

La angustia ante el duelo: la angustia como causalidad depresiva

F. DESPLECHIN¹

Coloquio FEP: Angustia y depresión en la clínica psicoanalítica contemporánea

Madrid, octubre de 2024

La angustia o la depresión son concebidas, desde el punto de vista médico, como patologías o enfermedades. Frente a la demanda del paciente, el objetivo es hacer cesar el sufrimiento, y los medicamentos pueden calmar los síntomas. Sin embargo, esto no significa necesariamente que la enfermedad haya sido tratada.

Plantear la cuestión de si la depresión y la angustia son enfermedades nos lleva a preguntarnos qué entendemos por enfermedad. Y si lo son, ¿se trata de enfermedades del cuerpo o de enfermedades de la historia del sujeto?

Se considera la depresión como una enfermedad, y es común hacer el mismo diagnóstico para otros tipos de sufrimiento psíquico (por ejemplo, el alcoholismo). Sin embargo, no siempre se tiene claro qué se quiere decir exactamente al emplear este término. He preguntado a amigos y colegas profesionales, y las respuestas han sido tan variadas que resulta difícil encontrar coherencia en ellas. No obstante, me parece que la idea general que más se repite es la de la enfermedad como la corrupción de un sujeto sano por un agente externo nocivo.

Este es el caso de un virus o una bacteria, pero creo que la particularidad de esta definición –no incorrecta, pero sí parcial– es que presenta *al sujeto como víctima de su enfermedad*.

Ahora bien, hay ámbitos donde esta concepción encuentra ciertas dificultades. Por supuesto, se puede considerar el alcoholismo como una enfermedad –pues hay una introducción de un agente externo patógeno en el cuerpo de un sujeto–, pero esta explicación parece algo limitada. Creo que se obtiene una mejor comprensión si partimos de la hipótesis de que, dentro de la noción de enfermedad, está implícita la idea de culpa o responsabilidad, aunque esta idea se mantenga a distancia. Se hace más claro si sustituimos la oposición *enfermo/sano* por la de *victima/culpable*. Al concebir al enfermo como una «victima» de su condición, o al describir «el alcoholismo como una enfermedad», se desactiva la posibilidad de culpar al paciente o de considerarlo responsable de su mal.

Desde una perspectiva biológica, pueden existir explicaciones: un sujeto puede ser más sensible al alcohol que otro, puede haber factores genéticos predisponentes, etc. En definitiva, afirmar que el paciente alcohólico está enfermo implica que es víctima de su constitución física y, por lo tanto, que no es culpable de ello.

Desde el punto de vista de la psicología positiva, podríamos decir lo mismo de la depresión. El problema con la noción de «enfermedad mental» es que no siempre hay un agente externo que corrompa un cuerpo sano, pero sí hay algo que no funciona, un sufrimiento que el sujeto experimenta.

Porque, en última instancia, la enfermedad se define como *estar en mal estado* (del latín *mal habitus*).

¹

Esta perspectiva abre otra cuestión: ¿es legítimo separar la angustia y la depresión y considerarlas como estructuras distintas? No creo que sea el caso, y más bien me parece que, en algunos casos, pueden estar relacionadas. Es posible que aquí haya un problema teórico: quizás hemos confundido el síntoma con la causa.

Desde nuestro punto de vista, la angustia y la depresión deben considerarse procesos psíquicos específicos. Son signos de un sufrimiento, pero esto no significa necesariamente que sean la causa del problema (uno tiene sarpullidos con la varicela, pero los sarpullidos no son la enfermedad).

Desde una perspectiva psicoanalítica, el afecto depresivo es lo que se experimenta ante la pérdida. La pérdida del objeto pone al sujeto en duelo, y el hecho de que esté triste indica que está elaborando psíquicamente esa pérdida. En *Duelo y melancolía*, Freud distingue entre el estado «normal» de tristeza y un estado depresivo más patológico, que corresponde a los casos en los que el duelo parece imposible de realizar y el sujeto queda atrapado en una depresión patológica.

En el caso de la melancolía, no se trata del duelo por un simple objeto, sino de un duelo narcisista que compromete toda la estructura del sujeto. Ahora bien, aunque Freud no menciona la angustia en este ensayo, puede ser interesante considerar sus vínculos con la depresión. Aquí, la perspectiva sobre la enfermedad se invierte casi por completo. Si el sujeto es depresivo, si está en mal estado (si está enfermo), no es porque haya en él un objeto patológico que lo corrompa, sino más bien lo contrario: es decir, *sufre porque se aferra al objeto que debería perder*. Es la resistencia a la pérdida lo que genera su sufrimiento, y este estado doloroso está vinculado a una separación que no se produce. Con la particularidad de que es un estado que debe ser atravesado, un mal necesario para un bien.

Nuestra pregunta anterior sobre si hemos confundido el signo del malestar (la angustia, la depresión) con el malestar en sí mismo parece ahora más esclarecedora. Es como si la depresión fuera la cicatrización y acusáramos a la cicatrización de ser la enfermedad. Considerar la angustia y la depresión como enfermedades es un poco como escuchar solo la primera parte de lo que dice el paciente: «*sufro, estoy angustiado*», sin captar el subtexto: «*porque no quiero perder este objeto, esta idealización*». Se actúa entonces como si se asumiera que la causa del sufrimiento radica en su enunciación, lo que podría llevarnos a decirle al paciente: «*¡Es porque usted está angustiado que no está bien!*».

La melancolía –lo que hoy, en el lenguaje común, llamamos «depresión»– está ligada a la elección del objeto del cual se debe hacer el duelo. Se trata de un *objeto narcisista* al que el sujeto no quiere renunciar, es decir, un objeto idealizado cuya importancia es fundamental para su identidad (al menos en el plano imaginario). A diferencia del duelo normal, el duelo patológico aparece como imposible, e incluso peligroso, ya que pondría en cuestión a todo el sujeto. Recordemos lo que escribe Freud: «*(el sujeto melancólico) sabe a quién ha perdido, pero no sabe qué ha perdido en esa persona*²».

Si volvemos ahora a los posibles vínculos entre angustia y depresión, veremos que en algunos casos la angustia no solo está presente en las problemáticas depresivas, sino que incluso puede tener la función de oponerse al duelo.

Como ocurre a menudo, una misma palabra puede tener distintos significados. Así, bajo el término «angustia», pueden encontrarse diferentes causas.

Lo primero que Freud muestra es que la angustia no se reduce a un miedo ante un peligro real. El sujeto no está angustiado porque haya un peligro externo que lo amenace, sino porque atraviesa un conflicto psíquico doloroso. En las diversas teorías psicoanalíticas, la angustia puede estar relacionada con la represión de un deseo pulsional culpable. Detrás de ella puede ocurrir la atracción o el deseo («esa persona me asusta porque la deseo, y esta unión es imposible, inmoral o contraria al ideal del individuo o del grupo»).

En 1926 (*Inhibición, síntoma y angustia*), Freud no concibe la angustia como el resultado de la represión de las pulsiones sexuales («estoy angustiado porque represso lo sexual»), sino como aquello que causa y precede la represión («estoy angustiado para impedir la realización de lo pulsional»).

Sin embargo, ya sea que la angustia sea el signo de un deseo reprimido o que sirva a la represión misma, esta perspectiva la desvincula del estatuto de enfermedad y la presenta como un intento de «curar el problema» o, al menos, de lidiar con el dolor psíquico.

Cabe resaltar la construcción que permite la angustia: se trata de un proceso que invierte las relaciones. Al temer una determinada situación (sin saber exactamente qué es lo temido en esa situación), el sujeto logra decirse a sí mismo: «*No es la pérdida del objeto lo que temo, es esta situación la que me da miedo*». Como si la situación temida se convirtiera en la propia fuente del miedo.

De esta manera, la concepción de la angustia se aleja completamente de aquella que la ubica como una enfermedad, ya que puede entenderse como una producción psíquica elaborada por el sujeto para protegerse de un peligro psíquico. Al transformar el objeto (o la situación) deseado en un «objeto malo» (amenazante, inquietante), el sujeto se asegura de mantenerse alejado de esa situación. Al no poder evitar la pérdida del objeto, aún puede evitar saber que lo ha perdido, aunque sea al precio de la angustia.

Esta perspectiva es fundamental para pensar la relación clínica. De hecho, el objetivo terapéutico no sería necesariamente reducir la angustia, sino quizás descifrar su significado y, en cualquier caso, invitar al sujeto a hablar de ella. Porque el paciente angustiado no siempre sabe que se aferra a su angustia, lo que lo coloca de inmediato en una posición ambivalente: quiere que lo curen de su síntoma, cuando en realidad ese síntoma es lo que lo protege de la pérdida.

Paradojalmente, su demanda es que lo curen de la construcción que ha elaborado para afrontar su sufrimiento. Y esta demanda, en algunos casos, está «trucada», ya que lo que realmente quiere no es tanto liberarse de su angustia, sino evitar enfrentarse a una determinada experiencia de la realidad, una experiencia castradora y dolorosa, pero también fundamental para su estructuración subjetiva.