

EL AFECTO DEPRESIVO O LA CLÍNICA DEL VACÍO

Mónica María Palacio C. ()*

"No soy nada; yo soy nulo; no valgo nada", "Estoy vacío... no siento absolutamente nada ... tengo el sentimiento de no existir", "Estoy agotado... estoy como en un túnel...estoy angustiado de la vida..."

Tales son los enunciados enigmáticos de la estructura de varios sujetos, sujetos que se dicen "deprimidos", "angustiados" o simplemente "cansados de vivir" y que nos hacen parte de una experiencia de vacío, de "malestar".

Freud, desde muy temprano en su obra, explica la depresión como el signo de un afecto que en sí mismo no hace síntoma pero que es el signo observable, sensible, de "algo" que afecta a un sujeto. El sentido de este afecto queda, sin embargo, desconocido, pues su causa es innombrable para el sujeto, aunque para Freud dicho afecto (la depresión) da cuenta de la causalidad psíquica.

El afecto depresivo es para Freud una forma por medio de la cual la libido se retira del objeto, lo que explica los diferentes síntomas clínicos: insomnio, pérdida del apetito, inhibición intelectual, sexual y psíquica, que no son más que efectos de una mortificación pero no, por tanto, los índices de una sola estructura.

Lacan deducirá posteriormente dichos efectos mortíferos, no solamente del campo de los afectos, sino como siendo propios de la posición subjetiva; posición que revela a su vez las "desgracias del ser" ligadas a los efectos del lenguaje sobre el "ser viviente humano", dichos efectos mortíferos no son exclusivos entonces de la neurosis, y ellos pueden ser aún más dolorosos y definitivos en la psicosis.

El cuadro de los afectos depresivos concierne a todas las neurosis yendo hasta la psicosis y nos confronta a una clínica "del vacío" que no puede ser expresada solamente en términos de afectos o de trastornos del humor, pues ésta implica la distinción entre, de una parte, las "pasiones del alma" en la neurosis en las que el inconsciente no parece estar convocado; y de otra parte, el rechazo del inconsciente en la psicosis.

La experiencia de vacío en la que a nivel fenomenológico predominan los afectos, es la experiencia propia de la estructuración subjetiva, es en el "vacío" del pasaje del goce al



deseo que se engendra la angustia. No es entonces excepcional la aparición de la angustia ligada a un momento de vacío, lo que es excepcional es eso que se revela como defecto a nivel del deseo, más allá de los enunciados de la angustia, de vacío, de dolor. Los enunciados con los que iniciamos este texto "estoy vacío... no soy nada... etc." pueden ser enigmáticos en relación a la estructura del sujeto porque dicho defecto del deseo se presenta bajo formas fluctuantes y variadas que van de la neurosis a la psicosis.

En la experiencia "de vacío" podemos situar entonces, en el lugar de la causa, un defecto al nivel del deseo. Pero hay que incluir además, en ese lugar de la causa, los efectos que el discurso actual tiene sobre el sujeto sin confundir o velar con ello lo que corresponde a su estructura. Pues en el camino del éxito y la felicidad a cualquier precio, el sujeto paga con sus síntomas como producto del discurso.

Y mañana, ¿todos deprimidos? No es imposible. Ya que cada vez más se encuentran en los servicios médicos, sociales y psiquiátricos personas que presentan "la depresión" como síntoma mayor, sin que ésta implique exclusivamente los sentimientos de tristeza que agobian al sujeto, sino sobre todo síntomas somáticos tales como insomnio, trastornos de la alimentación, inhibiciones físicas y psíquicas, sentimientos de pérdida, de culpabilidad, remordimientos, etc., y cada vez más la expresión negativa de un sentimiento que toca al "ser": *Yo no soy nada*, como un enunciado primordial del sujeto que deviene en él una constante.

La descripción de esta "experiencia de vacío" puede ser muy extensa, y ya ha sido elaborada; basta referirse a todos los textos que tratan sobre la depresión o la melancolía. Pero lo que aquí nos interesa cuestionar es la *posición del sujeto* en esa experiencia de vacío, pues si la constitución subjetiva se juega en ella, ¿en qué momento este vacío constituye una experiencia particular que toca al ser?

Para tratar de responder a esto tomaremos como paradigma de tal experiencia un caso en el que se puede verificar ese "desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto" (1).

El señor L es un hombre de cincuenta años que encontramos durante el curso de una segunda hospitalización a causa de una depresión y de un insomnio severo, que data de más de veinte años. Gracias a su profesión de enfermero, él se pudo beneficiar durante estos años de tratamientos más o menos eficaces que le habían evitado llegar al estado actual de "insoportable". La muerte de su hermana quince años atrás, constituyó un momento de coyuntura, de impasse en su estructura, y tal vez el pródromo de un desencadenamiento psicótico.

Tras la muerte de su hermana, él abandona su profesión a causa de su indiferencia respecto a otras personas: "después de la muerte de mi hermana me encerré en mí mismo, estaba

menos a la escucha de la gente, dejé mi profesión de enfermero porque no estaba bien en lo que hacía, me volví indiferente; ahora soy menos sensible a todo lo que concierne la gente, todo me es indiferente... cuando dejé mi profesión me sentí aliviado, como si me hubieran quitado un peso de encima"... " Yo me reprocho esta indiferencia".

En este relato hay un pequeño eco del reproche melancólico ligado a una falta moral: ser indiferente ante los otros cuando es uno quien los cura, está lejos de ser poco para este sujeto. Además hay un episodio que él dice haber olvidado, del cual, cuando lo recuerda, se siente muy culpable: su madre, quien sufría de un alcoholismo grave, muere cuando el señor L tenía 22 años. Durante una visita al médico él le explica que el decaimiento de su madre se debe al alcoholismo, revelación que hubiera podido ser dolorosa para él pues es en el alcoholismo de la madre donde él sitúa el comienzo de su insomnio; sin embargo, esta revelación lo deja "indiferente". Cuando recuerda esta escena, su actitud le parece increíble y se siente culpable de haber sido "tan indiferente".

Tenemos entonces, en este sujeto, el binario "falta-reproche" que en los últimos años comienza a tomar una forma consistente, pues la indiferencia toma la forma, cada vez más marcada, de rechazo del otro: él no soporta más la gente, hasta el punto de no poder salir a restaurantes, de no frecuentar amigos o personas cercanas e incluso de no poder trabajar desde hace ya cuatro años, logrando un sentimiento de apaciguamiento, de tranquilidad, solamente cuando se queda en su casa.

Toda esta situación él la explica como siendo el resultado de múltiples pérdidas en su vida: "estoy muy angustiado... perdí mi hermana, mi mamá... he perdido muchas cosas... cuando perdí mi hermana perdí mi infancia... otras cosas también se perdieron en ese momento que hicieron que haya un antes y un después... ya hace mucho tiempo que estoy en el mismo estado, siempre insomniaco, con este sentimiento de pérdida."

Es la pérdida de su hermana lo que lo agobia desde hace más de quince años; en sus palabras: es *un duelo que no ha podido hacer* pues con ella perdió "otras cosas". Sin embargo, le es difícil saber eso que perdió, fenómeno que para Freud es una de las características de la melancolía.

"... Y en otras circunstancias nos creemos autorizados a suponer una pérdida así, pero no atinamos a discernir con precisión lo que se perdió, y con mayor razón podemos pensar que tampoco el enfermo puede apresar en su conciencia lo que ha perdido. Este caso podría presentarse aun siendo notoria para el enfermo la pérdida ocasionada por la melancolía: cuando él sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él" (2).

Podríamos decir que el señor L sostenía con su hermana una relación imaginaria predominante. Ella era su doble imaginario, no ubicado en el eje imaginario a__a' del Yo con el objeto, con el otro semejante, sino como un redoblamiento del Yo a__a' en espejo. Es en la



identificación a esta hermana inteligente, intelectual, con mucho carácter, que construye su Edipo con una versión del padre que "cede siempre" al capricho y al carácter de su hija; una hermana que se gana la admiración del padre, con quien tenía una relación conflictiva. Con su desaparición hay entonces un "hueco" en el lugar del *Ideal del Yo*, donde el sujeto se podía sostener con sus insomnios y sus pasajes depresivos, etc. Es una desaparición del propio Yo, que encuentra refugio en una relación homosexual (en espejo) que sostiene al sujeto desde entonces.

Sin embargo, el pasaje decisivo en el derrumbamiento del sujeto es "una voz". Este paciente mantenía con su hermana una comunicación telefónica importante: es por teléfono que él le hace ciertas revelaciones concernientes a su vida sexual. Actualmente mantiene un "diálogo" con las voces de su hermana y de su madre: "diálogo como por teléfono, nos contamos las cosas cotidianas", dice. Algún tiempo después de la muerte de su hermana, llama a su cuñado para preguntar por los niños de los que él se ocupaba frecuentemente, y en esta llamada encuentra "otra voz" femenina que le produce "un efecto muy raro": "... él (el cuñado) había encontrado una nueva mujer que se ocupe de los niños de mi hermana, me hizo a un lado... que los niños llamaran a esta mujer mamá me chocó enormemente, yo sufría mucho, era como haber enterrado a mi hermana una segunda vez."

Su duelo no había sido realizado totalmente cuando hubo un momento de desencadenamiento: el encuentro de "otra voz", una voz que lo expulsa del Ideal. No queda lugar entonces allí donde antes tenía uno. No le queda más que el sentimiento de estar en un túnel donde no ve la salida, pero donde creyó entrever una realizando una tentativa de suicidio de la cual la única explicación posible es decir que "está angustiado de la vida"; expresión que nos acerca a lo que Lacan llama "el dolor de existir", que no deja de estar ligada a una falta y que nos conduce directamente a nuestra pregunta en relación al ser.

"El dolor de existir", que puede ser uno de los afectos que constituye la experiencia depresiva, nos impone hacer la diferencia entre la falta y el vacío. Pues la clínica de la falta implica haber reconocido en el Otro la falta, que Lacan escribe \emptyset (Otro tachado). El Otro afectado por el deseo. La clínica de la falta, pero también la del vacío, tienen su coyuntura en el momento de separación. Momento en el que encontramos la superposición de dos faltas: el sujeto encuentra la falta del Otro en su discurso, lo que constituye el enigma de su deseo. Es en ese momento que, en su estrategia, el sujeto hace del vacío una modalidad de la falta de la que sólo hay una salida posible: la vía del deseo.

Sin embargo, del lado del vacío no como experiencia sino como eso que puede revelar una estructura, el momento de separación no es completamente efectuado pues no hay falta posible y esto revela un "hueco". La experiencia depresiva o la "falta en ser" en la psicosis, son signos donde la existencia del Otro vacila.



En el caso del señor L lo vemos de manera evidente: antes de la muerte de su hermana él tenía pasajes depresivos, insomnio a causa del alcoholismo de la madre, un insomnio siempre debilitante y agotador pero relativamente soportable, pero tenía sobre todo un soporte imaginario en una identificación narcisista, que le permitía mantenerse "en la vía del deseo" en un primer momento a nivel de su formación y más tarde en una vida profesional estable, en su vida de familia, etc. Pero con la desaparición de su hermana del plano imaginario (narcisista), que revela un hueco en lo real, esta pérdida no puede ser asumida simbólicamente.

Podríamos decir que la pérdida real revelada por el trabajo de duelo no es aprehendida por el trabajo puramente simbólico que éste implica. El señor L no asistió al entierro de su hermana y nunca ha visitado su tumba. Al respecto dice: "... yo no voy nunca, no tengo necesidad de ir para pensar en ella..." "...yo no podía ir al entierro..." "...ella está siempre presente, tengo el sentimiento de que ella está aún conmigo... tengo conversaciones con ella, diálogos durante mis insomnios..."

El trabajo de separación en la constitución subjetiva no fue elaborado. Es un sujeto por quien la falta no se ha efectuado, y con la muerte de la persona que lo sostiene, que cierra esta fisura, no queda más que el "hueco" al que lo precipita este afecto depresivo agobiante y mortífero.

Hay una diferencia fundamental entre la pérdida y la falta en la economía subjetiva. La pérdida, de su lado, implica el sentimiento de que el objeto perdido era eso que el sujeto deseaba, mientras que la falta es la fundadora del deseo subjetivo. La pérdida personifica el objeto faltante, el objeto *a*, y llenando así la falta ella obtura la función y hace vacilar el deseo.

Esto nos lleva a cuestionar el lugar del objeto en el melancólico, que se sitúa en lo que puede ser el paradigma de la pérdida. El objeto en el melancólico no falta, ello constituye la ausencia de falta que aniquila toda posición deseante posible. El objeto en causa en la melancolía está por fuera de toda localización narcisista. El melancólico encuentra el objeto *a* ahí donde, habitualmente, está oculto por la representación narcisista. De esta manera, el objeto perdido del melancólico es, al contrario del neurótico, *eso que nunca le ha faltado*.

La clínica del vacío implica, en sí misma, la noción de "dolor moral"; noción próxima al "dolor de existir" que nos reenvía a eso que manifiestamente es la causa del "vacío": *la extinción del deseo*. Este "dolor moral", en la melancolía, tiene efectos de desprecio, de culpabilidad y aún más, de negación de la existencia. Efectos a los que en su tiempo, J. Cotard y J. Séglas dieron todo su valor clínico.

En 1880, Jules Cotard propuso una de las más importantes teorías sobre la melancolía con la descripción del "Delirio hipocondríaco en una forma grave de melancolía ansiosa"; y en

1882, con el "Delirio de negación" (3). Él retoma todos los fenómenos descriptivos de la melancolía bajo el ángulo de la negación, con el sólo objetivo de determinar el valor clínico del síntoma y su lugar en la psicopatología.

Cotard pudo discernir la particularidad de la negación melancólica, que no es en nada parecida al mecanismo de la negación neurótica, índice de la represión. En la melancolía, la negación es finalmente el índice de la forclusión. Concepto que permite situar el *retorno en lo real* como retorno de la Cosa, o sea, retorno mortífero del goce bajo la forma de la "sombra del objeto que cae sobre el yo" (4).

Esta negación es una negación de la existencia, una negación llevada al extremo en el *delirio de negación*, de negar la existencia de lo que es negado. Se trata entonces de una negación que destruye, que reduce a cero la existencia del sujeto.

El cuadro sinóptico de Cotard, a propósito de dicho delirio, es el siguiente:

"Ansiedad, gemidos, angustia... depresión profunda. Los enfermos son de tipo de melancolía ansiosa. Otros caen en el estupor, algunos presentan alternativas de estupor y agitación melancólicas. -Hipocondría -sobre todo moral al principio de la enfermedad (delirio melancólico e ideas de condenación.) El enfermo se acusa a sí mismo de ser incapaz, indigno, culpable, condenado. Se sienten como la desgracia o la vergüenza de la familia. - Suicidios y mutilaciones muy frecuentes, trastornos de la sensibilidad y anestesia. Alucinaciones visuales muy frecuentes. Hipocondría física consecutiva, los enfermos no tienen cerebro, ni estómago, ni corazón, etc.; están muertos o bien no morirán nunca, están en un estado que no es ni la vida ni la muerte, son muertos vivientes" (5).

Para Séglas (1889), una parte de los fenómenos fundamentales de la melancolía son: el dolor moral, los vacíos psíquicos. Alteraciones físicas: fatiga intensa, palpitaciones, estado de abulia con apatía y la lentitud de movimiento, así como de palabra, etc. En la melancolía se verifican fenómenos de acceso corporal de tipo hipocondríaco, que más tarde permitirán a Freud situarla en serie con la esquizofrenia y catalogar - ambas afecciones como narcisistas.

En 1895, Séglas hace una crítica a Cotard con respecto a la relativización del delirio de negación unos quince años después de que éste hubiera hecho de su síndrome una entidad clínica original. Séglas, reconociendo el interés del delirio de negaciones, en particular en la melancolía, no lo mantiene por tanto como una entidad propia a ésta y subraya su aparición como un pasaje a la cronicidad: "Sólo es a la aparición de las ideas de negación que el síndrome se encuentra verdaderamente constituido, y que la evolución de la afección puede modificarse. Es de esta manera que el delirio de negaciones o el síndrome que éste caracteriza, no es una enfermedad, pues representa solamente un estado especial de ciertas



melancolías, estado grave teniendo más concretamente la significación del paso a la cronicidad."

Para Ségla los trastornos corporales, pero también los del pensamiento, están en el origen del dolor moral que es el síntoma característico de la melancolía y que se traduce en toda la gama de las pasiones tristes.

El discurso del paciente que citamos antes no ha presentado, propiamente hablando, el síndrome de Cotard (6); pero presenta todo ese aspecto de desinvestidura con relación al mundo exterior, que podría aproximarse a un comportamiento negativista sobre un fondo depresivo permanente, con tendencias suicidas, con algunas ideas de culpabilidad todavía no muy consistentes, pero que con una reticencia manifiesta dejan entrever esas ideas de autoacusación, de desprecio, de reproche, que manifiestan el dolor de existir melancólico.

En la neurosis, el "dolor moral" deja entrever de la misma manera un cierto grado de extinción del deseo, pero sobre todo, un apegamiento del sujeto a su fantasma, es decir, al síntoma, a su sufrimiento, y no a eso que todo sujeto podría afirmar diciendo: "su apego al placer".

Al poner en primer plano la falta y presentarse como identificado a la pérdida para así formular enunciados como los que citamos al principio de nuestro trabajo: "soy nulo", "no soy nada", "no valgo nada", etc., el sujeto puede poner en evidencia la mascarada histórica que releva evidentemente -de esta posición que aficha la castración como semblante cuando, en realidad, se trata de preservar el deseo como insatisfecho. Lo que sirve aquí como indicador es el valor de goce que pone en juego al objeto, es decir, un punto que recubre la cuestión del ser. "No soy nada", "soy nulo", "no valgo nada", en una estructura psicótica constituye, al contrario, una posición de desecho donde no hay deseo posible.

En la depresión neurótica, la pérdida no es la pérdida del objeto sino de su "brillo fálico". Lo que está en juego en el afecto depresivo es eso que toca al narcisismo del sujeto, en el que la clave es el deseo. En cambio, en esta posición de desecho en la melancolía, un goce imperativo vuelve al lugar donde el goce fálico está en falta.

En la melancolía tocamos un registro donde el goce mortífero se anuda al nacimiento del símbolo, es decir, a la muerte. En este sentido, el melancólico supone el inconsciente y el afecto de tristeza se encuentra banalizado, normal. Lacan hace de esta normalidad un hecho de estructura cuando en Televisión (7) dice que la tristeza es calificada de depresión al darle el alma como soporte, pero que ésta no es una "pasión del alma", es simplemente una falta moral, una cobardía moral que, en último término, no se sitúa más que en el pensamiento, es decir, en el deber de "bien decir" o en el inconsciente, en la estructura.



Y lo que de allí se sigue, por poco que esta cobardía (que es rechazo del inconsciente) vaya hasta la psicosis, es el retorno en lo real de lo que ha sido rechazado en lo simbólico, y es la excitación maniaca por medio de la cual este retorno se hace mortal.

Lacan implica el pensamiento en la manifestación fenoménica de los afectos, lo que equivale a la desunión entre el inconsciente y "las pasiones del alma". Diciendo que toda tristeza es de la competencia del pensamiento, lo que demuestra la correlación entre este afecto y una exigencia ética: la del bien decir.

Cuando Spinoza escribe: "No hay afección del alma de la que no podamos formar un concepto claro", presupone la misma exigencia ética: poner sus ideas en el buen orden y en buena conexión para disolver la pasión (8). Es decir que "la depresión", traducida de esta manera, no parece incluirse en la clínica psicoanalítica en tanto síntoma, pues haciendo de la tristeza no un afecto, una "pasión del alma" sino una cobardía donde la competencia se sitúa en la falta moral -que es el hecho de aplazar el deber de bien decir-, el afecto depresivo sería más bien el desfallecimiento del lenguaje: falta de bien decir.

En consecuencia, toda estructura puede verificar la emergencia de este afecto, ya que su esencia se confunde con el extravío del sujeto en su propia estructura, y la mortificación propia del desencadenamiento significativo agobia a un sujeto fijado en su indignidad de "deber bien decir".

La melancolía es cuando el pecado se hace mortal y entonces produce la culpabilidad, la cobardía, que son equivalentes del "rechazo del inconsciente" como rechazo de lo simbólico, de donde el retorno en lo real se hace mortal.

No hay nada más natural para el "hablante-ser" que "el dolor moral" de saberse el resto de una división subjetiva y de una operación de separación, cuando entre lo normal y lo patológico, la experiencia no va a durar más que el tiempo de "encontrarse en la estructura". Es otra cosa que la cobardía moral del sujeto que finge ignorar que nació, es decir, ignorar algo con relación al goce.

... pero ese mal, al contrario, me toma algunas veces con una tenacidad tal,

que él me enlaza y me tortura noches y días enteros.

Y esos momentos, para mí, no se parecen a la luz y a la vida:

es una noche infernal y una cruel muerte.



Y por tanto: yo me sacio de esas penas y esos dolores,
con una cierta voluptuosidad tan desgarradora que,
si me vienen a separar, es a pesar mío" (9).

Pétrarque 9

CITAS

1. Jacques Lacan, "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", En: *Escritos 2*, México: Siglo XXI, p. 540.
2. Sigmund Freud, *Duelo y melancolía*. Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu, 1979, Vol. XIV, p. 243.
3. COTARD, CAMUSET, SÉGLAS. *Del delirio de negación a las ideas de enormidad*. París: L'Harmatan, 1997.
4. Sigmund Freud, Op, cit., p. 246.
5. COTARD, CAMUSET, SÉGLAS. Op. cit., p. 23.
6. Ver LAMBOTTE, M. C. En: *El discurso melancólico*, París: Anthropos, 1993, donde se sostiene la tesis de la tendencia a la desaparición del síndrome de Cotard de la clínica tras haber impresionado a la "alta época" de la psiquiatría de principios de siglo con las revoluciones terapéuticas, la introducción del electrochoque en los años 40, los neurolépticos y los antidepresivos en los años 50, luego de lo cual no se presentaría sino muy raramente como siendo objeto de curiosidad clínica.
7. Jacques Lacan, *Televisión*, París: Ed. du Seuil, 1974, p. 39.
8. Serge Cotte, *La bella inercia: nota sobre la depresión en psicoanálisis*. *Ornicar?* N° 32, 1985.
9. Pétrarque, "El secreto", *Tratados morales y religiosos*.



() Mónica María Palacio Colorado*

Psicóloga Universidad de Antioquia, DEA (Diplôme d'Études Approfondie) en Psicoanálisis: "Conceptos y clínica" de la Universidad París VIII, candidata a doctorado de la misma universidad.

Affectio Societatis

