

EL PSICOANÁLISIS NACE DE LA CLÍNICA  
ASENSIO ARTEAGOITIA AURRECOECHEA

Me parece importante señalar de entrada esta cuestión, el psicoanálisis no surge de estudios de laboratorio, o del análisis del comportamiento animal, de la etología, sino de la “klin(é)” y es de ahí desde donde Freud elabora sus estudios de la histeria y es desde la psicosis que Lacan produce la metáfora paterna, condición para la neurosis. Carmen Gallano en un texto de debate sobre salud mental y psicoanálisis refiere que “el psicoanálisis ha vuelto a instaurar la aproximación clínica a los trastornos psiquiátricos que en la psiquiatría han sido desbancados por el recurso a la psicofarmacología como respuesta al paciente... Si la terapéutica es tratar el síntoma, la clínica es tratar con el síntoma”. Esto es lo que ha centrado mi trabajo en todo momento, tanto en mi práctica pública como privada.

Ante la invitación a participar en esta mesa “PSICOANÁLISIS EN LOS DISPOSITIVOS AMBULATORIOS”, creí oportuno presentar de manera abreviada dos casos que en su momento elaboré ante una propuesta de publicación de casos clínicos por parte de un laboratorio que comercializaba un fármaco antidepresivo. No he tenido noticia de que mi texto fuera publicado. Ignoro si la razón fue el título del trabajo, “¿EXISTE LA DEPRESIÓN?”, o los estándares actuales en los que quizá no tiene cabida mi estilo. Es, por lo tanto, como muestra de este estilo en el trabajo institucional que expongo estos dos casos.

¿EXISTE LA DEPRESIÓN?

Planteaba este título ante un hecho constatado por L. Izkovich en su libro “LA DEPRESIÓN EN LA MODERNIDAD”, donde dice: “La depresión utilizada en singular es problemática en la medida en que supone una unidad, cuando en realidad, con

ese término se concentran realidades muy diferentes. Dicho de otro modo, la depresión no existe como unidad” (1).

No es infrecuente, sin embargo, el uso generalizado del término como si se tratara de una entidad única e incluso, en la terapéutica, se proponen antidepresivos de primera o segunda elección, sin diferenciar el tipo clínico de que se trata. Para ilustrar el párrafo anterior expondré dos casos clínicos en los que la diferencia estructural se muestra desde sus propias afinidades.

Presento en primer lugar el caso de una mujer de 72 años, a quien trato desde hace cinco, tras haber cursado una hospitalización psiquiátrica. Viene al Centro de Salud Mental con un diagnóstico de “Trastorno de ideas delirantes hipocondriformes, depresión reactiva”. La causa de su hospitalización, según consta en el informe, fue un cuadro delirante hipocondriforme que se instauró tras un tiempo en que la paciente aquejaba dolor y parestesias en la zona orofaríngea. Lo acompañaba todo un cortejo sintomático de corte depresivo como tristeza intensa con prevalencia matutina, abandono de toda actividad, gran angustia, insomnio, pérdida de peso importante e ideación autolítica. A señalar que dicha sintomatología aparece tras una intervención odontológica. Se reconoce al alta hospitalaria que las ideas delirantes continúan presentes, aunque discretamente atenuadas. Figuran antecedentes de un ingreso previo, un año antes, en otro hospital.

La paciente se presenta a la primera entrevista desdentada. Refiere que dos años atrás le pusieron una prótesis pero que emergieron una serie de sensaciones anormales en relación a sus maxilares y orofaringe que hacen que no la tolere. La perspectiva de volver al dentista es motivo de fuerte angustia en ese momento.

De su biografía quiero destacar que a los diecisiete años le colocaron la primera prótesis dental. Por otro lado, salió de casa muy joven para ponerse a servir, circunstancia que aún hoy al evocarla, le genera gran tristeza porque se vio privada de ver a sus padres.

Un hecho determinante vino a producirse cinco años antes de su hospitalización. Su padre, que hasta entonces había vivido con sus hijos ya que rotaba periódicamente por los hogares de cada uno de ellos, fue ingresado por la decisión unilateral de una hermana de la paciente en una residencia. Fue a coincidir con su esposa, quien ya se encontraba allí, aquejada de una demencia senil. Pocos días después de este ingreso, el padre falleció; le siguió su madre, unos meses más tarde. Desde entonces se instaló en ella un intenso sentimiento de culpa por no haber tomado la determinación de acoger al padre en su casa y también por cómo vivieron los padres sus últimos días. El peso que recayó sobre esta mujer, activa participante de grupos catecumenales es, aún mayor si cabe, debido a sus fuertes convicciones religiosas.

Su relato me remite al texto freudiano “Duelo y melancolía” en el que Sigmund Freud hace una observación muy pertinente acerca del melancólico. Dirá: “la sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto” (2). Así el yo puede ser juzgado como un objeto y ser tratado como algo inmundo e indigno.

Hay una serie de frases que han quedado inscritas en la memoria de esta paciente. Destacaré dos. La primera de ellas es una frase inacabada que su madre repetía en sus últimos momentos: “A ti te quería decir...”. Se trata de un automatismo verbal en una persona demenciada, algo que la propia paciente reconoce como incoherente, pero que ella ha llenado de significación con contenido de culpa, tanto

más en cuanto que reconoce que durante toda su vida tuvo el sentimiento de tener una misión especial para con sus progenitores.

La otra frase fue proferida durante el arreglo de su boca, puesto que no fue el fallecimiento de su padre lo que desencadenó el episodio agudo que le llevó a la hospitalización, sino el problema odontológico. La paciente relata que en el curso del tratamiento, un mecánico dentista le anunció que no se le podrían poner implantes porque le faltaba hueso. Reconoce la paciente que aquello lo vivió especialmente mal, causándole mucha angustia. Previo al relato de este hecho, me había hablado del contenido de lo que fue su delirio: tenía la convicción de que su cabeza se sostenía tan sólo por dos tendones. Se trata, como puede verse, de un síndrome de Cotard en una melancolía, descrito en la clínica psiquiátrica. Daría cuenta de la posición melancólica de esta mujer que subjetiviza la pérdida como falta-culpa, como un dolor moral; lo hace de una manera absoluta y descarnada ya que se trata de una falta que hace agujero, se hace real, como así es puesta de manifiesto en el caso, mediante su delirio de negación.

En el segundo caso se trata de una mujer de 51 años que acude al Centro de Salud Mental con una clínica de tristeza, apatía, abulia, clinofilia, angustia e hipersomnia. Refiere que meses antes su madre tuvo un accidente cerebro-vascular que obligó a la paciente a constantes desplazamientos a su lugar de origen, distante varios cientos de kilómetros del lugar donde reside. Así es como se presenta: la hija que a pesar de vivir muy lejos es quien se ocupa realmente de su madre. Coincidió esta circunstancia con un período de fuerte estrés laboral. Sin embargo, fue una vez entregado el trabajo que tenía que realizar cuando aparecieron sus síntomas. Se recoge en su historia que desde hace años arrastra un problema odontológico con

pérdida de equilibrio dental por un problema muscular, que reconoce la tiene obsesionada. Acude medicada con algún ansiolítico por prescripción de un médico con la cual estableció, al parecer, una fuerte transferencia cuando antaño residió en otra ciudad. Se encuentra algo mejor, aunque matiza que está insensible. He de reconocer que en las primeras consultas no tuve muy en cuenta su problema odontológico y quedó fuera de mis registros, pero la paciente se encargó de hacérmelo patente. A los pocos meses de tratamiento presenta una agudización de sus síntomas ansiosodepresivos. Refiere sentirse así desde la visita a su dentista por un problema de encaje al morder, ella lo denomina “la mordida”. Refiere que lo viene padeciendo desde hace dieciocho años sin resultado alguno. De entre los diferentes profesionales que la han venido tratando a lo largo de estos años, menciona especialmente a un catedrático mayor que molesto ante sus quejas, “cabreado”, le espeta “¡Váyase al psiquiatra!”.

El malestar suscitado en esta crisis junto con mi invitación a que hablemos le coloca en una mejor disposición a abordar su historia, pues hasta ese momento había mantenido cierto hermetismo, interpretando que su estado era consecuencia del estrés laboral y del cansancio.

Comienza a desgranar su biografía. Se recoge que está casada y no tiene hijos por decisión propia ya que no los ha deseado nunca, agrega que además tiene un hermano con una grave deficiencia mental, que considera como “las manchas familiares”. Una familia muy especial, según ella, donde cada uno va por su lado.

Refiere a los veintiséis años una amenorrea con sensación de peso en el bajo vientre que duró dos años sin que hubiera una causa clara y que cedió en quince días tras administrársele estrógenos. También ha padecido otros problemas físicos como prolapso uretral y una supuesta piedra en el riñón.

Solicita con insistencia que le diga lo que le pasa y le dé una solución. Luego de una señalización por mi parte acerca de que no es la primera vez que en su cuerpo se le ha manifestado algún problema de difícil explicación, responde que hay algo de lo cual nunca ha hablado y que se lo contó a su esposo precisamente muy pocos días atrás. Se trata de que sufrió abusos durante la infancia y concretamente a los ocho años, en una ocasión en que su madre le mandó a la tienda, el tendero cerró la puerta. Ella habla de violación.

De su relación de pareja refiere que al poco tiempo de empezar a vivir juntos se quedó embarazada, pero decidió interrumpir su embarazo. Se trata de un período de gran insatisfacción por parte de la paciente y con muchos problemas en la relación, que no voy a detallar, pero que según ella han mejorado últimamente.

Se produce un apaciguamiento sintomático que dura un tiempo tras el cual la presencia de unas “sensaciones raras” la hacen temer una nueva recaída. Ha mantenido días atrás una fuerte discusión con su pareja porque se mostró agresivo verbalmente con su madre a quien estuvieron visitándola. Ella la vio tan deprimida y que apenas comía nada. La acompañó al médico. Durante la visita y puesto que un tiempo atrás a su madre le fue bien un determinado antidepresivo, le sugirió al médico que le instaurara el correspondiente tratamiento. Desde entonces asegura que no puede vivir pensando que el tratamiento le pueda sentar mal, en cuyo caso sería ella la culpable. Entiende que es absurdo pero no puede evitar tal pensamiento y admite que en su anterior episodio depresivo ocurrió algo parecido. En aquella ocasión se trataba de una medicación anticomicial que su madre venía tomando y ella sugirió que le fuera retirada. Constata en ese instante la coincidencia de que en sus recaídas siempre han estado presentes estas cuestiones médicas de su madre y la visita de la paciente al dentista. Esto la lleva

abordar otras vertientes en la relación madre e hija que ella evoca. Debido a que detrás de tres varones ella era la mayor de las chicas, tuvo que hacerse cargo de la responsabilidad de la casa, la compra, etc., y además su madre no quería que estudiara porque era mujer. Sin embargo reconoce haber sido la rebelde, la que se enfrentaba a ella y la que llegaba siempre tarde a casa. Mi intervención en ese momento en que le atormenta la idea de que algo malo le ocurra a su madre es: “¡Una buena chica mala!”, Su respuesta inmediata: “Sí, mi madre y yo nos parecemos mucho”. Recuerda que cuando protestaba porque no podía salir por las tareas domésticas, su madre repetía un dicho: “Mujer callejera, siempre perro”.

Aunque en lo expuesto he omitido muchos detalles, considero que se puede apreciar que la paciente pone en serie sus descompensaciones y sus síntomas con elementos de su biografía. La culpa en este caso oscila entre el sujeto y el otro como corresponde a la neurosis. Se trata del inicio de un trabajo de rehistorización, de resignificación en suma, de las cosas de su vida que puede posibilitar un ir más allá.

En contraposición en el caso de melancolía, aunque en la paciente se ha producido cierta estabilización puesto que no ha sido precisa su hospitalización en estos cinco últimos años y además, poco a poco ha podido reiniciar su tratamiento odontológico, junto con una rebaja gradual del tratamiento psicofarmacológico, en lo fundamental persiste su ser de culpa petrificado cuando se toca la cuestión familiar. Podemos ver cómo hay palabras que cobran en ella una significación absoluta, “entificación de las palabras” que dirá Lacan en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible en la psicosis”, impidiendo cualquier apertura a nuevas significaciones. Una cita de Colette Soler recoge de manera muy

precisa lo que he tratado de exponer: “El melancólico es aparentemente todo lo contrario de un paranoico. A la postulación de inocencia de éste él opone su postulación de culpabilidad. Mientras que el paranoico arroja la culpa sobre el Otro, el melancólico se la apropia toda. Ambos absolutizan un extremo de lo que en la neurosis se dialectiza y se mezclan: reivindicación y culpabilidad” (3).

Para concluir y volviendo al título, “¿EXISTE LA DEPRESIÓN?”, vemos que los manuales de clasificación diagnóstica que hoy manejamos establecen las diferentes categorías de los trastornos depresivos basándose en criterios fundamentalmente cuantitativos, que determinan la magnitud o gravedad de los síntomas, o bien cronológicos como el tiempo de evolución. En contraposición podemos apreciar en los casos que he expuesto un criterio cualitativo, estructural, que hace a uno, el primero, una psicosis, y al segundo, una neurosis. Esta es una primera y radical diferenciación que conlleva e implica establecer diferencias significativas también en el trabajo de la cura.

Lacan en su texto “Acerca de la causalidad psíquica”, en su cuestionamiento al asociacionismo que se fundamenta en el error de los sentidos y al organodinamismo de Ey que apunta al error del pensamiento, advierte que la psiquiatría nunca se confundirá con la neurología en tanto se tenga en cuenta que es el ser mismo del hombre lo que está en juego y no sus instrumentos para percibir. Es la hipótesis que planteaba Fernando Colina en el texto que expuso con motivo del centenario de nuestro hospital psiquiátrico: el psicoanálisis como heredero de la vieja clínica.

Vitoria-Gasteiz 2015

ASENSIO ARTEAGOITIA AURRECOECHEA



Psiquiatra y psicoanalista. Ex-jefe clínico del CSM de San Martín y Zabalzana en Vitoria-Gasteiz

#### NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) IZCOVICH, L. *La depresión en la modernidad*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, 2005; p. 26

(2) FREUD, S. *Duelo y melancolía. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*. Obras Completas, 2 ed., Vol. XIV. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 2000; p. 246

(3) SOLER, C. *Inocencia paranoica e indignidad melancólica. Estudios sobre las psicosis*. Ediciones Manantial. Buenos Aires, 1989; p. 87