir a la castración y con ello, la resolución del *complejo de Edipo*. El cual no siempre tiene el destino de la formación de una melancolía. Para la autora esta última no se resuelve edípicamente, al no accede a la alteridad y con ello a *“un estatuto de la relación de objeto donde la castración humanizante produce un narcisismo «relativo» -y no absoluto- vinculado a la pérdida de goce, separado de la potencia pulsional”* (p.30). En cambio, la melancolización la propone como parte del proceso psíquico de la elaboración de la castración. Levanta esta tesis por su observación clínica respecto a la proximidad particular del sujeto femenino con el trayecto inconsciente de la pulsión de muerte y su manifestación en la vida psíquica. Y con ello, la frecuencia de la melancolización femenina en la clínica, lo que la lleva a la siguiente interrogante: *“¿Podríamos pensar que en la mujer su falta de universal la amenazaría de una melancolización en la experiencia de la pérdida y de la separación y, al mismo tiempo, le sería necesaria para abordar la castración?”* (P.29).

Explica que el riesgo de la melancolización como un riesgo femenino, esta ligado a la dificultad que experimenta una mujer para constituir el objeto- madre como objeto- otro en el curso del proceso identificatorio. En este proceso se enfrenta con la mismidad de su ser femenino que la une a su madre, a lo femenino de su madre:

*“Melancolización en tanto proceso necesariamente ligado a la precariedad para una niña pequeña de saberse mujer. Precariedad que obedece a la incertidumbre del reconocimiento de lo mismo en el otro: otro-femenino de la madre, otro-femenino del padre en los juegos de*

*miradas y de amor dirigidas de uno al otro y de uno a través del otro, y a la hija: esperada, deseada, o no. Es esta precariedad la que está en juego en la rivalidad femenina y en el riesgo femenino de desaparición”* (Guyomard, 2013, p.26).

Respecto al riesgo femenino de desaparición y melancolización, Dolto (1996) señala que este se presenta por excelencia en el encuentro amoroso, debido a que existe para la mujer el riesgo de sentir que pasa a ser *nada* en su vida sexual: *¿Qué es lo que en la identidad de una mujer se encuentra en riesgo de no sostenerse, de deshacerse en la relación de amor?”* (Guyomard, 2013, p. 26). Fenómenos que también suele ser evidente en los casos de melancolía, que en tanto el sujeto no cuenta con la función de la castración, se hace síntoma con la cuestión del amor.

Soria (2017) también profundiza respecto a la melancolía femenina y con ello, en las diferencias en las posiciones sexuadas en los sujetos melancolizados. Plantea que la melancolía masculina tiene un borde más claro con la paranoia, en tanto el afecto predominante es el odio, lo que explicaría la frecuencia de los consumos tóxicos. En cambio, el lado femenino lo que constata es la erotomanía y el recurso del *acting out*, en el cual se pone en escena el objeto con el cual el sujeto melancólico está identificado como resto, como desecho:

*“No se trata del odio sino del amor del objeto. Cuando se afianza la erotomanía hay una inmersión más maniaca [...] en el que puede aparecer como falta, como <<quereme>>, una demanda insaciable de amor-la mujer que no acepta la negativa e insiste en una demanda que puede llegar a extremos muy enloquecidos- la propia desaparición o incluso el suicidio”* (p. 103).

### ***Perturbación amorosa y sublimación.***

Se hace síntoma con el amor debido a que el sujeto no cuenta con la función de la falta, lo que conlleva que el sujeto viva sus relaciones amorosas de forma devastadora. Soria (2017) señala que en ese punto hay allí un impasse muy fundamental, inclusive algunos sujetos melancólicos optan por alejarse de la experiencia amorosa, haciendo suplencias en otros lados, con otro tipo de soluciones. En este punto es donde la sublimación se vuelve un mecanismo interesante para acotar su sufrimiento. En este sentido, el sujeto tan directamente ligado a la nada, al agujero, tiene la posibilidad de hacer surgir algo nuevo de aquello; en la cual se puede encontrar con frecuencia el recurso al arte:

*“La sublimación implica una satisfacción plena de la pulsión, pero no sexual- ahí donde lo sexual en lo humano esta atravesado por la función de la castración. Quienes no cuentan con ella deben lograr la satisfacción de la pulsión por una vía no sexual” (p.154).*

Asimismo, al igual que otros autores destacan el cómo el amor se vuelve síntoma en la melancolía, Heinrich (2016) señala que uno de los recursos que suele aferrarse el sujeto melancólico es la ilusión de encontrar su salvación en un amor pasional, ilimitado y fusional, que tendría como misión redimirlo de tanta tristeza, injusticia y soledad. En este sentido, emerge la idea de la pasión como intento de curación de la melancolía, cura que ya había puntualizado Freud en Introducción al narcisismo (1975/1914b) como rival de la cura analítica. Asimismo, la cuestión del amor y sus estragos también es referenciada en el Manuscrito E (1894/1895) al plantear que una gran añoranza por el amor en su forma psíquica, es decir, una tensión psíquica de amor, que cuando ésta se acumula y permanece insatisfecha, genera melancolía. Heinrich (2016) señala como metáfora, pero a su vez reconociendo como ambos fenómenos como melancólicos, que como hay sujetos que se hacen adictos a personas, otros se hacen adictos a sustancias. El encuentro con el otro estará entonces fatalmente marcado por la necesidad de encontrar, por una vez en la vida, una prueba de amor infinito que revierta su certeza de no poder ser amado por nadie. Es en esta ilusión que el sujeto revierte su certeza de no poder ser amado por nadie.

La dificultad del amor como recurso es la posibilidad de que luego que ese encuentro pasional funcionará como punto de estabilización por un tiempo, uno de los miembros de esta pareja en algún momento deja de sostener el pacto. Ya que podría conllevar a un desencadenamiento de la melancolía en su partenaire, que puede rápidamente virar hacia abismos de decepción cuando el otro no está tan disponible como el sujeto necesita. Dificultad que también podría desplazarse en transferencia con el analista, complicación que se puede ilustrar en la primera diada de la muestra de la investigación.

Con respecto al recurso de la sublimación, Miller (2015a) señala que una relación bien experimentada con el horror favorece la relación con lo bello para velar el horror. Lo que lleva a cierta romantización de la melancolía, históricamente ligada al artista, el genio, al creador. A quien se le suponía una tristeza fundamental y una relación al horror, al ser el artesano de lo bello para su salvaguarda subjetiva.

En esta misma lógica, Fernández (2019) retoma ciertas coordenadas del lugar del deseo y sublimación en la melancolía, pensándola esta como una psicosis. Señala que la ausencia de deseo en la melancolía es sustituida por la actividad. La actividad conformaría una defensa ante la naturaleza de la pulsión de muerte para el melancólico, ya que esta empuja al reposo absoluto que es la muerte. Además, plantea la tesis de un sufrimiento transgeneracional de la melancolía en donde el sujeto se encuentra en una repetición mortífera de identificaciones masivas y globales con un miembro familiar que sufrió alguna tragedia o alguna historia de tristeza familiar, que se torna como herencia de generación en generación.

En esta lógica se comienza a distinguir ciertos fenómenos, a lo que podemos llamar fenómenos melancólicos, que dan cuenta de fenómenos de discurso, de mirada, identificaciones, relación de objeto, relación con el amor y una relación con la verdad particular. Frédéric Pellion (2000), en esta línea, plantea su tesis que el término “melancólico” es un término que describe una afección que toca muy diversos territorios de la experiencia, la cual revela una imbricación inconciliable de las verdades que subyace a la experiencia común: el melancólico como enfermo de la verdad.

Además, un punto interesante es que a pesar de dar cuenta clínica y teóricamente de fenómenos particulares de la melancolía que la harían más cercana a la psicosis. Los autores

mantienen cierta pregunta de su estatuto dada la singularidad estructural de esta, que la separaría de las *psicosis extraordinarias*. En esta línea, se podría pensar en un posible nexo de la melancolía con la categoría de *Psicosis Ordinaria* (Miller, 2015b), que podría consistir que en ambas no hay claros signos de retorno de lo forcluido. Lo que permite desprender la problemática de definir en una categoría que dé cuenta de diversas fluctuaciones de la experiencia melancólica. Soria (2017) establece tal reflexión considerando que la inexistencia del Nombre del Padre conlleva clínicamente a una tendencia a la melancolización o la manización:

*“La inexistencia del Nombre del Padre implicaría salir de esa lógica binaria, neurosis- psicosis, y empezar a pensar otras posibilidades de la estructura. Sin dejar de tener en cuenta que quizás no haya mas significantes del Nombre del Padre, pero que algo real del padre continúe existiendo”* (p.117).

### **3.3 Crítica de la tesis estructural: melancolía como una entidad clínica particular.**

Es Marie-Claude Lambotte (2007) una de las autoras principales para pensar una crítica posible a la tesis estructural de la melancolía como una psicosis, y propone la tesis de ubicarla, apoyándose en la conceptualización freudiana, como una categoría autónoma y por excelencia el paradigma de las neurosis narcisista. Si bien reconoce que el rasgo de falta de interés del sujeto melancólico por los asuntos del mundo podría hacer pensar en la psicosis por su proximidad con la Cosa (Lambotte en Aceituno, 2010). Identifica un discurso propio de la melancolía, que denomina discurso melancólico, al que separa tanto de un discurso neurótico como psicótico. Como, asimismo, reconoce mecanismos propios de ésta.

Por un lado, respecto al mecanismo específico de la posición melancólica, señala que consiste en el afecto de la realidad más que su percepción. En efecto, el sujeto no niega la realidad perceptual ni tampoco hace como que ella no existe, al punto de una construcción delirante sino que la realidad pueda concernirle en algo. Mecanismo que denomina como *Negativa de Intención* de la melancolía (Lambotte, 2003), que la define en términos de experiencia estética de la realidad, la cual aparece plana, desesperadamente neutra, hasta el punto de que todos los objetos se yuxtaponen sin que ninguno pueda adquirir más valor que otro. Al objeto melancólico, lo denomina el objeto de la decepción, donde todo es igual.

Este afecto que despierta la realidad recuerda la indicación freudiana de lo próximo que se encuentra el sujeto a una verdad, Lambotte (En aceituno, 2010) marca la excesiva lucidez sobre el mundo que tiene el sujeto melancólico y su saber inconsciente respecto a la existencia algo en otra parte, saber que lo vincula con algo de absoluto como el Sentido o la Verdad, detrás de las cosas, detrás de la realidad que no está ahí más que para hacer pantalla. En otras palabras, la lucidez respecto a la presencia del objeto: “*Detrás de las cosas, eso brilla*” (p.54).

Explica las neurosis narcisistas desde la patología de la imagen, ya que estas implicarían un desfallecimiento de la función especular en un contexto originario que precede al periodo de transítivismo, que no permite del todo la investidura libidinal de la imagen del



sujeto. Es esta imagen que hace posible la investidura de objeto, en tanto suscita las posibilidades de interés que regulan nuestra relación a la realidad.

Agrega que el todo o nada del sujeto melancólico implica el desplazamiento del *Ideal del Yo* más allá de los objetos de la realidad, los cuales, en la aspiración nostálgica del sujeto y su lucidez, no son más que objetos de intercambio para él. Opera un *ideal del Yo* donde ninguno de sus rasgos podrá nunca concordar con la realidad. Plantea que el peligro, tomando en consideración los aportes de Lacan respecto a la dinámica del suicidio melancólico, es el reencuentro con este ideal, en su confusión con el objeto de deseo querer alcanzarlo detrás de las cosas aun cuando este referido a la nada y la precipitación a un destino letal.

Por otra parte, Lambotte (2003) realiza una distinción interesante entre el discurso de un sujeto depresivo del discurso melancólico, señala que este último tiene la cualidad de no tener un origen ni perspectiva futura, es decir, se desprende del discurso un sujeto suspendido en el tiempo. A modo que toda ya habría sido jugada, lo que implica el desafiar al analista: “*Yo siempre he sido así, y será siempre así. Usted no puede hacer nada con aquello*” (Lambotte en Aceituno, 2010, p. 56).

En esta línea, a diferencia de la linealidad en el discurso del sujeto deprimido, plantea que en la melancolía se evidencia una fragmentación lógica-temporal y una dificultad del sujeto de construir un relato: “*son pedazos de historia que podemos escuchar, fragmentos sin más relación unos a otros, sin más enlaces los unos con los otros y con una gran dificultad para asociar*” (Lambotte, 1995, p.3). Además, propone que más que dar cuenta de los efectos de una decepción, como es el caso del estado depresivo, en la melancolía se puede reconocer las marcas originales de su dificultad con su imagen especular.

Finalmente, como coordinada para la cura, Lambotte (2007) aporta que, en el acompañamiento clínico de un paciente melancólico, eventualmente surgen cierto tipo de actividades que repite y a la que le entrega mucho interés. Actividades que dan cuenta de la emergencia de objetos estéticos que, por el solo placer de la mirada, le permiten percibir un relieve y una perspectiva de la realidad y con ello, no abandonar su objetivo mortífero de lo absoluto sino que mediatizarlo a través de una actividad particular que no permita más que indicarlo. Una actividad de composición, de organización del entorno que conduce

naturalmente a hacer surgir objetos, que son entonces vistos y hablados por sí mismos. Sean preciosos o banales, su función releva de la contemplación estética y del alcance metonímico.

A su vez, establece cierta advertencia para el tratamiento de la melancolía y su posible terreno sensible a caer en impasses clínicos, ya que otra coordenada para su comprensión, que se podría hipotetizar como el reverso de la patología de la imagen, es la *patología del abandono*. Lambotte (En Aceituno, 2010) plantea que ciertas operaciones de reconocimiento provenientes del Otro no logran efectivizarse dejando al sujeto en una cierta condición de inexistencia, que conlleva a una posición de desamparo a propósito de cada falla del Otro.

La propuesta De Biasi (2013), que se considerará para el análisis de los resultados de esta investigación, es no abandonar las fluctuaciones de la experiencia melancólica, en tanto algunas revelan la psicosis, tal como la psiquiatría describe el síndrome de Cotard, y que estas remiten a la forclusión del Nombre del Padre. Pero que *otras melancolías*, que demuestran ser paradigma de las neurosis narcisistas, responden a la identificación con el padre muerto y no en el sentido de la identificación secundaria edípica sino una identificación con el cadáver:

*“El melancólico entonces parece cargar a un tiempo con el dolor implicado en la catástrofe de la separación respecto del Otro materno- allí donde la falta propia del deseo del Otro ha faltado- y con el padre muerto, cadaverizado. No el padre muerto a partir del cual adviene la ley simbólica, sino a medio camino de esta simbolización que no ha llegado a término” (p.83).*

Heinrich (2016) también profundiza respecto a la concepción de otras melancolías y sus fenómenos que tienen su propia particularidad. Principalmente, respecto a aquellas melancolías que tienen como rasgo característico, no tanto una depresión resignada que se desencadena a partir de un acontecimiento doloroso, sino un ansia para producir encuentros fuertes, pasionales, que comprometan al cuerpo con la suficiente intensidad como para sentirlo vivo. Las cuales *“en su desesperación da lugar a cosas locas, sea mediante actings, situaciones de riesgo o incidencias diversas en el cuerpo: cortes, adicciones, anorexia, bulimia, etc.” (p. 25).*

En este sentido en pos de no limitar la experiencia melancólica en una definición estructural rígida, es que se optará por denominar fenómenos melancólicos a todas las fluctuaciones que emergen a luz de la clínica, tales como una alteración en la propia imagen e ideas de insignificancia, la dificultad de construir un relato, un desinterés por la realidad, la sustitución del deseo por la actividad, fenómenos de la manía, la identificación al gran relato de sufrimiento familiar, alteración de la dimensión amorosa etc. Es en esta línea, no se pretende resolver la pregunta por el estatuto de la melancolía sino dar cuenta de su riqueza de figuraciones clínicas y las problemáticas clínicas que podrían surgir en el tratamiento. Esto debido a que, ante la heterogeneidad de sus fluctuaciones y riesgos asociados ante posible gravedad del caso a caso, surge la pregunta por las dificultades clínicas que pueden surgir ante la clínica de las melancolías; dificultades transferenciales, respecto a la posición del analista y su neutralidad, entre otros impasses que podrían aparecer en el transcurso del tratamiento.

## Capítulo IV: Dificultades Clínicas en la clínica de la melancolía.

### *4.1 Dificultades en la investigación en psicoterapia.*

En primer lugar, en la investigación en psicoterapia ha predominado el querer mostrar la eficacia del dispositivo en sus distintas orientaciones epistemológicas, lo que se ha traducido en un predominio en la narración y la transmisión de resultados de procesos terapéuticos e intervenciones exitosas. Lo que tiene por consecuencia una menor prevalencia de relatos de dificultades, impasses clínicos o casos que medio marchan. No obstante, también un dato relevante para entender la menor prevalencia de relatos de dificultades clínica es lo reciente que es el estudio sistemático de las dificultades que inciden en un progreso de psicoterapéutico (Herrera et al., 2009).

Su estudio, a través de relatos de procesos psicoterapéuticos por parte de los participantes; pacientes y terapeutas, ha demostrado que existe una heterogeneidad teórica y metodológica en el entendimiento de las dificultades en psicoterapia, abarcando un amplio espectro de lo que podría consistir una dificultad. Este amplio espectro es dado por cómo se califica y desde que perspectiva de mira, ya sea por parte de algún participante: paciente y terapeuta, o de un observador externo que evalúa. En este sentido, se evidencia lo problemático que puede ser la tarea de estandarizar qué conforma un impasse clínico.

Herrera et al., (2009), mediante el análisis de relatos clínicos, propone los siguientes criterios para la conceptualización y estudio de dificultades de psicoterapia: 1. Variable cuya presencia se relaciona negativamente con el éxito de la terapia. 2. Fenómeno que se percibe como obstaculizando los procesos de cambio y mecanismos de acción de la terapia. Sin embargo, tales criterios abren otras interrogantes y ambigüedades, una no menor es qué sería un éxito terapéutico. En esta lógica, se desprende la necesidad de tener y explicitar una teoría de terapia y de cambio psicoterapéutico, que permita pensar qué sería un éxito o un impasse.

### ***Impasse psicoanalítico.***

En esta línea, en psicoanálisis se han estudiados las dificultades separándolas en distintas variables según la incidencia de los participantes del encuentro clínico. Por un lado, en relación al paciente, se ha hablado de resistencia (Freud, 1992/1926), respuesta terapéutica negativa (Etchegoyen, 1986), paciente difícil (Kottler, 1992). Por otro lado, con respecto al analista, Lacan en *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis* (2009) ubica la resistencia del lado del analista. Asimismo, de errores técnicos del analista (Rank & Ferenczi, 2005). Por último, también otros autores (Etchegoyen, 1986; Gabbard, 2008) han puesto énfasis en los aspectos relacionales en la incidencia de obstáculos de los tratamientos (ruptura del encuadre, alianza y desencuentros), por sobre la participación individual de cada participante del encuentro clínico. Esto debido a la consideración de espacio transferencial como “una matriz bipersonal donde la psicopatología del paciente y la contratransferencia están inextricablemente unidas entre sí” (Gabbard, 2008, p. 67).

En este sentido, se constata que, en el campo psicoanalítico, no hay una significación unívoca de lo que consistiría un *impasse clínico*, que en lengua francesa señala un *callejón sin salida* (Etchegoyen, 1988). Ya en la investigación de Freud (1991/1912) advierte de entrada que la transferencia, como elemento necesario para todo análisis, conforma fuente de obstáculos, resistencias y dificultades para el curso del tratamiento. Esto debido a que la resistencia de la transferencia implica el cierre del inconsciente. Para Freud un obstáculo clínico y en su lenguaje, una resistencia ante el tratamiento debe ser investigada para ser levantada y sacar conclusiones de la lógica del caso clínico. Lo que permite concluir el valor clínico de esta. En este primer momento, las resistencias se encontraban de lado del *Yo* analizante, que se resistía el devenir consciente de lo inconsciente, haciendo obstáculo a la asociación libre. En otras palabras, el inconsciente no ofrece resistencia alguna a los esfuerzos de la cura en este momento de su pensamiento.

Posteriormente, Freud comienza a dar cuerpo a un inconsciente más resistente, en Más allá del principio de realidad (Freud, 1992/1920) plantea la compulsión a la repetición marca un límite para la rememoración y anticipa el terreno de lo que no puede ser dicho. Luego, en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (Freud, 1992/1926) la compulsión de repetición es considerada como una resistencia del *Ello*, en tanto todo lo reprimido es inconsciente pero

no todo lo inconsciente es reprimido, establece una resistencia que se podría pensar ante el acceso de lo reprimido y otra resistencia más allá de lo reprimido. Finalmente, otra referencia significativa para dilucidar el impasse freudiano es *Análisis terminable e interminable* (Freud, 2009/1937) plantea como último obstáculo *la roca viva de la castración* como límite a la interpretación, la cual da cuenta de un factor económico de la intensidad pulsional como obstáculo y punto de inercia del paciente.

En Lacan también se puede evidenciar distintas lecturas respecto a la resistencia, por un lado, se puede pensar de lado del discurso yoico y ligado al registro imaginario, en oposición al registro de lo simbólico. Que se puede pensar en la oposición entre la palabra plena, en la cual el inconsciente emerge como efecto, y la palabra vacía (Lacan, 2009).

En el seminario XI, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis (Lacan, 2008), retoma la idea freudiana de la transferencia como obstáculo, planteando el inconsciente en términos de apertura y cierre, es decir, el inconsciente como una emergencia temporal. De la cual el cierre es efecto de lo engañoso del amor de transferencia. Piensa la transferencia no como algo real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos.

Luego, piensa la resistencia ubicándola del lado del analista y en las pasiones en las que puede caer (Lacan, 2009) Principalmente, actuar la contratransferencia, la que define como *“la suma de los prejuicios, de las pasiones, de las dificultades, incluso de la insuficiente información del analista en determinado momento del proceso dialéctico”* (Lacan, 2002, p.218). En esta línea, la transferencia cobra el valor clínico de brújula del analista:

*“La transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista, el mismo valor para volvernos a llamar al orden de nuestro papel: un no actuar positivo con vistas a la orto dramatización de la subjetividad del paciente”* (Lacan, 2002, p. 220).

Por consiguiente, se evidencia que, para la comprensión e investigación de dificultades clínicas en tratamientos psicoanalíticos, una coordenada a relevante a considerar

es el análisis de la transferencia. Esto debido a que la transferencia da cuenta de un momento de estancamiento de la dialéctica analítica e interpela al analista para volver a lanzar el proceso.

En este sentido, cabe la pregunta por las particularidades transferenciales que podrían surgir en la clínica de la melancolía y con ello, qué tipos de impasse podrían surgir y sus respectivas resoluciones. Asimismo, si esta revela desafíos propios para la práctica psicoanalítica.

Freud (1992/1905) en *Sobre psicoterapia* propone ciertos límites de lo analizable, en los que descarta la posibilidad de incorporar en un tratamiento psicoanalítico tanto a la vejez, las demencias, personas que no poseen ciertos grados de cultura, como también las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda, debido a una ausencia en la disposición *para la transferencia* (Lacan, 1981). En esta lógica, la melancolía podría ser no analizable tanto al ser tomada como una psicosis o como un estado de desazón profunda, por su dificultad transferencial.

La disposición para la transferencia, para Lacan (1981) consiste en la condición del sujeto al comprometerse en la búsqueda de la verdad como también la posición de confesarse en las palabras y buscar su verdad hasta su extremo, en el analista. Esta disposición podría estar trastocada y presentar dificultades en el análisis de sujetos con conductas narcisistas. Freud en *Recordar, Repetir e Elaborar* (Freud, 1991/1914) da cuenta del enfermar ante una frustración que impide amar. En las psiconeurosis narcisistas la dimensión de lo amoroso se encuentra alterada, lo que permite cuestionar el tipo de suposición al Otro que puede emerger en un encuentro clínico y por los arreglos posibles para lograr una disposición transferencial. En esta línea, puede conformar una dificultad, en el tratamiento clínico, la dimensión de amorosa del sujeto melancólico, ya que para este puede ser intolerable el amor de transferencia por la condición de desamor sufrida (Abraham, 1929). Este supuesto desamor padecido puede ser repetido en sus relaciones.

En este sentido, los distintos abordajes clínicos de la melancolía si bien dependerían del lugar epistemológico y/o estructural con el cual el terapeuta se ubicaría para la comprensión del caso clínico, se puede señalar que, tanto en la comprensión de la melancolía como una psicosis, como la tesis de pensarla como una psiconeurosis narcisista, pueden

converger en coordenadas en común, respecto de la comprensión del proceso melancólico y su cura.

Finalmente, un elemento interesante es que en el estudio de casos clínicos en psicoanálisis prevalece las narraciones y construcciones de los analistas (Chiriaco en Miller, 2015; Minaudo, 2014; Salem, 2016; San Martín, 1993), por lo que introducir las voces de los analizantes permitiría un mayor entendimiento y novedad respecto a los impasses clínicos.

En consecuencia, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias y dificultades de tratamientos de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos?



## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Comprender la experiencia terapéutica y las dificultades de procesos analíticos de pacientes que presentaron *fenómenos melancólicos*, desde las perspectivas del paciente y del terapeuta.

### Objetivos específicos:

- 1) Describir el proceso de entrevistas iniciales del tratamiento de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos.
- 2) Identificar indicadores transferenciales del desarrollo del tratamiento de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos, en los relatos de pacientes y respectivos terapeutas.
- 3) Analizar los momentos significativos de los tratamientos de paciente que presentaron fenómenos melancólicos.
- 4) Identificar dificultades clínicas de los tratamientos de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos.
- 5) Identificar estrategias de resolución de los momentos complejos y/o dificultades de los tratamientos de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos, en los relatos de pacientes y respectivos terapeutas.
- 6) Caracterizar el proceso de finalización del tratamiento con pacientes que presentaron fenómenos melancólicos.
- 7) Establecer convergencias y divergencias entre las experiencias subjetiva de la psicoterapia, de los relatos de terapeutas y pacientes respectivos.

## METODOLOGÍA

### **Diseño de la investigación.**

La investigación se realizó a través de una metodología cualitativa con un diseño de estudio de caso múltiple, que permite al investigador estudiar más de un sujeto, ambiente y/o otras fuentes de datos (Bogdan y Biklen, 2003). En el cual, el investigador se convierte en el instrumento primario para la recolección de datos y el análisis, mediante la construcción de un relato descriptivo e interpretativo como producto final.

El diseño de casos múltiples no es una investigación basada en muestra representativas, sino que busca entender cada caso en sí mismo, de forma recopilar lo que cada caso tenga que comunicar con la intención de estudiar el fenómeno que exhiben cada uno (Stake, 1999). Posteriormente, se examinan los puntos de divergencias y convergencia de cada caso estudiado.

Por consiguiente, este diseño se ajusta al objetivo de investigar casos clínicos que reflejen, en pos del objetivo de la investigación, la experiencia de tratamiento psicoanalítico y dificultades clínicas, de pacientes que manifestaron fenómenos melancólicos, desde la perspectiva de los pacientes y terapeutas. En esta línea, el diseño de investigación supone el trabajo de construcción del investigador de los relatos de los casos clínicos a través de unir las narraciones de la experiencia clínica de los terapeutas y pacientes, sus distintas voces y observaciones, rescatando una dimensión temporal del encuentro clínico y la visión panorámica de este.

### **Selección de los participantes.**

Se utilizó como estrategia de muestreo el método de *bola de nieve*. La selección de la muestra para el estudio de los casos fue intencionada a través de la red de profesionales en psicología de la investigadora responsable. Se utilizó el juicio clínico de los participantes terapeutas como estrategia de muestreo, la cual organizó la comprensión e identificación de

los potenciales pacientes a entrevistar y, asimismo, el labor de facilitar la identificación de otros terapeutas potenciales en la población.

El tamaño de muestra consistió en 3 díadas paciente- terapeuta, conformados por dos psicólogas y un psicólogo, con formación psicoanalítica y entre 30 a 45 años de edad. Junto a sus respectivos pacientes, tres mujeres adultas entre 25 a 40 años de edad, que en base al juicio clínico de los terapeutas cumplían el requisito de haber manifestado fenómenos melancólicos y ser casos finalizados. Los casos fueron atendidos en contextos de consulta particular y/o instituciones privadas de salud mental de Santiago de Chile.

Los criterios de inclusión que se aplicaron para la selección de los participantes en la investigación fueron los siguientes:

*Criterios de inclusión Terapeutas:*

1.1 Terapeutas con formación psicoanalítica: estudios universitarios de postgrado o asociados a instituciones psicoanalíticas, con 3 años de experiencia clínica y 3 años de supervisión clínica.

1.2 Contar con material clínico de un proceso finalizado, ya sea por alta del terapeuta, cierre consensuado por ambas partes o abandono del tratamiento por parte del paciente, de mínimo 8 sesiones con pacientes que presentaron fenómenos melancólicos en base al juicio clínico del terapeuta. Estos tales como una alteración en la propia imagen e ideas de insignificancia, la dificultad de construir un relato, un desinterés por la realidad, sustitución del deseo por la actividad, identificación al gran relato de sufrimiento familiar, alteración de la dimensión amorosa etc.

1.3 La identificación de los fenómenos melancólicos fue presentada y verificada en un espacio de supervisión.

1.4 El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en contexto de la consulta particular del terapeuta o en un contexto de instituciones privadas.

*Criterios de inclusión Pacientes:*

- 1.1 Pacientes adultos, de 18 años a 59 años, que vivan en la Región Metropolitana.
- 1.2 Pacientes que presentaron fenómenos melancólicos en base al juicio clínico del terapeuta. Estos tales como una alteración en la propia imagen e ideas de insignificancia, la dificultad de construir relato, un desinterés por la realidad, sustitución del deseo por la actividad, identificación al gran relato de sufrimiento familiar, alteración de la dimensión amorosa etc.
- 1.3 Pacientes que han estado en un tratamiento psicoanalítico finalizado, ya sea por alta del terapeuta, cierre consensuado por ambas partes o abandono del tratamiento por parte del paciente, de mínimo 8 sesiones. Mínimo que conforma el promedio de continuidad de tratamiento psicológico en la población chilena (De la Parra, Errázuriz & Gómez- Barris, 2019).
- 1.4 Pacientes que en su actualidad no se encuentren en un estado de gravedad (no presencia de ideación suicida o un nivel de angustia significativa). Estado que se evaluará a partir de juicio clínico del investigador responsable y reporte del terapeuta respectivo.
- 1.5 Al menos dos mujeres y dos hombres como criterio de género para la variabilidad de la muestra. Este criterio no se pudo cumplir debido a la dificultad de encontrar población masculina que cumpliera los requisitos de la investigación. Sumado a la dificultad de encontrar población de terapeutas interesada en participar en una investigación que involucre entrevistar a sus pacientes por diversas aprensiones. Este último punto será retomado en el apartado de las conclusiones.
- 1.6 El proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en contexto de la consulta particular del terapeuta o en un contexto de instituciones privadas.

**Tabla I; Características de los participantes.**

	Diada 1		Diada 2		Diada 3	
	Paciente	Terapeuta	Paciente	Terapeuta	Paciente	Terapeuta
Género	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Contexto de atención	Centro psicológico particular		Consulta profesional particular		ONG	
Duración del tratamiento	6 meses aproximadamente		>1 año		6 meses aproximadamente	
Región	Metropolitana		Metropolitana		Metropolitana	
Orientación teórica	Psicoanalítica y formación en el pensamiento de André Green.		Psicoanalítica		Psicoanalítica	
Finalización del tratamiento	Cierre por no continuidad laboral del terapeuta.		Deserción del paciente.		Deserción del paciente.	

**Consideraciones éticas.**

La investigación se realizó en encuadre con la Ley N° 20.584, ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (Ministerio de Salud). Para resguardar los derechos de los participantes se aseguró la confidencialidad con la información proporcionada tanto por sus terapeutas tratantes y las que los pacientes proporcionaron. Es por ello, que toda la información y audios producidos en los procesos de entrevistas online fueron considerados como datos sensibles y, por tanto, se resguardo la protección de la vida privada de los participantes. Para el manejo de los datos y para prevenir el riesgo de identificación y/o revelación de identidad de los participantes, se realizó un procedimiento de anonimización de datos personales de los participantes tales como cambios de nombres y se omitió en los relatos de los casos clínicos cualquier

información que pudiese identificar a los participantes. Asimismo, se eliminaron las grabaciones audio visuales de las entrevistas posteriormente a la finalización del proceso de transcripción de la investigación. Las cuales previo al término del proceso de transcripción se encontraban almacenadas en la computadora de la investigadora bajo contraseña. Las transcripciones de las entrevistas se encuentran guardadas en la computadora de la investigadora responsable en una carpeta digital con contraseña, de conocimiento solo por la investigadora responsable. Las transcripciones tendrán un tiempo de resguardo de 10 años durante el cual, en caso de ser solicitado el uso de datos para investigaciones con objetivos distintos a los informados en este estudio, se volverá a solicitar a los participantes su autorización.

Por otra parte, para el resguardo de la confidencialidad con el material producido durante las entrevistas, se les informó a los participantes en el consentimiento informado que la investigadora responsable mantendrá total confidencialidad con la información entregada y que no tendrán acceso a la información directa de su díaada respectiva, sino que podrán acceder a los resultados finales de la investigación mediante una devolución de su participación a través de un informe ejecutivo.

Para la díaada cuyo proceso psicológico se realizó en contexto de una institución privada u ONG, previamente al contacto con los participantes (terapeutas y posteriormente, sus respectivos pacientes), la investigadora responsable se contactó con la institución para la entrega de una Carta de invitación a la investigación junto con un anexo de autorización institucional.

Se aseguró la autonomía de los participantes antes que se involucren en la investigación (Harper & Thompson, 2012). Mediante la explicación clara de la investigación, sus objetivos, destino de la información, almacenaje de los datos, su autonomía en su participación y conciencia de que se pueden retirar de la investigación, mediante una explicación verbal y por medio de un consentimiento informado. Resguardando la ley N°20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, que estipula que toda investigación debe contar con un consentimiento previo, expreso, libre e informado. Al ser una investigación con datos sensibles, se facilitó el consentimiento procesal, que consiste en que los participantes puedan dar su consentimiento de manera continua en las distintas etapas de

la investigación, asegurando la toma de decisión y autonomía de los participantes. Se les señaló a los participantes que podían pedir pausar la entrevista, interrumpir la grabación de audio, decidir por no uso de extractos de la entrevista que estime conveniente y retirarse de la investigación si lo desean.

Para prevenir el riesgo de que la entrevista pueda provocar la vivencia de invasión a la privacidad, se explicitó a los participantes que pueden no responder a las preguntas que determinen invasivas. Asimismo, se explicitó el riesgo emocional que podría provocar la investigación al tratarse temas sensibles (Declaración de Helsinki,1993). D' Espíndula & França (2016) advierten que las entrevistas en investigación no son inofensivas ya que siempre tiene el riesgo de afectar la subjetividad de los participantes. En esta línea, se informó de los objetivos de la investigación de forma clara y se evitará la solicitud de información sensible tales como nombres y datos personales (RUT, direcciones, etc.). Se les preguntó a los participantes al finalizar las entrevistas: *¿Cómo ha sido para usted participar en esta investigación?* Esta pregunta con el objetivo de pesquisar el afecto subjetivo o impacto de la entrevista.

Por otra parte, para asegurar el criterio de no maleficencia de la investigación, se facilitó medidas de reparación a los participantes, tales como asegurar redes de apoyo psicológico (Declaración de Helsinki, 1993). Para ello, ante el riesgo de una desestabilización emocional, se armó un **Protocolo de prevención y contención en caso de desestabilización emocional y/o detección de riesgo, en el cual** la investigadora responsable, que cuenta con formación en psicología clínica, haría uso de su juicio clínico de ser requerido para pesquisar momentos de estrés subjetivo de los participantes, y de ser necesario se hubiese aplicado primeros auxilios psicológicos. También, en el caso que hubiese sido necesario y con el consentimiento de él/elle/la participante que lo requiera, se armó un protocolo de derivación asistida con la ONG Tempora para un apoyo psicológico de largo aliento a un costo diferenciado según la capacidad de pago de él/elle/la participante (Ver Anexo **Protocolo de derivación asistida**).

Se les pidió en el consentimiento informado de los participantes pacientes, que dieran un contacto de emergencia ante el riesgo de una desestabilización emocional mayor y/o

riesgo suicida activo. Ante un eventual riesgo vital, la investigadora responsable hubiese roto la confidencialidad para contactarse y activar las redes de apoyo de él/elle/ la participante.

Para evitar el riesgo de contagio de COVID-19 para los participantes, las entrevistas se realizaron vía remota por la plataforma ZOOM, a la cual accedían con contraseña para resguardar privacidad. Es por motivo de la plataforma escogida, que se grabó audiovisualmente y no solo vía audio, debido a que Zoom solo tiene la opción de grabación audiovisual. Se les recomendó oralmente y en el consentimiento informado que puedan conectarse a la entrevista en un espacio que sea de comodidad y privacidad para ellos. Se les explicitó también que de no encontrarse en un lugar cómodo o de surgir un imprevisto, pueden contactarse con la investigadora responsable para coordinar otra fecha y hora para realizar la entrevista. Dada la complejidad, por la situación sanitaria, para acceder a documentos en papel, se compartió pantalla y se leyó en conjunto el consentimiento informado a los participantes al comienzo de la video llamada. De dar el consentimiento, se les solicitó a los participantes responder por la plataforma Google Forms su aceptación y consentimiento para participar de la investigación. Una vez dado su consentimiento se comenzó a grabar audiovisualmente. Se les envió vía mail copia del consentimiento informado a los participantes. De no aceptar, se les daba las gracias por su escucha y participación ofrecida, y se daba por concluida la video llamada.

Para prevenir riesgo de estigmatización no se hablará de diagnósticos durante las entrevistas de los participantes pacientes y se traducirá para los participantes pacientes, para una comunicación menos técnica y comprensible, el nombre del proyecto a *Experiencias terapéuticas y dificultades de tratamientos psicoanalítico de pacientes que presentaron síntomas depresivos, desde la perspectiva del paciente y terapeuta*. Lo anterior, en pos de facilitar un lenguaje más comprensible y ameno.

Se pretendió que la investigación no hubiese constituido mayores riesgos o daños para los participantes, por lo que se sometió a constante reflexión a través de un diario reflexivo y supervisión con guía de tesis, para la resolución de dilemas éticos y examen de principios éticos no examinados. Asimismo, el proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.



Se esperó que la investigación pudiese tener el beneficio para los participantes pacientes, por un lado, que presupone un diseño narrativo de investigación en psicoterapia, que consiste en la posibilidad de generar un espacio de conversación y desahogo. También, permitir un espacio de elaboración ante las posibles dificultades experimentadas en el proceso de psicoterapia, que le pueda facilitar a los participantes la posibilidad de pedir apoyo psicológico nuevamente e iniciar otro proceso en un futuro con menores aprensiones. Por otro lado, se espera que, para los participantes terapeutas, que la investigación pueda tener el beneficio de profundizar sus conocimientos sobre la clínica de la melancolía y las dificultades en psicoterapia, siendo una instancia formativa y de reactualización de conocimientos. Por último, respecto a la participación de centros psicológicos privados, se espera que la devolución mediante un informe ejecutivo con los resultados de la investigación sea un aporte en conocimientos y una referencia de lectura para la práctica clínica de los terapeutas miembros de la institución y sus espacios de formación teórico-clínicos.

#### **Procedimiento de contacto con los participantes.**

En primer lugar, se contactó vía telefónica o mail a los terapeutas potenciales a entrevistar, se les entregó y/o leyó una carta de invitación para la participación en la investigación. Una vez manifestado su interés, se les invitó a que contactaran a sus pacientes potenciales para preguntarles si se encuentran interesados en ser contactados por la investigadora responsable para participar en este estudio, a través de la siguiente consigna:

*“La psicóloga Javiera Mena está haciendo un estudio sobre las experiencias de la psicoterapia. Su estudio consiste en entrevistar a pacientes que hayan recibido psicoterapia por dificultades parecidas a las que tú tenías cuando comenzaste tu tratamiento, para conocer cómo fue tu experiencia de tratamiento. ¿Te gustaría participar? Tu posible participación es totalmente voluntaria. Si estás de acuerdo en participar, le entregaré a Javiera tu teléfono o correo electrónico de contacto, como sea más cómodo para ti. Ella te llamará para contarte toda la información que necesites saber sobre el estudio, antes de confirmar tu participación”.*

Para tal contacto e invitación de los pacientes potenciales, se les entregó a los terapeutas potenciales una carta de invitación para la participación a la investigación para sus pacientes, junto con un anexo de consentimiento de entrega de información de contacto y

datos de la investigadora responsable, en caso de que los pacientes se encuentren interesados en participar o saber mayor información de la investigación.

Una vez que los pacientes potenciales aceptaron a ser contactados, la investigadora responsable se comunicó vía telefónica o mail (según el contacto otorgado) con los pacientes para invitarlos a la participación de la investigación y se les otorgó información, contenida en el consentimiento informado, respecto de su posible participación en la investigación y así facilitar su toma de decisión de participar o no. **Se respetó el consentimiento de los pacientes como primera instancia para prosecución de las entrevistas de las díadas.** Y una vez que ambos, pacientes y terapeutas, se encontraban interesados en participar, se procedió a coordinar las entrevistas virtuales y posteriormente, su realización.

### **Estrategias de producción de la información.**

Se realizó como técnica de construcción de datos la realización de entrevistas individuales a los terapeutas y sus respectivos pacientes, de un máximo de duración de una hora y media. Las entrevistas comenzaron con una consigna narrativa, para facilitar la narración de los participantes respecto de su experiencia de tratamiento y posteriormente, se realizó preguntas con un diseño semiestructurado, para indagar vacíos de contenidos según los objetivos de la investigación. Las preguntas se estructuraron según ejes temáticos según momentos del tratamiento: inicio del tratamiento, desarrollo y finalización de este. Junto a preguntas para profundizar respecto a los momentos significativos y complejos del tratamiento.

La investigadora responsable y entrevistadora, les dio la siguiente consigna para comenzar las entrevistas: *“Cuénteme sobre su experiencia en el tratamiento psicológico con (nombre del/elle/ de la terapeuta con quien se atendió/ nombre del paciente). Quiero recoger sus impresiones más espontáneas sobre su experiencia del tratamiento, cuéntemelo a modo de una historia, el comienzo, desarrollo y término de este”*.

Por la contingencia sanitaria COVID-19, se realizaron a través la plataforma Zoom, para evitar el riesgo de contagio de los participantes.

Las entrevistas fueron grabadas audiovisualmente para facilitar la tarea de transcripción y posteriormente, las grabaciones fueron eliminadas para prevenir el riesgo de develación de identidad de los participantes.

### **Estrategias de análisis de la información.**

Se utilizó como estrategia principal de análisis de la información, siguiendo los procedimientos de Stake (1999), la interpretación directa para el análisis de cada entrevista y un análisis de suma categórica e interpretación directa para establecer divergencias y convergencias en el análisis inter-caso. Este procedimiento el análisis del investigador de describir relaciones, la selección del material, sus observaciones y la intención de la historia que relatará (Stake, 1999). En esta línea, a partir del análisis de interpretación directa, se construyó relatos de casos clínicos, reuniendo la perspectiva de los pacientes y sus respectivos terapeutas, desde la visión panorámica de la investigadora.

Posteriormente, se estableció tres categorías temáticas para la discusión de los resultados inter-casos, considerando los puntos de encuentro y desencuentro de cada caso clínico respecto a el fenómeno estudiado.

Los relatos fueron contruidos a partir de las selecciones de la investigadora del material, pero se contempló el ofrecer datos en bruto, tales como viñetas de las entrevistas, para que los lectores puedan considerar sus propias interpretaciones.

Asimismo, la investigadora junto con el profesor guía de la investigación se reunieron para el análisis en conjunto de los relatos y permitir una triangulación reflexiva del contenido, de forma de facilitar interpretaciones alternativas.

## RESULTADOS.

A continuación, se presentarán los relatos de tres casos clínicos. Se trata de textos que buscan restituir el desarrollo cronológico de los procesos analíticos, contemplando su inicio, desarrollo y finalización de estos. Los relatos reúnen la perspectiva y voces de tanto los terapeutas como los pacientes en la narración, como, asimismo, la interpretación y análisis de la investigadora responsable.

Los nombres, lugares y otras informaciones personales que pudiesen revelar la identidad de los participantes fueron cambiadas para asegurar y respetar la confidencialidad y mantener anonimato (ver apartado de consideraciones éticas, p. 70-74).

### 5.1 Caso I: No quiero ser mi madre.

#### Los primeros encuentros.

El primer caso descrito reúne, por un lado, una entrevista con Alejandro, psicólogo de mediana edad con formación psicoanalítica y marcada preferencia por la teoría de André Green y, por otro lado, una entrevista a su paciente Carolina, una actriz también de mediana edad. Ambas entrevistas comenzaron con la consigna de que pudiesen narrar su experiencia de tratamiento a modo de una historia. La entrevista con Carolina fue en particular una entrevista compleja debido a su dificultad en recordar y dar un ordenamiento temporal a su experiencia de tratamiento; *“más que el relato o del proceso, tengo una especie de nebulosa”* (Entrevista Carolina, párrafo 9).

El tratamiento se contextualiza en un centro privado de salud mental. En ese momento se encontraba en vigencia las cuarentenas por COVID, por lo que solo pudieron verse de forma online durante la totalidad de sus encuentros. Carolina ya tenía experiencias previas con tratamientos psicológicos, debido a que desde muy joven se ha sentido *depresiva*, al punto de gravedad de tener pensamientos suicidas a lo largo de su vida. La consulta con Alejandro no fue la excepción a tal urgencia, ya que lo que buscaba ella del espacio era tener un salvavidas: *“lo que buscaba era no concretar el suicidio, es que es súper cortito el camino entre tener la idea y ahí ejecutarlo, era un salvavidas”* (Entrevista Carolina, párrafo 31).

De sus experiencias previas de tratamiento solo recuerda a una psicóloga cognitivo conductual que era bien comprensiva pero no lograba hacerla reflexionar sobre su pasado. Además, previo a su estudio de teatro, estudió un par de años psicología por lo que es cercana a los discursos psicológicos, y particular sentía un interés por el psicoanálisis. Lo que le permitió, transferencialmente, enganchar con mayor facilidad con Alejandro. La siguiente cita ilustra aquello:

*“mi pasado me pasa mucho entonces siento que con el enfoque psicoanalítico no me siento obligada a la expectativa del terapeuta de que me sane rápido. Hay un respeto por el tiempo dentro del tiempo de recuperación”* (Entrevista Carolina, párrafo 31).

Sin embargo, el factor que influyó aún más para su entrada del tratamiento fue el género del terapeuta:

*“Me interesó tomar este acompañamiento con Alejandro porque era hombre y habitualmente había tomado terapia con mujeres... bueno por mi padre... vengo de una familia de muchas mujeres; tías, primas, pero muy pocos hombres y los pocos hombres...vengo de una familia bastante desgraciada entonces encontraba interesante que existiera la posibilidad de tener este acompañamiento con él”* (Entrevista Carolina, párrafo 7).

Los hombres en su historia han tenido un rasgo en común que es el abandono: su padre es una ausencia en su relato, al igual que el padre de su hija y parejas amorosas que la han dejado en contexto de infidelidad. Coordinada interesante para pensar los riesgos transferenciales, que podrían estar en juego en el caso ya que, con Alejandro, logra encontrar algo novedoso:

*“él tenía un semblante masculino distinto, más formal... las terapeutas dan más reacciones, y Alejandro tenía las emociones más controladas, lo que me llevaba a la reflexión porque me contagiaba esa templanza”* (Entrevista Carolina, párrafo 65).

Las reminiscencias de ese pasado que le pasaba venía acompañada de una sensación de abismo. Abismo que significaba para ella estar conectada con la desesperanza y al parecer **un duelo imposible sobre su pasado:**

*“tengo un pseudo parámetro interno que ya cuando el pasado me empieza a pesar mucho, que me empieza a dar demasiada pena... me deprimó, ando medio rara, son momentos en que no puedo vivir más mi presente que mi pasado... momentos de abismo donde se me vuelven a abrir heridas, suturar y arder, el presente pierde sentido y viene esa desesperanza de que nada va a cambiar”* (Entrevista Carolina, párrafo 35).

Del lado del terapeuta, la primera vez que Alejandro ve a Carolina, percibe de entrada su ánimo deprimido e inclusive cierto aplanamiento emocional. Ánimo que ella se lo explicaba por la contingencia y como estaba afectando su economía, ya que no podía trabajar como actriz por lo que se estaba sustentando a través de dar clases de pilates. No obstante, en el transcurso de la primera sesión el analista pesquisa otros malestares que estaban incidiendo en su ánimo: el rompimiento de una relación amorosa y una preocupación por su hija que, en particular, consistía en el miedo de llegar a ser agresiva con su hija:

*“En cuanto a lo transgeneracional del caso, es que para su linaje es muy difícil ser hija. Es un lugar en el cual se juzga mucho el deseo y bueno ser madre se actúa un lugar de agresividad”* (Entrevista Alejandro, párrafo 20).

A temprana edad de Carolina, su madre comenzó a transmitirle sin algún velo, que su nacimiento fue producto de una relación fortuita y que su maternidad, por tanto, no fue deseada. Al punto de querer recordárselo con cierta insistencia sádica: *“Yo te voy a recordar que fue un error que hayas nacido”* (Entrevista Alejandro, párrafo 10).

En este punto, emerge lo femenino como una coordenada importante en el caso, en lo que Carolina nominaba por “*crisis de los cuarenta años*” (Entrevista Alejandro, párrafo 10), Alejandro leía el malestar de sentirse fracasada como mujer, lectura de la cual se servía a partir de juicios hacia su propia feminidad, de no sentirse atractiva, de no sentirse capaz, inútil. Reproches que el análisis revela su similitud con los reproches y significantes maternos hacia ella. Lo que permite a Alejandro pensar el caso bajo “*un perfil melancolizado*” (Entrevista Alejandro, párrafo 16).

Para el analista fue llamativo el cómo Carolina narraba el rompimiento de su relación amorosa, a quien ella nominaba como su “*compañero de vida*” (Entrevista Carolina, párrafo 9). Su término fue a raíz de que él, profesor secundario, abusara sexualmente a una alumna, hecho que Carolina más que reprochar el acto, lo que destacaba como fuente de su sufrimiento era que su expareja “*se había fijado en una mujer más joven*” (Entrevista Alejandro, párrafo 28). Lo que la volvía a dirigir hacia sus reproches contra si misma.

Para Carolina era más fácil dirigir la queja hacia si misma, que a otros. Si existía un fallo ella era la responsable y culpable de aquello. Dimensión que se podría señalar que fue actuada en transferencia, ella era la responsable de aquello que no funcionaba en el tratamiento:

*“yo me bloqueaba. Él me hablaba y no podía procesar la información que me daba. Yo creo que era un bloqueo emocional... se me plastificaban las neuronas y no podía pensar en nada [...] pucha me estoy perdiendo momentos de las sesiones y no entiendo nada [...] no eran silencios incómodos, más que yo no podía trabajar”* (Entrevista Carolina, párrafo 65-67).

Incluso emerge una dimensión más idealizada del analista, que era visto como un templo: “*cercano y reflexivo, cierta templanza en el carácter que a mi me calmaba mucho, me contagiaba esa calma, era como un templo*” (Entrevista Carolina, párrafo 39).

Asimismo, el malestar con lo femenino se desplazaba en su rol de madre de una hija adolescente y su propia relación como hija: “*de una madre que sorprende, en su relato, bien depresiva pero también agresiva*” (Entrevista Alejandro, párrafo 10). Agresión que era ejercida psicológicamente como, también, físicamente. Lo que conlleva a que de niña

practicara el aguantar el dolor, auto agrediéndose debido a que también el expresar alimentaba la ira de su madre hacia ella: “¡No llores!”. Es en esta línea, que un temor que le perseguía de forma culposa es reproducir la maternidad sádica con su propia hija. Sentía que cargaba con un peso familiar: “*vengo de una familia de mucha depresión no tratada. Entonces, es un lastre... un lastre bien importante*” (Entrevista Carolina, párrafo 19). Y que, por continuidad, el miedo al destino de dejar un lastre a su hija: “*no me da miedo morir me da miedo suicidarme por todas las secuelas que quedan para todos, el lastre que le dejaría a mi hija*” (Entrevista Carolina, párrafo 99).

### **Del desorden al amor de transferencia.**

En una discusión con su hija, que culmina con Carolina echándola de la casa, gritándole “*¡no te quiero ver más!*”, escena en la que aparece la repetición inconsciente de aquella madre agresiva, se desata un sufrimiento insoportable para Carolina:

*“Empecé a sentirme inútil, que no le sirvo para nada a mi hija, [...] entonces me pregunte bueno si ya no me necesita ya me puedo morir. No tengo ninguna responsabilidad para seguir viviendo”* (Entrevista Carolina, párrafo 59).

Esa vivencia de pérdida de sentido de su vida, la llevó a fantasear con “*desordenarse con las pastillas,*” (Entrevista, párrafo 19) de su tratamiento psiquiátrico, con el deseo que el aumento de su consumo tuviera una consecuencia letal; “*tenía ideas de querer morir, estaba empezando a masticar la idea de querer morirme*” (Entrevista Carolina, párrafo 25). Esta idea al ser escuchada por Alejandro, lo moviliza a aparecer más allá del encuadre de la sesión y le ofrece su disponibilidad, invitándola a llamarlo cuando sienta tal nivel de angustia.

Para Alejandro fue un movimiento de rescate que no fue tomado por Carolina, ya que nunca lo llamo fuera del espacio del encuadre: “*yo le señalaba que, si estaba muy grave, si su ideación estaba muy activa, me podía llamar. Sin embargo, ella no lo tomaba. Ella decía*



*que no le gustaba ser un cacho para nadie* “(Entrevista Alejandro, párrafo 52). No obstante, para Carolina fue un movimiento de mucha importancia:

*“Me dijo aquí tienes mi número, en caso de que algo pasará que lo llamaré ese fin de semana. Fue un gesto de mucha humanidad [...] más allá de toda la terapia, sentí que era un humano teniendo compasión por otro humano”* (Entrevista Carolina, párrafo 45- 49).

E inclusive fue el hito que, a pesar de su dificultad de recordar y narrar su experiencia de análisis, que no puede olvidar por lo significativo que fue: *“Si tuviese que marcar un hito sería esto que él estaba sosteniéndome. El agarrándome para que no me muera”* (Entrevista Carolina, párrafo 29).

Lo significativo de esa intervención tenía relación con la sensación de soledad de Carolina, en particular la soledad con la que ella sufría, ya que lo vivía en su intimidad para no sentirse *un lastre*:

*“contar estas cosas dan mucha vergüenza y si uno no se lo cuenta a un terapeuta es agobiar a otros [...] recuerdo que fue súper importante haber tenido la tranquilidad de tener a alguien a quien pudiese contar eso que me estaba pasando”* (Entrevista Carolina, párrafo 19).

Carolina se reservaba por la **ausencia de un receptor que pudiese tolerar su sufrimiento**: *“cosas que quiebran, que uno no puede estar contándola por la vida”* (Entrevista Carolina, párrafo 17). No contaba con alguien cercano que podría darle esa contención y disponibilidad que le ofreció Alejandro:

*“En ese sentido, me sentía acompañada, muy sola en la vida, pero en ese espacio bien acompañada [...] yo sabía que había una persona dispuesta y estable, para poder contenerme en su momento”* (Entrevista Carolina, párrafo 11-19).

Emerge la idea del analista como un único Otro, que posibilitó el establecimiento de la transferencia, pero a su vez abre el terreno a la pregunta qué pasa si acontece un fallo del analista.

Carolina sentía que las intervenciones de Alejandro “*eran amplificadoras de la realidad, ya que él hacía unas conexiones muy interesantes [...] Me abría la posibilidad de que las cosas no eran tan cerradas o irrevocables*” (Entrevista Carolina, párrafo 11 y 77). Efecto que fue consecuencia de la dirección de la cura que optó el analista para ayudarla a separarse de la imagen de su madre:

*“a ella le costaba distanciarse de los reproches de su mamá, se los planteaba como verdad absoluta. Entonces, las intervenciones apuntaban a que ella pudiese hacer esa distinción, [...] es que una cosa es el discurso de la madre, que perfectamente no tiene que ser el mismo de lo que ella pudiese enunciar como sujeto”* (Entrevista Alejandro, párrafo 40). *Frente a lo cual, una pregunta que constantemente le devolvía a Carolina era: “¿Se podrá vivir de otra manera, de una forma diferente a que le decía su madre?”* (Entrevista Alejandro, párrafo 40).

Una entrada para aquella separación con el destino de lo materno de su linaje fue que el analista pudo introducir que su miedo a ser agresiva con su hija revelaba que ella quería desenvolver un rol materno distinto al que su madre tuvo con ella; “*Eso tal vez la ayudaba a propiciar una distancia entre ella como madre con la experiencia que ella tuvo como hija de su madre*” (Entrevista Alejandro, párrafo 56).

### ***Momentos de histeroides.***

Posteriormente a este momento de urgencia y más bien melancolizado de Carolina, emerge otro momento para el analista respecto al tratamiento, que da cuenta de otras facetas de la posición subjetiva de ella. Alejandro comienza a evidenciar en su discurso un cambio: del auto reproche a la pregunta por el deseo del Otro, aunque sin perder su cualidad depresiva: *¿Por qué los hombres me rechazan?*

Comienza a salir con un hombre de una aplicación de citas, con el que tuvo una relación breve pero bastante pasional: *“lo interesante de eso, es que empezó a salir de ese momento más melancolizado y comenzó a salir a una faceta más histeoride, en la cual estaba movilizada por el amor del otro”* (Entrevista Alejandro, párrafo 22). Ella se quejaba de lo inmaduro y manipulador que era, también sentía que no llegó a conocerlo del todo, pero al mismo tiempo comenzó a sentirse más diva y dar brillo a su propia feminidad: *“había una queja sostenida al otro, en el ámbito de pareja, pero también era como una salida que ella encuentra, a modo de gestión en el otro”* (Entrevista Alejandro, párrafo 26). No obstante, en el momento en el que falla, vuelve a despertar los significantes maternos: inútil, fea, vieja, y con ello, un retorno a la una posición más melancolizada.

Por otra parte, aparecieron movimientos de actividad de Carolina en el transcurso del tratamiento; comienza cursos de pintura, acude a castings, lo que fue leído por el analista como dinámicas de deseo, que eran posibilitados por el hecho de tener un lugar en el Otro (pareja tormentosa, el mismo analista etc.). Este cambio subjetivo, le permitió al analista situar el caso como un sujeto de funcionamiento limítrofe como hipótesis comprensiva: *“la convivencia de un funcionamiento melancolizado con uno histérico”* (Entrevista Alejandro, párrafo 62). Por lo que, pensó como posición necesaria para el manejo del caso, el ser cuidadoso con enjuiciar:

*“fui muy cuidadoso de juzgar las relaciones con tipos que yo sentía que ella no tenía mucho lugar o que no querían algo serio, porque eran justo movimientos que la sacaban de la melancolía”* (Entrevista Alejandro, párrafo 68).

### **Dificultades, sus resoluciones y *un impasse inevitable*.**

Una pregunta constante del analista era la viabilidad del tratamiento, ya que se cuestionaba si realmente tenía un lugar en ella:

*“me preguntaba si era una paciente que podría estar en un tratamiento sostenido [...] era difícil leer el Otro en la primera etapa del tratamiento, pensando en esa lógica narcisista, que uno se preguntaba qué lugar tenía uno para ella”* (Entrevista Alejandro, párrafo 80).

Asimismo, otras preguntas que lo acompañaban, dada la gravedad del caso; “¿Podré construir un vínculo? O ella un día simplemente dejará la terapia y se matará, son casos que son bastante graves. Había momentos en que me daba la impresión de que tenía la decisión casi tomada” (Entrevista Alejandro, párrafo 82). Preguntas que estaban acertadas respecto al inicio del tratamiento, en el cual Carolina no lograba distinguir el tratamiento psiquiátrico del psicológico, en ese momento Alejandro no era un Otro distinguible para su subjetividad.

En esta línea, el analista decide, como estrategia tomar una aptitud más disponible para ella, aparecer más por fuera de la sesión, como aquel momento significativo para Carolina. Como también, no tomar una posición silente:

*“me daba la impresión de que yo de ser silencioso, en esos momentos no hago más que repetir algunas circunstancias que la llegaron a pensar que no es importante para el Otro. Es desinvertirla”*  
(Entrevista Alejandro Párrafo 108).

Aparece la idea de la labor del analista de construirse como un Otro distinto e interesado y con ello, otro tratamiento respecto a la demanda de amor del analizante melancolizado: “hubiese sido un gran riesgo no satisfacer esta demanda de amor porque sin eso, el paso lógico es que no hay lugar” (Entrevista Alejandro, párrafo 116).

Sin embargo, el amor de transferencia que surgió en el vínculo, de ser el analista un *único Otro*, al punto de llegar a cierta idealización del analista, introduce la pregunta por la decepción, el fallo, el impasse o simplemente la ausencia del analista en el caso: Alejandro debido a movilidad laboral, decide dejar de trabajar en el centro y pensó en transmitírselo a Carolina de forma cuidadosa y con una derivación asistida con su eventual nuevo terapeuta. Contemplaba que su salida podría conllevar a un riesgo: “en ese momento a mí me preocupaba que mi salida del centro hubiese sido vista como un rechazo” (Entrevista Alejandro, párrafo 44).

No obstante, conformaba una lectura inevitable para Carolina:

*“yo sentía que ya me había vinculado con Alejandro, me daba lata volver a vincularme con otra persona... yo le dije que sí pero no llame*

*de nuevo al centro... [...] La verdad es que no quería estar con otro”*  
(Entrevista Carolina, párrafo 51-53).

Sentía por lo menos que estaba mejor en comparación a como comenzó el tratamiento, y que eso le permitía aceptar el término del tratamiento, pero, a su vez, revela el sentirse dejada por su analista: “*No me sentía bien pero tampoco me sentía tan mal, como que iba a quedar en la mitad de la crisis [...] me muero si me dejaba en el momento de la crisis*” (Entrevista Carolina, párrafo 87). La dificultad de no ser un Otro que abandona no fue sorteada del todo por el analista y, pero que probablemente, conformaba cierto destino inevitable del caso a la hora de dar su término.

## **5.2 Caso II: En busca de grados de libertad.**

### **Inicio del tratamiento: *la desaparición.***

El siguiente caso narra la experiencia de tratamiento de casi dos años de Mariana, una joven adulta recién titulada de sociología y la de su terapeuta Josefa, psicóloga de orientación psicoanalítica. El tratamiento fue en contexto de la consulta particular de la analista.

Mariana no tenía experiencias previas de tratamientos anteriores, por lo que no tenía muy claro qué decir y qué en concreto encontraría en un espacio psicológico. Lo que sabía es que necesitaba desahogarse y de alguien que la escuchara.

En las primeras sesiones, el motivo de consulta que logra transmitir Mariana es que se sentía con un nivel de agotamiento importante y la sensación de pérdida del sentido de su vida: *“no tenía las ganas de seguir viviendo podríamos decirlo [...] los días era días básicamente”* (Entrevista Mariana, párrafo 4). Llevaba un año sintiéndose de ese modo, cuando decide consultar, una vez que contaba con los recursos económicos para atenderse.

No obstante, el tratamiento comienza con cierta dificultad transferencial, Mariana tras asistir a las primeras entrevistas preliminares, deja de asistir sin dar una justificación a la analista: *“fueron muy pocas sesiones, quizás dos o tres presenciales... y de ahí dejó de venir. No supe por qué, pero tampoco... uno no quiere ser catete, así que pensé bueno entonces no funcionó”* (Entrevista Josefa, párrafo 10). Sin embargo, a los meses Mariana vuelve a contactarse, justo al comienzo de la pandemia COVID-19, lo que significó que retomaran de forma remota. Su retorno dio pistas que esas entrevistas tuvo un lugar subjetivo para ella. Cuando vuelve, Josefa nota lo mal que estaba de ánimo en comparación al recuerdo que tenía de Mariana en las primeras sesiones, la observa sin energía, descuidada en cuanto su imagen y con pensamientos de querer dejar de vivir.

Mariana le explica que su ausencia fue debido a falta de ingresos para costearse la terapia. El abandono temporal del proceso dejó con la pregunta a Josefa sobre la viabilidad y perdurabilidad del trabajo analítico: *“cuando volvió pensé; qué bueno que vuelva, porque estaba muy mal, pero no sabía si iba a desaparecer de nuevo”* (Entrevista Josefa, párrafo 74). Cuestionamiento que también revela una pregunta por la posibilidad de crear un vínculo que le permita a Mariana sostener el tratamiento.

Sin embargo, un factor desconocido para su analista fue que en las primeras sesiones tuvieron un efecto excesivamente removedor para Mariana, ya que hablo de vivencias que nunca había hablado con nadie:

*“fui dos veces presencial a la consulta de Josefa y en la primera sesión, yo salí con mucha angustia, yo igual le conté varias cosas. Eh... lo primero que solté fue una situación de violencia, y recuerdo que salí muy angustiada de su sesión [...] hablé de cosas que nunca había hablado”*  
(Entrevista Mariana, párrafo 28).

### ***Una madre enloquecida.***

Cuando logra retomar, se le vuelve menos tormentoso el análisis debido a su formato online, ya que no se sentía tan expuesta. Sensación que sintió en las primeras sesiones: *“seguimos de manera remota, siento que de forma presencial uno se siente más expuesta que de manera remota. De forma remota te sientes de una forma más segura”* (Entrevista Mariana, párrafo 28).

Aquella situación que por primera vez estaba expresándola en palabras era respecto su relación con su madre, la cual estaba afectando significativamente su ánimo. Relación que era descrita por la analista como una relación tóxica y de maltrato: *“un maltrato bien fuerte, de la mamá hacia ella, bien exigente, muy castigadora [...] Ya a los 8 años, ella recordaba que le decía inútil”* (Entrevista Josefa, párrafo 10). Reproche que tomó mayor intensidad de parte de su madre, en el momento del egreso de la carrera universitaria de Mariana. Lo que significó que esos meses de búsqueda del primer empleo y sin trabajo, lo vivió con cierto tormento, ya que era leído por su madre como un fracaso. Idea que luego es aceptada por Mariana como una verdad: sentía que estaba fracasando. La siguiente cita ilustra el cómo su madre comenzó a incidir en su ánimo, al punto de llegar a una ideación suicida:

*“yo quería darme enero, pero mi vieja empezó “no, tienes que buscar pega, tienes que buscar pega”. Como que me empezó a presionar de que yo estaba en nada y que no quería tener una hija vaga en la casa. Entonces, empecé a buscar trabajo y no encontraba, me empecé a*

*desmoronar de a poco y a decaer [...] tuve todo un año esa sensación, al punto de pensar en matarme. Pero sí, lo pensé, igual es una opción. Siempre estaba esa dualidad, ya si fracaso onda me mato”* (Entrevista Mariana, párrafo 24 y 80).

Tal presión que ejercía su mamá comenzó a tener ribetes enloquecidos, al punto de hostigarla por otros medios:

*“El acoso que ejercía con los correos electrónicos, donde me decía que estaba fracasando, era brutal el número que me llegaba de correos diarios. Y claro, sentía que estaba fracasando. Y de ahí seguí cayendo y me metí por presión a trabajar en retail, que fue peor. Fue peor porque claro pensaba que no había estudiado para esto. Entonces, me sentía súper vulnerable, me sentía súper decaída, muy baja. Y ahí partió la situación que me despertaba y el día y la noche me daba lo mismo, los días eran días, no había más. Sentía que me amarraban a la cama”* (Entrevista Mariana, párrafo 24).

Uno de los precipitantes, de la decisión de Mariana de retomar la terapia fue que tal relación materna se volvió insostenible con la situación sanitaria, que dada la contingencia le resultó aún más difícil encontrar una oportunidad laboral en su rubro, lo que conllevó a mayor presión y crueldad de su madre: *“Le fue mal en una entrevista o porque no quedó. Entonces, ahí ese fue el punto en que estuvo más mal, le recalca mucho de que era inútil, ni siquiera puedes dar bien una entrevista, le decía cosas bien hirientes* (Entrevista Josefa, párrafo 60). Lo que conllevó a un empeoramiento de su ánimo, donde un factor no menos importante era el mismo encierro, que significaba estar toda la semana con su mamá: *“en la pandemia se encontraron el tener que vivir casi 24/7 juntas y eso fue bastante crítico para ella”* (Entrevista Josefa, párrafo 64). El control que su mamá ejercía en ella se desplazaba en síntomas corporales; dolores de estómago, jaquecas etc.



No obstante, a pesar de ser consciente del malestar que le generaba su relación con su mamá, Mariana normalizaba dicho control materno. Es la analista quien interviene primero cuestionando las situaciones hasta que finalmente interviene dando nombre a lo que estaba viviendo a modo de violencia:

*“ella hablaba estas situaciones con la mamá y era poca la conciencia o estaba muy normalizado todo. Entonces, le devolvía a modo de que se hiciera una pregunta <<uh y ¿eso te dijo tu mamá? ¿qué sentiste tú?>>. Le costaba mucho identificar qué era lo que sentía ella, también se complicaba porque era su mamá”* (Entrevista Josefa, párrafo 46).

La violencia que podía llegar su mamá se puede ilustrar en una escena en la que era el cumpleaños del padre de Mariana, a quien su madre le prohibió ver y se molestaba en demasía si asistía a su cumpleaños. No obstante, en esa oportunidad decidió asistir y su padre fue a buscarla en vehículo junto a su actual pareja. En el momento en que su madre lo ve y a su pareja, estalla en rabia. Al punto de salir de la casa con un cuchillo, amenazándolos a los tres. Cuando Mariana lo narró, la analista pesquiza cierta naturalidad de la escena, ligada al *“Bueno mi mamá es así”* (Entrevista Mariana, párrafo 58). Frente a tal naturalidad, la analista introduce la dimensión de locura, para que posteriormente surgiera la nominación de violencia:

*“Pero esto que pasó el año pasado, el cuchillo, qué piensas ahora... <<no, que fue muy loco, fue demasiado>>. Entre historizar, ordenar y poner nombre de a poquito, no como; esto es violencia, sale de ahí...de a poquito hacer eso”* (Entrevista Josefa, párrafo 46).

En esta lógica, su padre también operaba con cierta bella indiferencia y ausencia respecto a la violencia de la madre. Cuando era más pequeña él cumplía cierto rol de poner límite a la madre y la defendía de sus agresiones físicas. No obstante, una vez que se separaron, dejó a Mariana a merced de su expareja y la dejó con ello, sin otro que la ayudaría a poner un límite: *“el papá quizás pudo tomar un rol más seguro, porque no tenía estos*

*exabruptos de locura, pero era como este otro, que es como que puede fallar. Era otro que fallaba constante”* (Entrevista Josefa, párrafo 32).

Mariana, frente la violencia de su madre se decía para sí, de una forma defensiva: *“ya no es tanto, no es para tanto”* (Entrevista Mariana, párrafo 58). Por lo que recuerda las intervenciones de Josefa como *chocante*, ya que fue la primera persona que le entrega tal mensaje:

*“nadie la había puesto nombre, yo lo había conversado con mi papá también, y.... como que tampoco... él no le puso nombre tampoco, <<bueno tu mamá es así, es su forma de ser>> ... como que la justificaba, sabía que mi mamá salía de su juicio, pero tampoco.... No... como que igual justificaba su actuar, no le dio nombre a lo que pasaba... de hecho mi mamá maltrato a mi papá también y él tampoco le puso nombre a eso. Y cuando le dio nombre Josefa a lo que me estaba pasando, fue como revelador* (Entrevista Mariana, párrafo 58).

Un elemento interesante es que no solo las palabras de Josefa tuvieron un efecto revelador en Mariana, sino que también sus propias palabras. Es decir, escucharse hablar en el análisis también le devolvió el mensaje de extrañeza: *“Había situaciones que las tenía tan normalizadas, que al hablarlas en voz alta me causaba extrañeza, como que me las cuestionaba y pensaba <<igual he pasado por situaciones violentas>>”* (Entrevista Mariana, párrafo 8). Posiblemente, ese mismo extrañamiento de escucharse a sí misma, es decir, de recibir su propio mensaje, fue un gatillante de su desaparición al principio del tratamiento: *“me cuesta mucho hablar de mí misma y en la terapia claro tenía que hablar una hora, cuarenta minutos [...] para mí era como un desafío”* (Entrevista Mariana, párrafo 6).

Extrañamiento, que posteriormente fue un mensaje más tolerable de aceptar y que le permitió hacerse preguntas respecto a su madre: *“tenía que volver si o si a la casa o había consecuencias si yo salía un viernes... y ¿por qué tenía que haberlas por haber salido un viernes con unos amigos?”* (Entrevista Mariana, párrafo 12). La madre de Mariana encarnaba una figura materna agresiva y que le causaba temor de los alcances de su violencia, ya que sentía que cualquier cosa podría llegar a hacer: *“Había este miedo de que su mamá podría hacer cualquier cosa, había antecedentes reales, como cualquier cosa pudiese ocurrir*

(Entrevista Josefa, párrafo 18). En otras palabras, una madre susceptible a descontrolarse y enloquecer de forma violenta.

### ***La piedra de tope.***

El tratamiento comenzó a avanzar en dirección de dar peso a aquellas vivencias minimizadas y Mariana tomó conciencia del nexo entre sus malestares físicos y su agotamiento, con los movimientos enloquecidos de su mamá. Sin embargo, lo que le llamaba la atención a la analista era por qué motivo no tomaba distancia de su madre, lo que era más visible en su incapacidad de pensar en la posibilidad de no vivir con su madre u otras posibilidades de distancia. Lo que era interpretado por la analista como algo más allá del argumento de la falta de condiciones económicas para su independencia “*estaba esta otra cosa de no creerse el cuento, de no sentirse lo suficientemente grande para hacer las cosas, la mamá igual le hacía todo, le costaba mucho la autonomía*” (Entrevista Josefa, párrafo 16). Hipótesis que no estaba errada en cuanto la posición subjetiva de Mariana en ese momento del tratamiento: “*pero yo no me iba... no me sentía capaz de ir... sentía que era totalmente dependiente de mi mamá, que no tenía las condiciones para irme*” (Entrevista Mariana, párrafo 18).

Esa imposibilidad de separarse tuvo como efecto contratransferencial para la analista de despertar el deseo de sacarla de ahí, deseo que pudiese contener el riesgo de encarnar la demanda materna de Mariana *no estás haciendo nada, eres un fracaso;*

*“pensaba por favor que salga de ahí, que salga de ahí. Pero no respetaba los tiempos de ella, entonces la llevaba a supervisión y mis supervisores me decían, pero oye no seas ahora tú a quien le presione por hacer algo. En el fondo, a ella siempre le pasaba esto, entonces ahí paraba. Pero creo que igual siempre la alenté a qué pensará el irse de la casa, o tal vez no irse de la casa, pero qué pensará en qué posibilidad tenía para ganar ciertos grados de libertad. Que, si era posible, dentro de la casa, con su mamá otras opciones, pero obviamente, yo en mi deseo pensaba ándate de ahí, sé libre”* (Entrevista Josefa, párrafo 36).

Esas supervisiones del caso le permitieron interrogarse y pensar en el riesgo de encarnar el deseo materno: *¿Necesitará Mariana que alguien en su vida que le digan algo así?* (Entrevista Josefa, párrafo 38). Como, asimismo, la analista sentía que el caso le estaba enseñando sobre los tiempos subjetivos.

No obstante, tal deseo de la analista no era del todo velado para Mariana. Sin embargo, no tuvo un efecto de presión y/o control, sino que le permitió pensar en sus opciones: *“Josefa me decía que igual me podía ir, que siempre hay opciones”* (Entrevista Mariana, 18).

La dependencia que sentía con respecto a su madre se encontraba anudada al terror que sentía por ella, y en particular, de las consecuencias si realizaba algo por fuera del deseo de su madre:

*“la mamá no la dejaba irse, planificaba las vacaciones con ella y si le decía que no quería ir, era complejo. Si es que ella no funcionaba como la mamá quería, ella la amenazaba con cosas, te voy a quitar tu ropa, te voy a quitar el computador, su computador, ¿Qué iba hacer sin su computador? Ella lo necesitaba para ir a trabajar. Era extorsión, manipulación”* (Entrevista Josefa, párrafo 22).

Miedo que también tuvo desplazamientos sintomáticos con otras personas, con sus amistades y con mayor intensidad con mujeres que representaban cierta autoridad como sus jefas. Se sentía propensa a ser retada constantemente por otros y en particular, a ser vista como una inútil y/o insuficiente: *“Ella leía varios eventos con el filtro de lo inútil”* (Entrevista Josefa, párrafo 80). Lo que se traducía a no poder límites a otros: *“era incapaz de expresar rabia, la rabia no aparecía en ninguna parte, siendo que había razones de sobra, era como si estuviera muy aplastada”* (Entrevista Josefa, párrafo 26).

Lo anterior, da pista que el reproche materno tuvo el alcance de transformarse en un auto reproche constante, coordinada que fue puntualizada por su analista:

*“esta piedra de tope, que tenía a esta mamá un poco internalizada como un superyó sádico, que por más que no estuviera ejerciendo este rol de torturadora psicológica, ella la activaba igual, poder decirlo así,*

*aparecía igual en ella. Entonces empezamos a trabajar en eso. No era solamente la mamá real. Ella se limitaba cosa”* (Entrevista Josefa, párrafo 10).

En ese momento, la analista que sentía que estaba chocando con una piedra de tope, además de pesquisar cierta dificultad de Mariana de poder poner en palabras lo que sentía, decide incorporar al tratamiento material fotográfico, en el cual le muestra a Mariana un set de fotografía aleatorias, con la consigna de cuál le llama la atención. Frente a lo cual, escoge una fotografía de un bebé con su madre en la playa. Lo llamativo de la actividad, es que ella interpreta en de esa fotografía un escenario conocido para ella misma, momento que fue significativo para ambas en el tratamiento por lo esclarecedor que fue:

*“eligió una foto donde salía una joven acostada en una silla con una guagua muy pequeña, y la miraba como mirada madre, era como bien ensoñadora, contenta con su guagüita. Y ella eligió la foto y me dijo, esta foto como que me da angustia, siento que la guagua esta encerrada, esta angustiada, esta encarcelada”* (Entrevista Josefa, párrafo 10).

Ya en el transcurso de la terapia, Mariana toma conciencia de su rol en auto limitarse, lo que le permitió poner en palabras dicha dependencia hacia su madre y comienza a simbolizarlo como un cordón umbilical que no podía romper: *“No podía romperlo fácilmente. Yo sentía... o sea mi vieja siempre me hizo sentir que yo tenía más oportunidades con ella, que sola, ni con otra persona. Básicamente, que yo no me la podía sola. La terapia me hizo... yo recuerdo esa sesión porque me hizo entender que sí me podía ir. Si podía valerme por mí misma”* (Entrevista Mariana, párrafo 54).

Por lo que un momento del tratamiento que fue significativo para ambas, analizante y analista, fue el momento en que pudo diseñar su plan de independencia y posteriormente concretarlo. Josefa sentía que hubo un cambio de posición subjetiva, de pasar a estar aplastada a moverse. No obstante, el rol que tenía ella misma de auto limitarse fue aún más evidente, una vez afuera de la casa materna. Comenzó a vivir en una pieza, y a pesar de estar separada físicamente de su mamá, seguía sintiendo la necesidad de rendirle cuentas, junto a

la sensación de encierro: *“ella estaba afuera, pero en su mente no, como que movió su cuerpo, pero su mente todavía se estaba haciendo la idea”* (Entrevista Josefa, párrafo 24).

Aunque con el tiempo comenzó a sentir alivio y comenzó a desaparecer sus molestias corporales: *“fue por muchos años... toda mi vida... la única forma con la que tuve para desligarme de ella fue irme de la casa y claro, ahora estoy mucho más tranquila. Tengo mi espacio propio y ya no puede ejercer control, eso fue gracias a la terapia”* (Entrevista Mariana, párrafo 16). Sumado a la decisión de dejar a su mamá en *spam* en su mail, como otra forma de tomar distancia de ella:

*“me mandaba correos donde me decía que iba a fracasar, que <<Eres del montón, tienes que hacer algo para no ser del montón>>, si era del montón iba a fracasar también. Por lo que ahora la tengo en spam”* (Entrevista Mariana, párrafo 70).

### ***Finalización y nueva desaparición:***

La decisión de Mariana de independizarse y su alivio sintomático, da pie para el término del tratamiento. Hito que para Mariana fue uno de los resultados más significativos de la terapia: *“Me ayudo en términos de empezar una etapa de independencia, de salir de ese sitio... que era bastante tóxico”* (Entrevista Mariana, párrafo 4). No obstante, el cómo finalizó el tratamiento fue bajo nuevamente una estructura de desaparecer sin dar alguna explicación a la analista, tal como fue al comienzo del proceso.

Sin embargo, existieron coordenadas transferenciales que no fueron de todo evidentes para la analista. Una de ellas fue que, para Mariana, la posición silente y enigmática de la analista, no fue un facilitador para poder hablar del todo cómoda: *“Yo siento que me lo esperaba distinto, pensaba que no iba a hablar tanto, de que iba a hablar ciertas cosas y devoluciones recurrentes, yo lo pensaba así, de que iba a ser más una conversación y no un monólogo mío”* (Entrevista Mariana, párrafo 46). Se podría pensar que entre los riesgos transferenciales que se pueden desprender del caso, se encuentra el riesgo de encarnar esta figura materna demandante, que fue cuestionado por la analista en el momento que pudo caer en ese lugar. Pero otro riesgo, que posiblemente no fue sorteado fue el lugar del padre ausente

y silencioso, quien no le podía ofrecer el ayudarla a poner límites, pero tampoco en ofrecer una contención:

*“me hubiese gustado tener la confianza para no restringirme. Sentía cierta distancia, comprendida pero no contenida. Porque al final igual me restringía de decirle cosas...es que eran ciertas partes de mi vida que no sé... no sé qué tanto eran importantes... pero partes que me hubiese gustado conversarlas (Entrevista Mariana, párrafo 92).*

Otra lectura posible de la transferencia es que la sensación de falta de contención por la analista, podría tener relación también al abandono que sentía respecto su madre:

*“no tuve contención de parte de ella, en vez de apoyarme, me obstaculizo. Sobre todo, cuando yo necesitaba apoyo, entonces tuve que buscar apoyo en otro lado. Así, en ese sentido, yo me sentía abandonada por mi mamá porque no hubo contención” (Entrevista Mariana, párrafo 104).*

No obstante, a pesar de la incomodidad ante el silencio de Josefa, Mariana pudo captar los efectos de escucharse en terapia:

*“el hablar 40 minutos de una misma igual ayuda harto, el escucharse en voz alta ayuda a darse cuenta de ciertas cosas que una no las dice frecuentemente, entonces hacen sentido cuando una las dice [...] bueno eso es muy importante en la terapia psicológica de incomodar constantemente porque significa que estas llegando a lugares que tienes que llegar” (Entrevista Mariana, párrafo 44).*

### **5.3 Caso III: Viendo las cosas de un solo color.**

#### **Las primeras impresiones.**

El siguiente caso clínico reúne las entrevistas individuales de Camille, una psicóloga con formación psicoanalítica; y Macarena, una joven asistente jurídica, que en el momento del tratamiento se encontraba trabajando en una municipalidad y viviendo con su familia nuclear: madre, padre, hermana y sobrino.

A ambas se le dio en la entrevista la consigna de que puedan narrar sus impresiones de su experiencia de tratamiento, el cual tuvo una duración de unos 8 meses aproximadamente. La entrevista de Macarena tuvo la dificultad de construir el relato por olvidos significativos del proceso, dificultad de recordar que también fue pesquisada por la analista durante el tratamiento.

El proceso psicológico fue en el marco de una organización no gubernamental de salud mental de orientación psicoanalítica. Los encuentros entre analista y analizante fueron en su totalidad de forma remota, debido a la contingencia sanitaria COVID-19.

En la institución, una vez que los pacientes consultan mediante un formulario, son contactados por su terapeuta asignado para coordinar una primera entrevista. Asignación que es completamente aleatoria. En este contexto, Camille recuerda su primera impresión que tuvo al contactar a Macarena, en la que sintió que estaba hablando con un adulto mayor por el tono de la voz quebradizo: *“muy raro porque cuando la llame por teléfono tuve la sensación de que estaba hablando con una anciana de 60 años y cuando la vi por primera vez, la vi tan joven”* (Entrevista Camille, párrafo 8).

En la primera entrevista, al momento en que ambas cámaras se prenden, Macarena comienza a llorar sin poder emitir palabras: *“lloraba tanto que no podíamos hablar, lloraba, lloraba, lloraba, estaba muy triste”* (Entrevista Camille, párrafo 8). Lo que pudo contar en esa oportunidad es que estaba desesperada y que se quería matar, nivel de angustia que alertó a la analista: *“sentí su desesperación en esa primera sesión”* (Entrevista Camille, párrafo 86).

Macarena se sentía *desbordada emocionalmente* (Entrevista Macarena, párrafo 25) y era algo que no se lo había transmitido a nadie, por lo que era la primera vez en que se



enfrentaba al desafío de ponerlo en palabras. Había intentado iniciar anteriormente un proceso psicoterapéutico, pero me no le gusto la psicóloga por cierto *rasgo de desinterés* que evidenció en ella; “*no sentí que le importara realmente*” (Entrevista Macarena, párrafo 153). Por lo que, fue un tratamiento en el que desertó en las primeras entrevistas.

Recuerda que, en la primera sesión con Camille, se desbordó: “*Me preguntó cómo estaba y yo me puse a llorar, yo tenía pensamientos tristes, estaba a punto de atender contra mi misma, yo estaba en ese pensamiento y en esa emoción*” (Entrevista Macarena, párrafo 25). Su principal motivo que la llevo consultar fue lo mal que estaba viviendo su vida laboral:

*“lo que más me agobiaba en ese momento era el trabajo. Cómo me hacía sentir ese trabajo, las cosas que tenía que vivir ahí [...] tenía que estar escuchando o abordando o intentar de contener a gente, que venía con problemas de distinta indole económica, emocionales y familiares. Eso me agobiaba mucho”* (Entrevista Macarena, párrafo 11).

Para la analista fue llamativo que dentro de ese malestar significativo no existía la posibilidad de pensar en renunciar o cambiar de trabajo:

*“renunciar para ella era imposible, era difícil porque se quejaba y a la vez, ella no se permitía ninguna otra salida [...] pero ella la pasaba pésimo durante su trabajo, es que había muchos usuarios violentos, y ella estaba siendo testigo de gente que se pegaba. En el trabajo le decían que era así, que tenía que acostumbrarse... ella también tenía la idea del trabajo como un sacrificio. Era como que ella tenía que quedarse en el lugar del sufrimiento.”* (Entrevista Camille, párrafo 8 y 18).

No obstante, dicho malestar en lo laboral escondía otro malestar, que consistía en una dificultad de aceptar la vida adulta, ya que hace varios años sentía que estaba no estaba bien e incluso se cuestionaba si nunca iba a ser feliz y el para qué seguir viviendo. Baja de ánimo que coincide con la entrada de la vida adulta:

*“yo le pregunte desde cuando se sentía así y ella me dijo casi que era empezando su vida adulta, me decía que se había dado cuenta de*

*cómo era la realidad, como si no aceptaba el haber crecido, el comenzar a trabajar” (Entrevista Camille, párrafo 8).*

En un punto pareciera que su ingreso a la vida adulta implicó un desencanto de la realidad y una perturbación en su sentimiento de sí: *“Ella me decía que no quería pertenecer a la vida como es, se preguntaba de qué sirve hacer tantas cosas y que sentía que vivir es puro sufrimiento” (Entrevista Camille, párrafo 8).* Ya en el transcurso del proceso la analista se da cuenta del nexo de su sufrimiento con cierto imperativo súper yoico del padre:

*“Su papá era gasfiter o no me acuerdo, pero era una pega muy de cuerpo y él hablaba de su trabajo desde el sufrimiento, como tú tienes que pasar por eso porque uno sufre cuando trabaja y bueno la pregunta es que tanto ella queda pegada a esas palabras. Yo sentí que ella se quedaba muy pegada a esas palabras, voy a tener que sufrir porque es así, porque la familia decide que es así. Por parte de los padres, no había un discurso como si lo odias, hace otra cosa ¿no? De hecho, ella era como que no podía moverse de ahí como tengo que trabajar igual porque mis hermanos trabajan, mis padres trabajan...pero ella volvía todos los días llorando del trabajo” (Entrevista Camille, párrafo 8 y 12).*

La figura del trabajo como un sacrificio era como una ética familiar que Macarena cargaba en sus hombros, imperativo que también contenía el mensaje *“No te quejes”*. De su infancia ella podía recordar muy poco, lo que conformó una dificultad para el trabajo analítico. Sin embargo, logró recordar retos ante llantos infantiles o desobediencias infantiles: baños con agua fría, golpes etc. Recuerdos que permiten pensar transferencialmente que el espacio analítico para Macarena debe dar lugar a su queja.

La analista recuerda la dificultad de poder construir una historia con Macarena, por lo que intentaba con las pocas piezas que surgían ayudarla a ubicar afectos y nexos:

*“Intente mucho esto de construir una historia con ella, de preguntarle cosas de su infancia, fue súper difícil porque estaba muy poco*

*pensando, era muy difícil ligar cosas, como que había terminado una sesión y le había hecho mil preguntas y no se llegaba a una conclusión, bueno llegamos a este recuerdo, pero no está ligado con nada”* (Entrevista Camille, párrafo 26).

Dificultad que no era del todo desconocida por Macarena: *“se me hace difícil recordar mi infancia, tengo pocos recuerdos de mi infancia, quizás porque mi mente no la quiere recordar, quizás el pase mal, no sé”* (Entrevista Macarena, párrafo 133).

### ***Nada para desear***

La decisión de estudiar asistente judicial fue una decisión desprovista de deseo, era un destino profesional que no era desconocido para ella debido a que su hermana mayor lo estudió. Pero no era una carrera que le interesaba y tampoco en el camino se interesó. No obstante, la analista evidencia que no era solo en ese ámbito donde no estaba la coordenada del deseo, sino que en distintos ámbitos de su vida era difícil encontrar vestigios de deseo. Pareciera que sus movimientos fueran acéfalos, o que otros trazaban donde tenía que ir:

*“como que no le gustaba nada. No había deseo por nada. Era muy triste y difícil, en algún momento aparecía como más vida el hecho que le gustaba las plantas. Entonces trate de que me hablará de ello, sobre su jardín, qué le gustaba de las plantas, pero eso era una pequeña gota de vida”* (Entrevista Camille, párrafo 8).

Para la analista la falta de deseo en Macarena conformaba una dificultad para orientar su trabajo, sentía que solo tenía una queja, pero sin mayor dirección.

Además, prevalecía en ella el descuido de sí misma, ya sea en situaciones laborales abusivas, en las cuales no podía dar un límite, lo que implicaba asumir más trabajo que le correspondía, incluso al punto de trabajar días sin remuneración. La misma dificultad de poner un límite al otro se reproducía en situaciones familiares. Tal descuido también se desplazaba a su propia imagen:

*“Su cuerpo estaba súper descuidado, ella misma me decía que no se maquillaba, y ella es bastante bonita, tenía el pelo largo, pero siempre lleno de nudos, siempre la misma ropa. A veces pareciera que no se había duchado” (Entrevista Camille, párrafo 38).*

La analista al leer sus notas recorta el siguiente dicho que ilustra la posición más melancolizada de Macarena: *“no quiero vivir más así. No encuentro el sentido al cuidarme. Quizás yo soy así, una persona más bien amargada. Yo veo las cosas pesimistas, como de un solo color”*. (Entrevista Camille, párrafo 88). Camille sentía que le transmitía cierta imposibilidad de acotar su sufrimiento: *“esta cosa más gozosa como que solo podía vivir a través del sufrimiento, de sufrir mucho y es difícil escuchar eso”* (Entrevista Camille, párrafo 16).

Cuando decide supervisarla, aparece el significante de lo *melancolizado* (Entrevista Camille, párrafo 94) de su posición subjetiva. Lo que le permitió pensar respecto a su posición como analista y su presencia en el tratamiento: *“¿Qué hago con ella? mi decisión fue ser un otro no amenazante, entonces trate ser muy amable con ella. Porque ella estaba muy triste, entonces tomé esa posición, vamos a ir muy de a poquito”* (Entrevista Camille, párrafo 94). Posición que implicó también aceptar ciertos movimientos de Macarena, respetando sus tiempos y la distancia que necesitaba para poder asistir al tratamiento. Una escena que ilustra aquello es la decisión de la analista de aceptar que la imagen de Macarena se ausentará:

*“durante el tratamiento decidió teñirse el pelo, fue muy llamativo eso y ahí, no quiso más prender la cámara, porque le había salido mal y se sentía muy fea. Lo dije que no hay problema, porque sentí que había algo frágil ahí. Entonces, en las últimas sesiones nunca más la vi, eran con la cámara apagada”* (Entrevista Camille, párrafo 38).

### ***Una culpa excesiva***

Un pensamiento que ha acompañado a Macarena es el de sentirse insuficiente y con ello, el miedo al rechazo de otras personas. Lo que implicaba que estar en lo social se le transformaba en escenarios tormentosos para ella:

*“miedo principalmente de relacionarme con otras personas. Eso me complicaba mucho la existencia, porque finalmente yo para hacer cualquier cosa tengo que relacionarme con personas... pienso que si soy yo misma no va a gustar”* (Entrevista Macarena, párrafo 33).

Dicha dificultad en el lazo implicaba que cuando otros fallaban (familiares, colegas, jefa etc.), en vez de dirigir rabia hacia afuera era dirigida a sí misma: *“si alguien decía algo que me molestaba pensaba yo tengo la culpa, yo estoy equivocada”* (Entrevista Macarena, párrafo 145). La sensación de culpabilidad la sufría constantemente e incluso vivía una sensación de justicia social tormentosa, lo que fue intensificado en su trabajo. En el cual los relatos de familias con vulnerabilidades económicas y sociales le afectaban significativamente, pero lo interesante es que le afectaba como si fuera responsable de las tragedias de sus usuarios:

*“sentía que era injusto que yo tuviera privilegios, pero los demás no, me ponía a reflexionar qué rabia el sistema y llegaba todos los días a mi casa llorando [...] como que yo podía sentir las emociones de las personas con las que estaba hablando y me sentía muy mal”* (Entrevista Macarena, párrafo 65).

Esas mismas reflexiones le pesaban respecto a su relación con su padre y la relación de este al sacrificio, quien a temprana edad tuvo que trabajar para proveer: *“siento como que no merezco ciertas cosas, porque siempre vi que mi papá trabajó desde muy corta edad, entonces el esfuerzo o que tiene que haber esfuerzo o sufrimiento para conseguir las cosas.* (Entrevista Macarena, párrafo 51). Emerge la idea de tener que pasar por el sufrimiento para ser merecedor.

Además, en lo social también aparecía un malestar que fue pensado por la analista como el de estar en posición de objeto de desecho, en el que Macarena sufría cada vez que otro dirigía sus movimientos:

*“Recuerdo que me contó con mucha tristeza, que había escuchado a un jefe decir <<yo tomo a Macarena>> como cuando uno hace grupos, como yo tomo a tal persona y así... y me acuerdo de que para ella eso fue terrible, porque fue “yo soy un objeto para él”. Se quedó muy pegada con esas palabras como me toma a mí, me puede botar, me puede echar, puede hacer lo que quiera conmigo”.* (Entrevista Camille, párrafo 20).

### ***Momento de urgencia.***

Para la analista un elemento del caso que le fue llamativo era el hecho que, tomando en consideración su experiencia clínica con casos en lo que se presentaban afecciones del ánimo significativos, era que normalmente son paciente que demandan en demasía la presencia del terapeuta. Sin embargo, Macarena no la buscaba por fuera del encuadre de las sesiones, incluso cuando la analista realiza el movimiento de que le escriba en caso de que su tristeza se hiciera insoportable. Solo en una oportunidad, acoge tal disponibilidad, y le escribe por correo electrónico. Momento que para ambas fue significativo transferencialmente. El mail que le llegó a la analista, la alertó de lo activo que podría estar su ideación suicida en ese momento, por lo que decidió llamarla luego de leerla. La siguiente viñeta transmite el mensaje que le llegó a la analista:

*“Me escribió a las seis de la tarde de un miércoles, me dijo que hoy se sentía muy triste y que no quería vivir más. Me dijo: pienso en varias preguntas que hemos hablado, de mis tantos miedos y si no sirvo para nada más y si el problema soy yo y no mi trabajo. Esa era su pregunta constante qué pasa si el problema soy yo. Siento que no puedo superar mis miedos, pero tampoco puedo hacer algo para cambiar las cosas porque me dan miedo, me dan miedo las cosas, tengo que aceptar que en la vida no se puede tener todo lo que uno anhela o si se puede, ya*

*no sé cómo sentirme bien y ya no quiero vivir así*” (Entrevista Camille, párrafo 74).

Cuando la llama, logra contenerla. Recuerda que ese día estaba particularmente triste. Para Macarena el gesto de la llamada fue de gran importancia. Coordinada transferencial que hace eco con el motivo de deserción de su anterior tratamiento debido al rasgo del desinterés de la anterior terapeuta: *“Para mí fue significativo esa vez porque sentí que le importaba, porque no todas profesionales son así... como que estaba ahí para mí”*. (Entrevista Macarena, párrafo 105). Macarena, además, sentía que no contaba con redes para apoyarse en esos momentos en que la tristeza le ganaba: *“fue importante para mí porque probablemente me sentía muy sola. Me contenía en todas las sesiones, me escuchaba”* (Entrevista Macarena, párrafo 113).

La analista estaba advertida de que podía encarnar un único otro disponible debido a que evidenciaba la soledad de ella: *“intente ser este otro que sostiene algo y que es muy amable. Acompañarla porque también se veía muy sola”* (Entrevista Camille, párrafo 96). La falta de otros con los que poder contar, no era debido a una ausencia de personas o red, sino que era explicado por cierta dificultad de Macarena de poder confiar en otros. Existía cierta amenaza en el otro que le imposibilitaba relacionarse con tranquilidad, lo que hacía que la otredad sea insoportable para ella: *“pienso que quiero reducir mi contacto humano. No quiero hablar con nadie”* (Entrevista Camille citando a Macarena, párrafo 102)

El factor de desconfianza se evidenció al comienzo del tratamiento con mayor claridad para la analista, como también fue una dificultad que se presentó en el momento de la entrevista para la investigación. Lo que significaba que ella solo podía dar respuestas escuetas y temerosas, sin un mayor despliegue. La analista recuerda la sensación de estar intentando sacarle las cosas a tirabuzón: *“las cosas que contaba en sesión no las contaba a nadie, yo tenía que sacarle las cosas”* (Entrevista Camille, párrafo 96). Lo que también, conllevó a la analista cuestionarse su lugar transferencial: *“Para mí fue un vacío completo, el quien era yo para ella... eso no me queda claro”* (Entrevista Camille, párrafo 116).

Para Macarena poder hablar, al comienzo con mayor intensidad, era un desafío:

*“Fue desafiante para mí, porque a mí me cuesta el hablar de mí, como el hablar de mis profundidades, como de lo que siento, lo que pienso, me cuesta abrirme con las personas respecto a eso. Entonces, fue desafiante porque llegué a sentirme un poco incomoda con eso, de tener que hablar de mí, de lo que me pasaba, de llorar también al frente de alguien que no conocía también”* (Entrevista Macarena, párrafo 85).

Por lo que, el momento del mail implicaba que ciertos grados de confianza se pudo lograr en el tratamiento. Asimismo, permitió a la analista entender retrospectivamente que estaba en una senda correcta respecto a su posición: *“mostrar que me preocupaba, tal vez eso permitió el que me escribiera. Decirle esto es importante, me importa lo que te pasa”* (Entrevista Camille, párrafo 134).

### ***Último momento: Sentirse exigida.***

Una dificultad que no fue del todo sorteada por la analista fue cierto malestar con el otro ligado a la exigencia. Macarena se sentía constantemente exigida por el resto: *“Tengo que cumplir, ante todo, las personas me piden algo y tengo que cumplir (Entrevista Camille, párrafo 102)*. Se podría pensar que esta coordenada de la exigencia de alguna forma fue reproducida en espacio clínico, en punto Macarena sentía que tenía que cumplir ante la analista:

*“Yo pensaba chuta y qué digo, qué voy a decir, cómo querer cumplir expectativas de otro. Como que yo pienso que tengo que cumplir expectativas de otro, que incluso lo sentí en terapia. (Entrevista Macarena, párrafo 191)*

La sensación de exigencia en el tratamiento se hacía más intensa cuando sentía que no estaba mejorando, que su tristeza seguía muy profunda y descontrolada. Lo interesante de este punto, que aquella sensación de no mejoría no la llevaba a reprochar a la analista, sino que era dirigido a ella como un autorreproche; *no estas mejorando*. Incluso se podría pensar en la culpabilidad de no sentirse un buen paciente. La siguiente viñeta, que consiste en la



respuesta ante la pregunta qué recomendarías a psicólogos en formación, refleja el cómo podría haber sentido que no estaba cumpliendo como paciente:

*“siempre tratar de hacer sentir cómoda a la persona, porque tal vez siempre va a haber silencios incómodos, y que ambas personas entiendan que es parte del proceso... quizás no tener tantas expectativas en el paciente. (Entrevista Macarena, párrafo 187).*

Posiblemente, surge la idea de no estar cumpliendo con aquello que podría ser deseado por la analista y es mejor que el analista no espere nada.

La exigencia pudo ser encarnada por la analista en un momento del tratamiento, en el cual ella se sentía con cierta imposibilidad de movilizar la posición subjetiva más sufriente de Macarena:

*“me desesperaba tanto que me ponía concreta, que tal vez no es tan bueno. ¿Cómo podría decir que no, a la manera de usted? ¿Qué le podría funcionar? Si usted le gusta el café sin azúcar, no beba el café con azúcar, le daba ese ejemplo muy concreto. A veces intervenía con sonidos. <<bueno es que tengo que trabajar el domingo>> ¡el domingo! Pero a pesar de todo, seguía en situaciones que no le gustaban ir, hacer. Yo creo que me agote un poquito. Intente salir de la neutralidad para no dejarla caer” (Entrevista Camille, párrafo 114).*

Cabe cuestionarse si en ese agotamiento ante la queja imposible de Macarena, Camille encarnó el lugar de estos padres exigentes, que no pueden escuchar los lamentos de su hija. Para Macarena era imposible recurrir a ellos ya que no estaban *emocionalmente disponibles* para ella (Entrevista Macarena, párrafo 125), lo que permite cuestionarse si en un último momento y finalización del tratamiento algo de esta dimensión se puso en acto en el espacio analítico. En el que salir de la neutralidad, movimiento necesario para encarnar aquel que contiene y que está interesado, se transformó en una navaja de doble filo, al desvelarse el deseo o la prisa de la analista. Prisa que pudo ser leída como una no disponibilidad de la analista a escuchar sus lamentos.

## ***Finalización***

En pos de la exigencia es que Macarena comenzó a auto obligarse a asistir a terapia:

*“Cada vez que me enfrentaba a una sesión, me preparaba mentalmente, ya bueno ya lo hiciste una vez, dos veces.... Y así progresivamente. Trataba de obligarme, obligarme es como una palabra fea, pero de decirme a misma que estaba avanzando, entonces que no quería retroceder”* (Entrevista Macarena, párrafo 97).

Macarena sentía que el tratamiento si la estaba ayudando ya que sentía que su llanto era más controlable y a su vez estaba tomando conciencia de que ella cedía mucho ante el resto:

*“yo cedía mi bienestar a lo que estaba fuera de mi control. Entonces por eso, finalmente yo me sentía tan mal al final, porque cedía al final todo a otras personas”* (Entrevista Macarena, párrafo 161).

Hasta que, finalmente, decide dar término al tratamiento, dando el argumento a la analista de que necesitaba priorizar otras cosas económicamente, entre ello la posibilidad de estudiar algo que realmente le guste. Para Camille, esta fue su forma de decir no, ya que en la ONG se pudo haber encontrado formas alternativas de pago. Pero también, el hecho que pudiese verbalizar un proyecto vital como la idea del estudio fue algo que sorprendió a la analista y que le permitió pensar que el término del tratamiento fue una decisión ligada al deseo. Variable ausente en el transcurso del tratamiento como fue narrado anteriormente.

No obstante, la analista posteriormente reflexiona sobre el término del tratamiento: *“yo estaba un poco chata, y ella venía por cumplir, yo creo que ahí no desencontramos, yo creo que ella no quería seguir viniendo, y yo no lo pude ver o no puede saber escuchar eso”* (Entrevista Camille, párrafo 122). Lo que permite pensar en la posibilidad de que su imposibilidad de decir que también se encarnó en el espacio.

## DISCUSIÓN

### *Presencia simbólica del analista.*

En los tres casos expuestos anteriormente se ilustra el cómo la variable de la presencia del analista se torna importante en el curso de los tratamientos. No obstante, difiere el tipo de presencia que interpela cada caso, que se podría distinguir entre la presencia simbólica del analista, que se puede desprender del caso *En busca de grados de libertad*, y una presencial real del analista, que ilustra de forma significativa el caso *No quiero ser mi madre*.

En primer lugar, en el caso *En busca de grados de libertad*, se puede pensar ante la queja de la analizante respecto a la posición silente y distante de la analista, que un impasse posible fue perder de vista el lugar del padre en el entramado transferencial. Personaje en su novela familiar que justamente tiene una incidencia impotente y silenciosa ante la violencia ejercida por la madre de la analizante. Violencia que tuvo como consecuencias estragos en el ánimo de la paciente al punto de la pérdida de sentido de la vida y una identificación a los reproches maternos. La analista logra sortear caer en el lugar del padre cuando interviene nominando por violencia los acontecimientos vividos por la analizante, realizando el gesto ausente del padre y con ello posicionándose como un Otro novedoso en su historia.

No obstante, en el transcurso del tratamiento es puesta en ese lugar de quien comprende, pero no contiene (rasgo paterno):

*“Sentía cierta distancia, comprendida pero no contenida. Porque al final igual me restringía de decirle cosas...es que eran ciertas partes de mi vida que no sé... no sé qué tanto eran importantes... pero partes que me hubiese gustado conversarlas (Entrevista Mariana, párrafo 92).*

En esta línea, el caso interpela a una mayor presencia de la analista como una rectificación de la posición de la analista fuera de los objetos de la analizante:

*“la transferencia no es nada real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos*

*permanentes según los cuales constituye sus objetos” (Lacan, 2002, p.219).*

Por consiguiente, en cuanto al manejo de la transferencia, existe un desdoblamiento que sufre la persona del analista que no se puede perder de vista (Lacan, 2005). La analista logra pesquisar el no caer en el lugar de la madre quien exige y de vuelve el mensaje de <<fracasada>> pero no advierte del todo el lugar del padre testigo silencioso. Lacan (2002), como se mencionó con anterioridad, puntualiza que el valor de la transferencia es justamente indicar los momentos de errancia y de orientación del analista. Además, agrega: “*un no actuar positivo con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente*” (Lacan, 2002, p. 220). Este último concepto se puede entender como la manifestación de la verdad del sujeto y por consiguiente, el uso de la transferencia es de brújula para permitir los desarrollos de la verdad. Asimismo, se podría hipotetizar que tales modos permanentes de constitución de objetos, como estancamiento de la dialéctica analítica, obstaculizan los desarrollos de la verdad.

La queja de la analizante resuena con un impasse descrito por Dominique Guyomard (2013), con una paciente melancolizada que le reprocha: “*¡Usted no me ayuda! Sufro demasiado sin que usted pueda hacer algo. No es lo que esperaba de un análisis*” (p.33). Paciente con quien Guyomard reflexiona la dificultad de vivir la neutralidad del analista como indiferencia o sadismo, que puede surgir dada la condición de desamor subjetiva de un paciente melancolizado.

También, se puede evidenciar la dimensión de un impasse en el registro de la transferencia simbólica, como estancamiento y aparición de los modos permanentes de constitución de objetos, en la finalización del caso *Viendo las cosas de un solo color*, ya que la dinámica de complacer y sacrificarse de la analizante se recreó en el vínculo con la analista. Al punto de sentir que no podía satisfacer las expectativas de mejoría que le suponía a la analista.

*“Yo pensaba chuta y qué digo, qué voy a decir, cómo querer cumplir expectativas de otro. Como que yo pienso que tengo que cumplir expectativas de otro, que incluso lo sentí en terapia. (Entrevista Macarena, párrafo 191)*

Lo que permite pensar que la analista cayó en el lugar de la exigencia, rasgo de los padres y otros conflictivos en la historia de la analizante, quienes no le daban espacio a los *lamentos* de ella. No obstante, la analista logra encarnar ese Otro distinto que puede dar lugar al sufrimiento e interesarse en él, en otro momento del tratamiento. Esto último, se puede desprender del gesto de la analizante de escribirle y su recepción ante la llamada de la analista: “*sentí que le importaba ... como que estaba ahí para mí*” (Entrevista Macarena, párrafo 105).

### ***La presencia real del analista y sus posibles impasses.***

Por otra parte, se puede distinguir la cualidad de presencia del analista que interroga el caso *No quiero ser mi madre* como otro tipo de presencia del analista, la cual se puede pensar que toca el registro real de la transferencia. Registro de la transferencia que da cuenta de la realidad pulsional del inconsciente y que se puede ubicar la dimensión de acto: *la transferencia como la puesta en acto de la realidad inconsciente* (Lacan, 2008).

En esta lógica, se puede desprender de la siguiente viñeta el cómo el analista humaniza el triunfo del *objeto a* que caracteriza a la melancolía (Lacan, 2019) y con ello, apaciguó el disfuncionamiento deshumanizado del *objeto*, que empujaba a la paciente al vacío: “*Si tuviese que marcar un hito sería esto que él estaba sosteniéndome. El agarrándome para que no me muera*” (Entrevista Carolina, párrafo 29). Se puede pensar de esta vivencia, su posibilidad de caer como objeto de desecho y precipitarse al suicidio, propia de la subjetividad melancólica: “*el objeto a que la trasciende, cuyo gobierno se le escapa-y cuya caída lo arrastrará en la precipitación-suicidio*” (Lacan, 2019, p. 363). Como a su vez, el analista siendo quien la sostiene ante lo real de la pulsión y la presentificación del objeto. Por consiguiente, el caso interpela a movimientos o estrategias del analista en su dimensión real: romper el encuadre, mostrarse disponible, llamar y romper el silencio.

Esta necesidad de la presencia real del analista de la analizante, sumando a ser un único otro disponible para escuchar su sufrimiento, permite una comprensión de la dificultad que emerge en la interrupción del tratamiento. Esta consiste en la lectura de la paciente de sentirse *abandonada/dejada* por el analista, que emergió a pesar de que el analista se

encontraba advertido ante aquella posibilidad transferencial y realizó actos para prevenirla, tales anticipar con tiempo su salida de la institución y el trabajo de una derivación asistida:

*“yo sentía que ya me había vinculado con Alejandro, me daba lata volver a vincularme con otra persona... yo le dije que sí pero no llame de nuevo al centro... [...] La verdad es que no quería estar con otro [...] me muero si me dejaba en el momento de la crisis”* (Entrevista Carolina, párrafo 87).

Se podría hipotetizar que se trataba de un impasse inevitable. Esto debido a que si se piensa que todo fin de análisis o término de tratamiento implica el duelo del analista, es decir, dejarlo caer como objeto, en la melancolía dicha finalización tendría sus particularidades. Para Lacan, como se señaló en apartados anteriores, difiere de la concepción respecto a la ejecución freudiana del trabajo del duelo pieza a pieza del objeto para el desasimiento de las investiduras, sino que la plantea como un trabajo de mantenimiento de todos los vínculos con el objeto con detalle. En esta línea, se podría anticipar que en casos de melancolía el aferrarse al analista cobraría mayor quantum pulsional y con ello, una finalización a destiempo del tratamiento podría conllevar efectos de estragos en el sujeto, tales como la vivencia de desamparo, autorreproches ligados al abandono e insignificancia, aislarse etc.

### ***El bien del analizado***

Un impasse que se puede pensar que converge en los casos *En busca de grados de libertad* y *Viendo las cosas de un solo color*, es respecto a la creencia del analista de saber respecto al malestar y en particular, del bien del analizante;

*“comúnmente un error del analista, aunque sólo fuese el de querer demasiado el bien del paciente [...] cuyo peligro ha denunciado muchas veces Freud mismo”* (Lacan, 2002, p. 219).

En el primer caso, se evidencia en la traducción inmediata de una solución para el sufrimiento de la paciente, que consistía en salir de la casa de su madre e independizarse. La analista en un control logra advertir que podría ejercer aquella presión:

*“pensaba por favor que salga de ahí, que salga de ahí. Pero no respetaba los tiempos de ella, entonces la llevaba a supervisión y mis supervisores me decían, pero oye no seas ahora tú a quien le presione por hacer algo. Pero creo que igual siempre la alenté a que pensará el irse de la casa, o tal vez no irse de la casa, pero que pensará en qué posibilidad tenía para ganar ciertos grados de libertad. Que, si era posible, dentro de la casa, con su mamá otras opciones, pero obviamente, yo en mi deseo pensaba ándate de ahí, sé libre”* (Entrevista Josefa, párrafo 36).

Lo interesante es que la analizante también estaba advertida de aquel deseo de la analista, que posteriormente sigue y efectivamente tuvo efectos alivio subjetivo. No obstante, aún en la ausencia de su madre sentía la necesidad de rendirle cuentas y el peso de sentirse inútil. Como, también, la preocupación de recibir el mensaje materno de ser un fracaso. Luego, al poco tiempo después la analizante deja el tratamiento sin aviso. En esta línea, se podría pensar que la traducción inmediata de una resolución del conflicto y con ello, el bien del sujeto pudo obstaculizar el desarrollo de verdad que pudo emerger de su malestar. Sin desconocer los efectos terapéuticos que pudo tener la separación física real con la madre, cabe cuestionar si otra invención inesperada de la analizante pudo conllevar tales efectos de alivios y a la vez una incidencia en el saber de su sufrimiento.

En el caso *Viendo las cosas de un solo color*, también se evidencia como se hace presente y desvelado el deseo de la analista de orientarse a un posible bien para el analizante: *<<deje el trabajo del cual tanto se queja>>*. Lo que pudo también tener incidencia en caer la analista transferencialmente en el lugar de los padres, que le exigían no quejarse.

En ambos casos resuena la posible dificultad clínica de tolerar el sufrimiento de sujetos melancolizados y en particular, su posición de inercia ante tal sufrimiento. Inercia que podría interpelar al analista a trabajar más de la cuenta en busca de la resolución ideal del malestar, más allá del campo de la palabra:

*“Es la tentación que se presenta al analista de abandonar el fundamento de la palabra, y esto precisamente en terrenos donde su uso, por confinar con lo inefable, requeriría más que nunca su examen: a saber, la pedagogía materna, la ayuda samaritana y la maestría dialéctica”* (Lacan, 2009b, p. 237).

Lo anterior, permite pensar respecto a la neutralidad del analista, concepto que se podría confundir con la caricatura del analista silencioso, desafectado, con distancia afectiva y actuando el *setting* tradicional analítico. Inclusive no es deseable aquella imagen de analista, Schkolnik (1999) puntualiza que una;

*“actitud comprometida y libidinal con el paciente y con el análisis, juega un papel fundamental para que el analista pueda promover ese proceso fermental que surge del movimiento pulsional propio del interjuego de las transferencias”* (p.2-3).

No obstante, a pesar de que el proceso de análisis la movilización pulsional se da en ambos protagonistas, la neutralidad del analista apunta a no participar de sus pasiones: amor, odio, ignorancia etc. (Lacan, 1996). Esto debido a que puede conllevar a obturar a la promesa de saber inconsciente posterior del análisis.

También la comprensión de la neutralidad se puede articular al deseo del analista, que se puede pensar como un deseo de no curar (Lacan, 2007). Asimismo, otra propuesta de definición a partir de lo desprendido de los *impasses* señalados es pensar la neutralidad como una no captura del sentido del caso clínico. En otras palabras, no cerrar la comprensión del caso en un sentido de su resolución y/o pensar a priori el bien que debiese perseguir el analizante.

Se puede interpretar que ambos casos concluyen rápidamente luego que un sentido de bien o de cura se cristalizó (salir de la casa materna, renunciar al trabajo) impidiendo mayores desarrollos respecto a la verdad detrás del malestar. Al punto que una vez actuado aquel bien idealizado, la continuidad del trabajo analítico pierde sentido de una promesa de un saber o invención nueva.



La dificultad posible, y con mayor relevancia en las melancolías, es escuchar la decisión del sujeto de quedarse en el sufrimiento e inclusive si el bien escogido es justamente sufrir:

*“tenemos que aceptar el hecho que cada persona se las arregla para encontrar su solución singular y, quizás lo más difícil de asumir, que cada uno de nosotros tiene derecho a hacer de su vida algo miserable, por lo menos a ratos”* (Araya, et al. 2017, p.288).

En esta línea, el analista paga con su juicio más íntimo, el cual se puede pensar que este articulado a sus propios referentes y lineamientos del bien. Es por ello, que la neutralidad, tal como es señalado en *La dirección de la cura y los principios de su poder* (Lacan, 2005b), apunta al lugar del muerto respecto a los referentes, las pasiones, y no un desinterés hacia el analizante:

*“lo que es seguro es que los sentimientos del analista sólo tienen un lugar posible en este juego, el del muerto; y que, si se lo reanima, el juego se prosigue sin que se sepa quién lo conduce [...] El psicoanalista sin duda dirige la cura. El primer principio de esta cura, el que le deletrean en primer lugar, y que vuelve a encontrar en todas partes en su formación hasta el punto de que se impregna en él, es que no debe dirigir al paciente”* (p. 560).

### ***Heterogeneidad de melancolía.***

De los tres casos presentados se puede ilustrar la heterogeneidad de la concepción de la melancolía en los pensamientos clínicos de los terapeutas, multiplicidad que también se evidenció en la revisión teórica de la investigación. Lo que tiene por consecuencia lo heterogéneo que puede tornarse el proceso de diagnóstico y tratamiento. Es relevante volver a indicar para la reflexión de los procesos de diagnóstico, que para el muestreo de la investigación se hizo uso del juicio clínicos de los terapeutas para definir si sus pacientes calificaban en el estudio, sin un marco teórico y/o epistemológico psicoanalítico definido. Lo

que permitió dar cuenta de convergencias y divergencias de lo que identifican como melancolía.

En el primer caso << *No quiero ser mi madre*>>, la lectura teórica del analista para la comprensión del tratamiento fue desde el concepto de *estructuras no neuróticas* de André Green. Esta lectura le permitió pensar el malestar de la paciente en momentos subjetivos, ya que evidenció el cómo colindaba dos funcionamientos subjetivos distintos, uno en el que el Otro no entraba y el objeto se presentificaba, al cual denominó como momentos de *círculo narcisista*. Y por otro lado, otros momentos en que su sufrimiento contenía una pregunta hacia Otro, que inclusive fueron pensados para el analista como momentos de un sufrimiento y funcionamiento subjetivo “*histeroide*” (Entrevista Alejandro, párrafo 28):

*“La lógica del auto círculo narcisista; No soy nada, no hago nada, soy tonta, soy incapaz, soy fea... era una queja reducida a ella misma, con la lógica del corto círculo del auto reproche. A pasar a otro momento donde tenía terreno la dimensión con el Otro, de preguntarse por lo que quiere el otro, pero también, el por qué yo me involucro con hombres que me rechazan, eso para mí es un momento clave que me hace pensar que tal vez ella.... Digámoslo así, estructuralmente puede estar orientada al deseo como una neurosis, pero su funcionamiento, también, puede en momentos de desestabilización puede tener más bien rasgos melancólicos”* (Entrevista Alejandro, párrafo 26).

De la lectura del analista del primer caso se desprende la coordenada de la temporalidad en su comprensión de melancolía y el cómo la dimensión amorosa se torna un intento de curación de aquellos momentos de *sufrimiento narcisista*. Respecto a la lógica del tratamiento, se puede pensar que estos distintos tiempos subjetivos, permitió rectificar la posición del analista, siendo su presencia real más solicitada en los momentos de caída de la analizante y un trabajo más elaborativo, pensando en el análisis clásico, en los momentos de estabilización o de sufrimientos ligados a Otros.

En esta línea, se puede desprender una concepción de melancolía como un término estructural fronterizo y/o terreno para pensar una entidad particular, con su propias dinámicas subjetivas y lenguaje.

Por otro lado, en el caso <<*En busca de grados de libertad*>> se podría señalar que las coordenadas teóricas de la analista para identificar el caso como un caso de melancolía, se encuentran más apegadas a un lenguaje más psiquiátrico y descriptivo. La analista refiere a una entrada al tratamiento en una posición más depresiva de parte de la paciente, lo que permite desprender una separación difusa entre melancolía y depresión. Es la ideación suicida, las ideas de insuficiencia que emergían en el transcurso del tratamiento, las que le permitieron pensar el caso como una melancolía.

Se puede interpretar que este caso ilustra aquellos momentos de gravedad de afectos subjetivos que pueden emerger en la presentación de un potencial analizante y/o en el transcurso de un tratamiento, sin necesariamente responder a un modo de lenguaje particular. Este último punto si se piensa por estructura clínica no un modo de clasificación de síntomas descriptivos, como las categorías psicopatológicas sino formas y ordenamientos del lenguaje. En otras palabras, se podría hablar de *melancolización* del sujeto para nominar aquellos momentos de *derrumbe afectivo* y perturbación del *sentimiento de sí*, sin responder a nociones estructurales.

Por último, en el tercer caso *Viendo las cosas de un solo color*, se desprende una lectura más apegada a la escuela francesa del psicoanálisis, respecto a los fenómenos observados de la analizante. La analista pesquiza en los momentos de derrumbe afectivo coordenadas tales como la angustia frente al objeto, la dificultad de encontrar indicios de deseo y la tendencia de encarnar un objeto de desecho. Lo que le permitió pensar a la analista, como dirección del tratamiento, no tornarse una figura amenazante para la paciente.

## CONCLUSIONES

### *Resolución de las dificultades en la clínica de las melancolías.*

De los tres relatos clínicos presentados se puede rescatar como elemento en común la no resolución de los impasses y con ello, la caída de los tratamientos. Se puede señalar que los impasses tienen la cualidad de ser en un punto incalculable, pudiéndose advertir como efectos ya acontecidos en los tratamientos. En este sentido, se podría cuestionar y abrir preguntas respecto a los finales de tratamiento psicoanalíticos, en particular surge la interrogante si en un punto toda finalización de análisis tiene la marca de un impasse. Se podría concluir, a luz de los casos relatados, que los impasses tienen estructura de desencuentro entre analista y analizante, que de no ser resuelto puede dar a la caída del analista y con ello, del saber prometido y/o novedad del espacio analítico. La articulación del lazo analista y analizante es señalada por Eidelstein (2021):

*“En psicoanálisis, la noción de << clínica >> implica la presencia y operación del analista, revelando varios entre-dos articulados, o varios bucles anudados- analista/analizante, sujeto/Otro, etc.” (p.42).*

Tal como fue presentado en los relatos, los analistas pudieron pesquisar y evitar algunos posibles riesgos, pero que no los dejaba libre de otras dificultades y desencuentros, tales como caer en el desinterés, pérdida del deseo del analista de continuar con el tratamiento, anticipar resoluciones rápidas ante el malestar, encarnar otros de su historia que participan del entramado del sufrimiento de los pacientes, etc. Uno de estos riesgos interesante de destacar como elemento en común de los relatos clínicos, es el riesgo de la ausencia del deseo del analista, que se puede pensar como una variable significativa, y sensible de capturar por parte de los analizantes, en casos de melancolización y/o de herida narcisista. Esto debido a que puede caer como una reproducción de la condición de desamor propia del sujeto melancolizado. Y con ello, la vivencia de repetición de un desamparo original ante la falta del analista.

En esta línea, se podría pensar que no todo impasse culmina en la finalización de un tratamiento de ser advertido y rectificado, pero se podría abrir la pregunta si el término de un tratamiento podría contener un desencuentro entre ambos participantes por definición. Esto

debido a un desencuentro dada la dimensión incurable del síntoma (Araya, et. Al, 2017) y, a su vez, que el encuentro entre dos subjetividades (en tanto se hace presente o incluso se ausente la subjetividad del analista, según la lógica del caso) siempre en un punto es fallido (Haddad, 2016). De ser así, se podría llegar a pensar como una utopía los finales de tratamiento sin un impasse y, por tanto, sin la caída del analista.

Por consiguiente, los tratamientos culminarían de acuerdo a su propio camino trazado y de sus tropiezos inevitables del encuentro singular entre analista y analizante. El analista en este sentido traza un recorrido y tiene que estar advertido de sus efectos, a modo de un investigador: *“El investigador que no puede dejar de intervenir y modificar por su participación en aquello que desea investigar”* (Eidelsztein, 2021, p.42).

Por otra parte, también se puede concluir que, en las melancolías, independiente del lugar epistemológico en la que se comprenda psicoanalíticamente (neuropsicosis narcisistas, psicosis y fenómenos temporales ligados a la presencia real del objeto etc.), no se puede abandonar la referencia al inconsciente y con ello el devenir de un saber posible de parte del analizante. Por consiguiente, poder abrir a la posibilidad de alivios inesperados (Araya, et al. 2017) en pos del desarrollo de la verdad.

Asimismo, como fue señalado en apartados anteriores, el no abandonar la concepción de las fluctuaciones de los fenómenos melancólicos, permite una comprensión más enriquecedora frente a los matices y dificultades no pensados a priori que pueden emerger en la clínica.

Por otra parte, respecto a la dificultad de la escucha clínica frente a la verdad y la fijación al sufrimiento que posee el decir melancólico. Fernández (2019) señala como una orientación al analista, el marcar las tonalidades grises de existencia y evitar las posturas extremistas y totalizadoras, porque *“efectivamente somos poca cosa, pero eso es mejor que no ser nada o ser todo”* (Fernández, 2019, p. 216). Lo anterior, dialoga con la tesis de abstenerse de pensar a priori un bien del analizante y tolerar cierto sufrimiento incurable del sujeto. La orientación por las tonalidades grises de existencia permitiría dar emergencia a una invención del sujeto tales como objetos estéticos (Lambotte, 2007) y/o una suplencia del deseo por una actividad (Fernández, 2019).

Respecto a la posición del analista, Mitre (2018) recomienda no dejar ser aplastado por la dureza de una historia, sino que sostener el alojamiento de la escucha más allá de la pregnancia imaginaria de lo terrible; el reconocimiento de la falla ambiental, hacer uso del cuerpo y presencia del analista de ser necesario en momentos del encuentro. Es decir, soportar al embate de la pulsión; ubicar con precisión los momentos previos a la caída, donde algo funcionaba, es decir, circunscribir las pérdidas y, apostar a la emergencia de nuevas significaciones, así como también des totalizar otras. Movimientos que podrían hacer frente a la presencia del objeto y sostener al sujeto ante una caída o acto.

Una indicación clínica para facilitar la escucha de casos con fenómenos melancólicos es la intervención analítica en la vía del humor, que no solo opera para el tratamiento del analizante melancólico, sino para el tratamiento del deseo del analista. Esto debido el analista debe encontrar la manera de preservar su deseo ante la posición de sufrimiento radical del sujeto y no caer en prisas o anticipar una resolución desde sus propias pasiones. En este sentido, el humor se torna un tratamiento del superyó (Soria. 2017).

Finalmente, respecto a las limitaciones de la investigación se puede señalar que, debido a la dificultad de encontrar la cantidad de participantes necesaria para mayor variabilidad de la muestra, los resultados pueden ilustrar y ser más representativos para melancolías femeninas. Lo que introduce una línea investigativa que podrían seguir otros estudios futuros sobre las particularidades de las melancolías masculinas, sus experiencias y dificultades clínicas.

Asimismo, esta investigación de experiencias clínicas se realizó en población particular de atención psicológica, lo que también abre interrogantes en torno a las melancolías en otras instituciones, tales como instituciones públicas y/o contextos de hospitalización. Explorar tales instituciones podría permitir analizar relatos clínicos con otras dificultades, dificultades propias de las instituciones, distintos niveles de gravedad y urgencias de la práctica clínica.

Por último, es relevante reflexionar sobre la dificultad de estudiar relatos de pacientes en la investigación en psicoterapia. Esto debido a que en el proceso de muestreo de la investigación se pudo llegar a población de terapeutas interesados en participar y narrar sus experiencias clínicas. No obstante, declinaban la invitación al contemplar una entrevista a

sus respectivos pacientes. Lo que abre interrogantes en torno a las posibles aprensiones y fantasías que despierta en los terapeutas la idea de que sus analizantes narren su experiencia de tratamiento. De sus respuestas se pudo pesquisar e interpretar, la preocupación de exponer a sus pacientes y/o despertar en sus pacientes pensamientos paranoides, y recelo ante una eventual continuación del tratamiento, es decir, que la investigación tuviese el efecto de que analizantes quisieran retomar el análisis.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, K. (1911). *Notas sobre la investigación y tratamientos psicoanalíticos de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas*. Capítulo VI. En *Psicoanálisis Clínico* (1994). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Abraham, K. (1916). El primer estadio pregenital de la libido. En *Psicoanálisis Clínico* (1994). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Abraham, K. (1919). *Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico*. Capítulo XV. En *Psicoanálisis Clínico* (1994). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Abraham, K. (1924). *Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales*. Capítulo XXVI. En *Psicoanálisis Clínico* (1994). Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Aceituno, R. (2010). Espacios de tiempo. Clínica de lo traumático y procesos de simbolización. Colección Praxis Psicológica. Universidad de Chile.
- Álvarez, J. (2017). *Estudios de la psicología patológica*. Xoroi Editions.
- Álvarez, J.; Colina, F. & Esteban, R. (2009). Los delirios de negación según Cotard y Ségla. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 105-108. Recuperado en 12 de diciembre de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100007&lng=es&tlng=es).
- Ambrosini, A; Stanghellini, G; et al. (2011). El Typus Melancholicus de Tellenbach en la actualidad: Una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas Esp Psiquiatr*;39(5):302-11 36.
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Araya, C.; Dighero, D.; Reyes, P.; Gómez, F. (2017). Lo (Im)posible de sanarse: Aproximación psicoanalítica a la terapéutica del síntoma. *Rev GPU*, 13; 3: 287-292.



- Recuperado en [https://www.researchgate.net/publication/321111028\\_Lo\\_imposible\\_de\\_sanarse\\_A\\_proximacion\\_psicoanalitica\\_a\\_la\\_terapeutica\\_del\\_sintoma](https://www.researchgate.net/publication/321111028_Lo_imposible_de_sanarse_A_proximacion_psicoanalitica_a_la_terapeutica_del_sintoma)
- Arbiser, S. (2010). Karl Abraham. Sus principales ideas acerca del desarrollo psicosexual. *Psicoanálisis*, volumen XXXII. (nº1). pp- 113-125. Recuperado en: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/05/Arbiser-3.pdf>
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. Universidad Complutense de Madrid. *Rev Anales de la Psicología*, volumen VI (nº1): pp-37-58. Recuperado en: [https://www.um.es/analesps/v06/v06\\_1/04-06\\_1.pdf](https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf)
- Balbo, E. (1995). Melancolía y psiquiatría en el siglo XIX. *Rev Asoc. Esp. Neuropsiq*, volumen XV. (nº52). pp- 57- 59.
- Bogdan, R.& Biklen, S. (2003). *Qualitative research for education: an introduction to theories and methods*. Ner York: Allyn & Bacon.
- Bolívar, A. (2002). El Estudio de caso como informe biográfico- narrativo. *Arbor* CLXXI, (675): 559-578. Recuperado en [https://www.researchgate.net/publication/44385528\\_El\\_estudio\\_de\\_caso\\_como\\_informe\\_biografico-narrativo](https://www.researchgate.net/publication/44385528_El_estudio_de_caso_como_informe_biografico-narrativo)
- Cancina, P. (1992). *El dolor de existir y la melancolía*. Buenos Aires: Letra Viva.
- De Biasi, M. (2013). *Ser nada. Formas clínicas de la melancolía en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- De la Parra, G.; Errázuriz, P.; Gómez- Barris, E. (2019). *Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica*. Centro de Políticas Públicas UC.
- Dolto, F. (1996). *Sexualidad femenina. La libido genital y su destino femenino*. Edición revisada y ampliada. Barcelona: Paidós.
- Douville, O. (2013). De la mélancolie dans la psychiatrie classique: en jeu des débats. *Figures de la psychanalyse*. (nº 26). 39-72. Recuperado en <https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2013-2-page-39.htm>

- Eidelsztein, A. (2021). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Volumen II*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Farias, L. (2012). A melancolia no feminino. *Estilos da Clinica*, 17(1), 62-75. Recuperado em 17 de novembro de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282012000100005&lng=pt&tlng=](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100005&lng=pt&tlng=)
- Fernández, C. (2019). *Melancolía clínica y transmisión generacional*. Colección la Otra psiquiatría. Barcelona: Xoroi ediciones.
- Freud, S. (1894/1895). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo I.; Manuscrito E y G*: Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992/1905). *Las obras completas de Sigmund Freud, Tomo VII: Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992/1905). *Las obras completas de Sigmund Freud, Tomo VII: Sobre psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991/1912). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XII: Sobre la dinámica de la transferencia*. Buenos Aires Amorrortu editores.
- Freud, S. (1991/1914a). *Las obras completas de Sigmund Freud, Tomo XII: Recordar, repetir y elaborar*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1975/1914b). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XIV: Introducción al narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1975/1917). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XIV: Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992/1920). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XVIII: Más allá del principio del placer*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1975/1923). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XIX: El Yo y el Ello*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Freud, S. (2007/1924). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XIX: El problema económico del masoquismo*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1992/1926). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XX: Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (2009/1937). *Las obras completas de Sigmund Freud, tomo XIII: Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gabbard, G. (2008). Práctica psicoanalítica. Impasse Erótico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (107): 55-77. Recuperado en <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810709.pdf>
- Green, A. (1990). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Green, A. (1996). *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (1999). *Narcicismo de vida, narcicismo de muerte*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Green, A. (2010). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?*. Amorrortu: Buenos Aires
- Guislain, J. (1833). *Tratado sobre las frenopatías*. Gante. Recuperado en <https://cd.dgb.uanl.mx/handle/201504211/10976>
- Guyomard, D. (2013). *Nace una madre del vínculo a la relación*. Santiago: Ed, Catalonia.
- Haddad, M. (2016). *El uno y "no hay relación sexual"*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en <https://www.aacademica.org/000-044/734.pdf>
- Harper, D. & Thompson, A. (2012). *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy. A guide for students and practitioners*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Heinrich (2016). *Locura y melancolía*. Buenos Aires: Letra Viva.

- Herrera, P. Fernández, Olga. Krause, M., Vilches, O., Valdés, N. & Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia psicológica*, 27(2), 169-179. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>
- Humphreys, D. (2011). Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica. Precisiones fenomenológicas y psicopatológicas respecto de la melancolía y la depresión. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental* [online]. 2013, v. 16, n. 3 [Accedido 2 Octubre 2022], pp. 398-410. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000300004>>. Epub 01 Oct 2013. ISSN 1984-0381. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000300004>.
- Kottler, J. (1992). *Compassionate therapy: working with difficult clients*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kristeva, J. (1997). *Sol negro; Depresión y Melancolía*. Caracas: Monte Ávila Editores.
- Lacan, J. (1938). La famille: le complexe, facteur concret de la psychologie familiale. Les complexes familiaux en pathologie. In: *Encyclopédie Française*, Paris: Larousse.
- Lacan, J (1981). *El seminario de Jacques Lacan I: Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1993). *Psicoanálisis, Radiofonía y televisión*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lacan, J. (1996). *El seminario de Jacques Lacan: Libro XVII: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2002). *Intervención sobre la transferencia*. En *Escritos*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, J. (2003). *El seminario de Jacques Lacan: Libro VIII; La transferencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2005/1958). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis*. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (2005a). *Kant con Sade*. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno.

- Lacan, J. (2005b). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno, pp. 565-626.
- Lacan, J. (2007). *El seminario de Jacques Lacan: Libro VII: La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2008). *El seminario de Jacques Lacan: Libro XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2009a). *Cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (2009b). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En *Escritos 1*. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (2015). *El seminario de Jacques Lacan: Libro VI; El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2019). *El seminario de Jacques Lacan: Libro X; La angustia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (2013). *El Atolondradicho*. Otros Escritos. Buenos Aires: Paidós.
- Lado, V. (2011). *Resistencia y deseo del analista*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Laje, M. (2021). *Manía de automartirio y holofrase en la melancolía*. *Revista de Psicoanálisis* (N° 21). ISSN: 1515-3894. Universidad de Buenos Aires. pp. 115-120.
- Lambotte, M-C. (1995). *El tema de los espejar y de los bordes en la melancolía*. *Le Bulletin Freudien*. Revista de la Asociación Freudiana de Bélgica, n°27.
- Lambotte, M. (2003). *Le discours mélancolique. De la phénoménologie à la metapsychologie*. Toulouse: Éditions érès.
- Lambotte, M-C. (2007). *La Mélancolie, Estudios Clínicos*. París: Económica.
- Lambotte, M. (2011). *Ponencia en Universidad de Chile sobre la estética melancólica*.

- López Herrero, Luis-Salvador, & Pérez, Ana. (2003). La cara oculta de la tristeza. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 53-65. Recuperado en 06 de noviembre de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352003000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300004&lng=es&tlng=es).
- Lucchetta, L. (2015). *Melancolía: Una lectura desde la metapsicología freudiana*. Tesis de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado en <http://m.rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/262/0145.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Malengreau, P. (2005). Le neutre et la thérapeutique. *La cause freudienne*, (61), 51-57.
- Martínez, S. (2011). *El muestreo en Investigación Cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco): México.
- Klein, M. (1991). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. Tomo II Buenos Aires: editorial Paidós.
- Klein, M. (2008). *Obras completas Melanie Klein: Amor, culpa y reparación*. México: Paidós.
- Miller, J. (2015a). *Variaciones del humor*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. (2015b). Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria. *Revistas consecuencias* (N° 15). Recuperado en <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015/template.php?file=arts/Alcances/Efecto-retorno-sobre-la-psicosis-ordinaria.html>
- Minaudo, J. (2014). *Melancolía, un caso de TOCC. Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología. Psicopatología Cátedra II- Universidad de Buenos Aires*.
- Mitre, J. (2018). Clínica del desamparo, o Winnicott con Lacan. *Revista Rayuela* (4). Recuperado en <http://www.revistarayuela.com/es/004/template.php?file=Notas/Clinica-del-desamparo-o-Winnicott-con-Lacan.html>

- Muñoz, P. (2019). *Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*. Buenos aires: Letra Viva.
- Pellion, F. (2003). *Melancolía y verdad*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Pujante, D. (2018). *Oráculo de tristezas. La melancolía en su historia cultural*. Barcelona: Xoroi Ediciones.
- Rank, O. & Ferenczi, S. (2005). *Metas para el desarrollo del psicoanálisis: De la correlación entre teoría y práctica*. México: Ediciones Literales.
- San Martín, V. (1993). *Intervenciones en Una Melancolía. Trabajo presentado en la jornada del Seminario de Presentación de Pacientes del Hospital Manuel Belgrano. 11 de diciembre de 1993*. Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Schkolnik, F. (1999). ¿Neutralidad o abstinencia? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (89). Recuperado en <https://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719998905.pdf>
- Soler, C. (2016). *Las lecciones de las psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Soria, N. (2017). Duelo, melancolía y manía, en la práctica analítica. Buenos Aires: Del Bucle.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Urribarri, F. (2008). André Green: La representación y lo irrepresentable en la práctica contemporánea. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (nº106). pp. 110-119. Recuperado en <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200810605.pdf>
- Winnicott, D. (1963). El valor de la depresión. *Obras completas*. Psikolibros. Recuperado en <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. (1958). Los efectos de la enfermedad depresiva en ambos progenitores o en uno de ellos. *Obras completas*. Psikolibros. Recuperado en <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>
- Winnicott, D. (1996). La metapsicología revisitada. *Obras completas*. Psikolibros. Recuperado en <https://ouricult.files.wordpress.com/2012/06/donald-winnicott-obras-completas.pdf>

Winnicott, D. (2021). Obras completas. Cartas a la familia, escritos pediátricos y la defensa maníaca (1911-1936)". Santiago: Editorial Pólvora.



## ANEXOS

### PROTOCOLO DE DERIVACIÓN ASISTIDA

En caso que durante la investigación algún participante llegase a requerir apoyo psicológico de largo aliento y/o evaluación psicológica, se contempla la siguiente estrategia de derivación asistida.

#### Procedimiento general:

1. Si a continuación de la detección de una situación que ha requerido de estabilización emocional se estima necesario un abordaje de mayor envergadura, la investigadora responsable Javiera Mena Dassonvalle se hará cargo de la derivación asistida, otorgando información y comunicación con servicios y/o centros de referencia, conforme al consentimiento de él/elle/la participante, para la evaluación clínica y posible inicio de atención psicológica.
  - A. Se le otorgará información y comunicación a él/elle/la participante que lo requiera y acepte, con la ONG Consultorio Tempora para asistencia psicológica (<https://ongtempora.cl/>). De ser requerido por él/elle/la participante, la investigadora responsable puede acompañar en el proceso de relleno del formulario de atención. La ONG se compromete con ofrecer apoyo psicológico presencial u online, por un tiempo indefinido y con un arancel diferenciado, que puede ser conversado con el terapeuta tratante considerando la capacidad de pago de él/elle/la participante consultante. Además, se dará prioridad en caso de existencia de lista de espera en la institución.
  - B. En caso de pacientes que se encuentren habitando en sectores rurales de la Región Metropolitana, la ONG Tempora puede ofrecer la alternativa de realizar el proceso psicológico vía online, mediante la plataforma que le acomode al consultante.
  - C. En caso que él/elle/la participante se encuentre con un tratamiento psicológico en curso, la investigadora responsable se contactará con el profesional tratante correspondiente.
2. Se tendrá en consideración para la derivación asistida los criterios de voluntariedad, confidencialidad, entrega de información adecuada y mutuo acuerdo.

## PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN EN CASO DE DESESTABILIZACIÓN EMOCIONAL Y/O DETECCIÓN DE RIESGO

### Prevención.

Una de las primeras medidas de prevención y facilitadoras del manejo de la situación emocional de la entrevista y de ser requerida una contención psicológica a los participantes, es la formación y experiencia en psicología clínica de la investigadora responsable en manejo de temáticas de salud mental. Considerando de forma particular, la experiencia en trabajo clínico en instituciones en contexto de patologías de mediana y alta complejidad en psiquiatría y salud mental. Lo que es pertinente al considerar que las entrevistas en investigación en psicoterapia pueden surgir percepciones de salud y enfermedad individuales como, asimismo, la reactivación de memorias dolorosas. Frente a tal riesgo, la investigadora responsable se encuentra capacitada para realizar apoyo psicológicos primarios.

En esta línea, para un manejo adecuado de la entrevista se tendrá en cuenta:

- **Evaluación de bienestar:** Se realizará un monitoreo de bienestar, en el cual la investigadora responsable interrumpirá la entrevista para preguntar por el estado emocional de los entrevistados: *¿Cómo te has sentido hasta el momento? ¿Necesitas una pausa? ¿Deseas continuar con la entrevista?*
- **No enjuiciar, no dar consejos y no minimizar experiencias:** Se evitará preguntas que puedan contener una carga evaluativa de las experiencias narradas por los entrevistados.
- **No interrumpir o apurar la conversación:** Es difícil relatar experiencias que pueden incluir memorias y vivencias dolorosas, por lo que la conversación puede tardar. Es necesario no interrumpir ni apurar la conversación o cortarla abruptamente.
- **No forzar el relato:** Preguntar insistentemente sobre hechos o detalles que la persona afectada ha omitido.

### 1. Contención

En el caso que el primer contacto y/o reunión genere descompensación emocional se van a seguir las siguientes prácticas.

- **Interrupción de la entrevista:** De llegar a observarse alguna situación de desestabilización y/o situaciones de riesgo para algún participante durante el desarrollo de cualquier fase de la investigación, se procederá primero a interrumpir la actividad que se lleve a cabo en aquel momento para abordar la dificultad a través de estrategias de acogida, brindando oportunidades para la debida expresión de temores, preocupaciones y todo otro relato. Se va a volver encuadrar al participante que su participación es voluntaria y que se puede retirar de la entrevista si lo desea. Se resguardará en todo momento tanto la confidencialidad como la seguridad personal de él/la participante, procurando entregar la contención, validación del relato y apoyo emocional de él/la participante, además de evitar cualquier juicio de valor u opinión, que pueda conllevar alguna forma de reproche y/o re-victimización. Para ello se tomará en cuenta las siguientes variables:
  - 1) Mantenga la calma, evite gritar.
  - 2) Utilice un tono suave y pausado.
  - 3) Use frases claras y concretas.
  - 4) Permita que la persona se exprese.
  - 5) Asegure confidencialidad, explique que sólo dará información general para poder derivarlo si es necesario.
  - 6) Asegure la seguridad de la persona en crisis, tal como acompañarlo hasta que llegue a su encuentro el contacto de emergencia señalado por él/la participante, que ha sido previamente contactado como red cercana del entrevistado.
  - 7) Realice seguimiento.
  - 8) Escuche activamente, hágale entender que lo esta escuchando. Recapitule lo que el interlocutor ha dicho de manera organizada.
  - 9) Pregunte antes de hablar *¿En qué te puedo ayudar?, ¿Qué necesitas?* Pregunte por las soluciones que ha pensado
  - 10) No juzgue sus comentarios. No compare sus problemas o no los relativice
  - 11) Clarifique la información: *¿A qué te refieres con eso?, ¿qué quieres decir?.*  
*Parafrasee: “Entonces, lo que estás diciendo es que...” Refleje: “O sea, te sientes mal cuando...” Resuma: “Lo que entiendo de lo que me dices es que...”*
  
- **Valoración de la situación de riesgo inmediato:** Para evaluar las redes que se pueden construir, es necesario valorar la situación de riesgo en la que se encuentra la persona, algunos factores de riesgo a considerar son el riesgo suicida, redes ausentes o disminuidas, hechos de violencia y su gravedad.
  
- **En caso de una desestabilización mayor:** La investigadora responsable se contactará con el contacto de emergencia que fue entregado por él/la participante. De ser necesario, se le pedirá a la red de él/la participante que se dirija hacia donde se

encuentra el participante y se mantendrá la video llamada hasta que él/la participante se encuentre en compañía. Se le va a recomendar que pueda ser evaluado por centros especializados, la investigadora responsable le otorgará información al respecto tanto al participante como a su red.

- **Derivar:** En caso de que, en base de juicio clínico de la investigadora responsable, sea necesario que la persona se dirija a los recursos especializados. La investigadora ofrecerá la información necesaria respecto a recursos de atención psicológica para que el participante puede tomar la decisión de consultar con total autonomía. En caso de surgir en la entrevista información que involucra daños a sí mismo o a terceros, la entrevistadora tiene la responsabilidad ética de facilitar dicha información a los centros especializados y a la activación de red. La investigación cuenta con un acuerdo de derivación asistida con la ONG Tempora (Ver protocolo de derivación asistida).
- **Otros canales de ayuda que puede ofrecer la investigadora responsable:**

Servicio de Urgencias Psiquiátrica Dr. José Horwitz Barak: Esta ubicado en Avenida Olivos 837, Recoleta. Atiende las 24 horas a todo paciente que requiera la atención. Para acceder al servicio solo se requiere carnet identidad y, de tener, documentación de medicamentos.

Salud Responde 600 360 7777: responde a necesidades de información de la población en múltiples materias asociadas a la salud. Específicamente para salud mental, cuenta con psicólogos para entregar orientación profesional y ayuda en situaciones de crisis.

Fono Drogas y Alcohol 1412: es un servicio gratuito, anónimo, confidencial y disponible las 24 horas del día de manera gratuita para personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, sus familiares, amigos o cercanos.

Fono Orientación y Ayuda Violencia contra las mujeres 1455: da ayuda a todas las mujeres que sufren maltrato, tanto físico como psicológico, brindándoles orientación sobre cómo solicitar ayuda, a quiénes acudir o dónde denunciar. A cargo de especialistas en violencia contra las mujeres, atiende las 24 horas del día, todos los días. Es gratis y se puede llamar incluso sin saldo en el teléfono celular.

Fundación Todo Mejora: entrega apoyo y orientación para la prevención del suicidio adolescente y bullying homofóbico a jóvenes LGBTQ+. A través del chat del fanpage [todomejora.org](http://todomejora.org) , bajando aplicación en celular o vía mail a [apoyo@todomejora.org](mailto:apoyo@todomejora.org)

## PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS, APLICACIÓN DE ENTREVISTAS Y GUIÓN TEMÁTICO DE ENTREVISTA

### **Experiencias terapéuticas y dificultades de tratamientos psicoanalítico de pacientes que presentaron fenómenos melancólicos, desde la perspectiva del paciente y terapeuta.**

Para la aplicación de las entrevistas se tomará a consideración:

- a) La investigadora responsable para comenzar el muestreo por bola de nieve, hará uso de sus redes conocidas de agrupaciones de terapeutas con formación psicoanalítica y/o redes de terapeutas independientes con formación psicoanalítica para acceder a la población potencial que cumpla los criterios de inclusión. En caso se identifique una díada (terapeuta y paciente) cuyo proceso psicológico se realizó en contexto de una **institución privada u ONG**, la investigadora responsable se va a contactar con la institución y se le entregará una Carta de invitación a la investigación junto con **un anexo de autorización institucional**. De dar la autorización la institución, se comenzará con el contacto con los terapeutas potenciales (Punto B).
- b) Una vez identificado los terapeutas potenciales, la investigadora se contactará vía telefónica o mail con los terapeutas, se les entregará o leerá una carta de invitación para la participación en la investigación, en la cual se les comunica la investigación, objetivos y métodos. En caso de no estar interesados, se le agradece la atención dada hasta el momento. En caso de manifestar interés, se les invita a que contacten a sus pacientes potenciales para preguntar si se encuentran interesados en ser contactados por la investigadora responsable para participar en este estudio, a través de la siguiente consigna: *“La psicóloga Javiera Mena está haciendo un estudio sobre las experiencias de psicoterapia. Su estudio consiste en entrevistar a pacientes que hayan recibido psicoterapia por dificultades parecidas a las que tú tenías cuando comenzaste tu tratamiento, para conocer cómo fue tu experiencia de tratamiento. ¿Te gustaría participar? Tu posible participación es totalmente voluntaria. Si estás de acuerdo en participar, le entregaré a Javiera tu teléfono o correo electrónico de contacto, como sea más cómodo para ti. Ella te llamará para contarte toda la información que necesites saber sobre el estudio, antes de confirmar tu participación”*. Para aquel contacto e invitación de los pacientes potenciales, se le entregará a los terapeutas una *Carta de invitación a la investigación* junto con un *Consentimiento de entrega de datos de contacto a la investigadora responsable* vía Formulario Google, para que puedan invitar a sus respectivos pacientes a participar investigación. De estar interesados los pacientes y dar consentimiento para que sus respectivos terapeutas entreguen sus datos para ser contactados por la investigadora, esta última se contactará con los participantes para invitarlos con mayor información de la investigación. De no estar interesados los pacientes potenciales, se cae de la

muestra la díada y se le agradece a los terapeutas respectivos por su interés en participar.

- c) De aceptar, los pacientes potenciales a ser contactados, la investigadora responsable se comunicará vía telefónica o mail (según el contacto otorgado) con los pacientes para invitarlos a la participación de la investigación y se les entregará o leerá una carta de invitación a la investigación. Se les otorgará información sobre su posible participación en la investigación, información contenida en el consentimiento informado, para que tomen su decisión de participar o no. Se le explicará a los participantes pacientes del riesgo emocional que podría conllevar la entrevista por tratarse de temas sensibles, y que por tal motivo, en caso de participar en la investigación, se le pedirá un contacto de emergencia en caso de una desestabilización emocional mayor. De no aceptar se les agradecerá por su tiempo. **Se respetará el consentimiento de los pacientes como primera instancia para prosecución de las entrevistas de las díadas.** De encontrarse interesadas ambas partes, se procederá a realizar cada entrevista virtual.
- d) En caso que la díada se encuentre interesada en participar, se acordará una fecha y hora para la entrevistas virtuales, y se le informará que puede cambiar la fecha y hora, comunicándose con la investigadora responsable, en caso que no pueda participar en el horario estipulado. Se le entregará con anticipación el link y clave de acceso de la plataforma ZOOM para la entrevista virtual. En caso de que uno de los miembros de la díada decida no participar, se agradece a la díada por su tiempo y se retira de la díada de la muestra potencial.
- e) Cuando se realice la entrevista virtual, esta comenzará con la presentación de la entrevistadora, y en este caso investigadora responsable. También, la presentación de la investigación, su relevancia y sus objetivos.
- f) Se compartirá pantalla con el documento del consentimiento informado y se realizará una lectura en conjunto. El consentimiento será enviado al mail de él/elle/ la participante. Si la persona tiene problemas para la lectura del documento, ya sea orgánica o funcional, el investigador lo hará por él/ella/elle. Nuevamente, se le explicará en el documento del consentimiento informado de los participantes pacientes del riesgo emocional que podría conllevar la entrevista por tratarse de temas sensibles, y que de dar su consentimiento se le pedirá un contacto de emergencia en caso de una desestabilización emocional mayor. Se dará un espacio para que el participante pueda realizar preguntas sobre la investigación y lectura del consentimiento. En caso de no dar consentimiento, se le agradece por el tiempo y escucha ofrecida, y se da por finalizada la videollamada.
- g) De dar el consentimiento, se le solicita al paciente responder por la plataforma *Google Forms* su aceptación y consentimiento para participar de la investigación. Una vez dado su consentimiento se comenzará a grabar audiovisualmente. Duración de la entrevista máximo una hora y media.

- h) **Inicio de entrevistas:** Se da inicio a la consigna de la entrevista narrativa. Se le ejemplificará la consigna en caso que él/elle/la participante lo requiera. De no surgir respuesta, se realizarán preguntas que faciliten su narración (ver guion temático).
- i) **Desarrollo de la entrevista:** Luego de dar la consigna de la entrevista, de quedar elementos para profundizar según los objetivos de la investigación, la entrevistadora realizará las preguntas pertinentes. En caso de que la consigna no logre el despliegue de la narración del participante, la entrevistadora realizará preguntas que faciliten la narración de su experiencia subjetiva (Ver guion temático).

De emerger contenido sensible, la entrevistadora realizará preguntas que le permitan evaluar la vivencia emocional del participante: *¿Cómo se ha sentido hasta el momento? ¿Le gustaría que nos tomemos una pausa?* Se le informará nuevamente al paciente que puede interrumpir la entrevista cuando lo desee. De encontrarse afectado el participante con las temáticas de la entrevistas, la entrevistadora dará por suspendida y/o finalizada la entrevista según la afectación. Se evaluará la gravedad de la situación emocional y se procederá, en caso que sea necesario, a ejecutar primeros auxilios psicológicos al participante (Ver protocolo de prevención y contención). En caso de un mayor impacto emocional, la entrevistadora recurrirá al contacto de emergencia proporcionado por él/ elle/ la participante y le informará a él/elle/la participante sobre los servicios de apoyo psicológico de referencia (Ver protocolo de prevención y contención; protocolo de derivación asistida).

- j) **Finalización de la entrevista:** De no interrumpir o suspender la entrevista, la entrevistadora realizará las preguntas finales según algún aspecto que consideré que se podría profundizar. Una vez que se de por terminada, se termina de grabar. La entrevistadora hará un síntesis de los puntos centrales transmitido por el entrevistado, se dará un espacio para que el entrevistado pueda comentar algún aspecto que considere importante y finalmente se dará un espacio para que el entrevistado pueda comentar como se sintió en el desarrollo de la entrevista.
- k) Agradecimiento del entrevistador por la gentileza y voluntad de participar de la persona investigada, seguido de una despedida.

## Pauta de entrevista para terapeutas

**Consigna general:** *“Cuénteme sobre su experiencia en el tratamiento psicológico con (nombre de él/elle/ de la paciente que presento fenómenos melancólicos). Quiero recoger sus impresiones sobre su experiencia y trabajo psicoterapéutico, con el mayor detalle posible, pensando en el inicio, desarrollo y finalización del tratamiento”.*

**Índice temáticos:** De no salir espontáneamente de parte de las narraciones de los terapeutas, la entrevistadora preguntará.

Inicio del tratamiento	Descriptivo	¿Cómo fue el primer contacto? ¿Cuál fue el motivo de consulta/demanda del/elle/la paciente? ¿En qué condición subjetiva llegó el/elle/la paciente al inicio del tratamiento? ¿Le surgió dudas diagnóstica en las primeras entrevistas? ¿Qué indicios permitieron la comprensión del caso desde la melancolía? ¿Qué fenómenos o elementos le permitieron pensar el caso como una melancolía?
	Vínculo y Transferencia	¿Qué impresiones clínicas tuvo de las primeras entrevistas? ¿Qué riesgos transferenciales pesquió en el comienzo del tratamiento? ¿Qué lugar hipotetiza que tenía Ud. para el paciente, en el inicio del tratamiento?
	Intervenciones	¿Qué le dijo al paciente sobre su motivo de consulta? ¿Qué primeras intervenciones/interpretaciones podría destacar en el comienzo del tratamiento? ¿Qué dirección de la cura pensó preliminarmente? ¿El diagnóstico qué efectos tuvo para pensar sus intervenciones?
	Momentos Significativos y/o complejos.	¿Qué hitos destacaría usted del comienzo del tratamiento? ¿Qué primeras dificultades surgieron al comienzo del tratamiento?
Desarrollo del tratamiento	Descriptivo	¿Cómo fue el desarrollo del caso? ¿Qué cambio surgió? ¿Cambio o se desplazó el motivo de consulta? ¿Se evidencio cambios en la posición del/ la/ elle paciente? ¿Surgieron nuevas temáticas en el tratamiento? ¿Se suspendió en momentos el tratamiento?



	Vínculo y Transferencia	<p>¿Qué puede contarme sobre la transferencia en el curso del caso clínico?</p> <p>¿Cómo describiría al paciente?</p> <p>¿Qué particularidades tuvo el caso a nivel transferencial? ¿Tuvo momentos de cambio su posición?</p> <p>¿El /la /elle paciente tuvo un cambio en la forma en que se dirigía a Ud.?</p> <p>¿Qué dificultades en el vínculo surgieron?</p> <p>¿Recuerda algún momento específico de la terapia que haya sentido significativo en cuanto la relación con el paciente?</p>
	Intervenciones	<p>¿Qué particularidad o cálculo tuvo la interpretación/ intervención en el tratamiento?</p> <p>¿Cambio su forma de comprensión del caso clínico?</p> <p>¿Qué intervenciones destacaría del curso o desarrollo del tratamiento?</p> <p>¿Cómo abordó Ud. Aspectos de urgencia del caso?</p> <p>¿Cuáles son las estrategias/ técnicas clínicas para afrontar las dificultades?</p>
	Momentos Significativos y/o complejos.	<p>¿Qué momentos o hitos en el curso del tratamiento, usted destacaría?</p> <p>¿Hubo algún elemento que usted calificaría como clave en esta terapia?</p> <p>¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro con el/la/elle paciente?</p> <p>¿Qué dificultades/impases clínicos surgieron en el curso del tratamiento? ¿Cuál fue su impacto en el curso del tratamiento? ¿Cómo fueron afrontadas?</p> <p>¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?</p> <p>¿Qué situaciones clínicas calificaría como problemáticas en el proceso terapéutico?</p>
Finalización del tratamiento	Descriptivo	<p>¿Cómo fue el cierre o finalización del tratamiento? ¿Lo marco un hito en particular? ¿Fue de mutuo acuerdo?</p> <p>¿Usted notó algún cambio en el /la /elle paciente en la finalización del tratamiento en comparación con el inicio?</p> <p>¿Recuerda la última sesión?</p> <p>¿Cómo evalúa Ud. Este tratamiento?</p> <p>¿Qué cosas podrían haber sido mejores?</p>
	Vínculo y Transferencia	<p>¿Cambio de alguna forma el vínculo del paciente hacia Ud.?</p> <p>¿Surgió una dificultad en el vínculo con el paciente al final del tratamiento?</p> <p>¿Qué cree que llevó al paciente continuar hasta el final?/ ¿Qué cree que llevó al paciente a abandonar?.</p>

	Intervenciones	<p>¿El cierre lo marcó una intervención en particular?</p> <p>¿Recuerda las últimas intervenciones?</p> <p>¿Cómo fue el manejo del cierre?</p>
	Momentos Significativos y/o complejos	¿El cierre fue producto de un momento complejo o significativo en el tratamiento?
Cierre de entrevista	<p>¿Qué le enseñó el caso para la práctica psicoanalítica?</p> <p>¿Qué cambios requiere la técnica psicoanalítica para afrontar dificultades en el tratamiento de la melancolía?</p> <p>Se le pregunta que si hay algo más que le gustaría agregar. Se le devuelve los puntos centrales de la entrevista. Por último, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para aportar en la investigación.</p>	

