

## ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL DELIRIO MELANCOLÍCO.

Folio 270

D/F: 2

S/F: 1

Lic. Mónica Torres  
Lic. Analía Basualdo

El presente trabajo intenta establecer, en primer lugar, una revisión del término "melancolía" en la producción de los principales autores de la historia de la psiquiatría que han contribuido a la construcción del concepto que llega a nuestros días: en segundo término situar algunas de las consideraciones a partir de las cuales se circunscribe, en la actualidad, la estructura y función del delirio en la melancolía.

**Melancolía. El valor de la locución en la primera clínica psiquiátrica.**

El vocablo "melancolía" ha cobrado un valor específico en el marco de la primera clínica psiquiátrica, que lo importa del ámbito de la medicina.

En la Nosotaxia de Pinel, la Melancolía constituye una de las cuatro grandes clases en las que se agrupan las manifestaciones mórbidas. Descripta de manera inversa a la manía, mientras esta última se caracteriza por un delirio general acompañado de furor, la melancolía se le opone como el delirio parcial al delirio general y conlleva tanto abatimiento como exacerbación del orgullo. Esta partición delirio parcial-delirio general se constituirá en referencia fundamental en la construcción del edificio psiquiátrico; la melancolía así delimitada será el tronco común de los ulteriores delirios crónicos sistematizados propios de la psicosis paranoica

(delirio parcial y exclusivo de un objeto), y de los delirios de Cotard y los delirios melancólicos de la *folie circulaire* o *psicosis maniaco depresiva* en la clasificación kraepeliniana (delirios de pasión triste). Más tarde, Esquirol promoverá una innovación nosográfica, subsumiendo bajo el concepto de *monomanía* a la manía sin delirio y a la *melancolía* de Pinel. Queda claro que, tanto en Pinel como en Esquirol, la noción de "trastorno del humor" no figura en primer plano, ya que "(...) más que de desorden de la timia se trata de anomalías descriptas en términos de pasiones o de trastornos del comportamiento".<sup>5</sup>

Joseph Guislain, fundador de la psiquiatría belga y contemporáneo de los trabajos de Pinel y Esquirol, introduce en este esquema un rasgo de originalidad que justifica su influencia en la psiquiatría de la época al enunciar el concepto de "frenalgia" o dolor moral inicial, que precede aún a las locuras de tonalidad afectiva alegre. El criterio clasificatorio no se fundamenta ya en la oposición delirio parcial - delirio general sino que comienza a primar la oposición delirio primitivo - delirio secundario, y las distinciones en la unidad de la alienación mental comienzan a establecerse en función del carácter evolutivo: se sitúa, en el inicio, la frenalgia como alteración del humor penosa y angustiante y más tarde, el delirio primitivo o la perturbación afectiva a la que se le añadirá de manera secundaria el delirio. En este marco, la melancolía quedará aislada del delirio como anomalía en las ideas para ser delimitada en función de la exaltación de los sentimientos de tristeza.

Wilhelm Griesinger - fundador de la tradición clínica propiamente dicha en Alemania- retoma el concepto de "frenalgia" establecido por Guislain. Su nosografía se construye sobre la evolución de formas clínicas que representan las fases de un mismo proceso; desde la frenalgia inicial a la demencia terminal, el proceso puede fijarse en cada etapa o retroceder -si bien cada vez en menor medida- al tiempo que avanza hacia su término. Se oponen, de

①

2 D/F  
1 S/F

este modo, las formas primarias poco lesionales cuyo centro es la perturbación afectiva, a las formas secundarias, lesionales, en las que la tormenta mental ha cesado dejando como estela el delirio sistematizado o la demencia. Es en el primer grupo en el que se incluye, junto a los estados de exaltación mental, a la melancolía definida como extensión y sistematización de la frenalgia inicial.

Tanto en las concepciones de Guislein como en las de Griesinger la locución de dolor moral se precisa en tanto que designa "una alteración primera de la experiencia vivida que inaugura todas las evoluciones posibles de la alienación mental", caracterizada por un humor doloroso que altera a la vez la experiencia interior y la aprehensión del mundo; no se trata solamente de una perturbación del humor, ya que se acentúan en esta concepción las lesiones en el mismo yo, es decir, la desposesión del sujeto. Esta perturbación generadora oscura, inexplicable por parte del sujeto, del orden de la experiencia más que del concepto claro, se sitúa como la primera aparición de la fenomenología de las "vivencias delirantes primarias" de Jaspers y promueve una distinción de estratos de estructura diferente en los fenómenos delirantes, concepciones que retomará más tarde De Clérambault.<sup>5</sup>

#### El concepto de melancolía en el paradigma de la entidad clínico evolutiva.

Con treinta años de retraso, hacia 1850, se revaloriza el descubrimiento de Bayle en relación a la Parálisis General Progresiva y se asiste, entonces, al desarrollo de un nuevo paradigma: la enfermedad mental. El cambio de modelo supone la subversión de la visión "fotográfica" de las variedades estáticas de la enfermedad en una visión "filmográfica", es decir, comienza a primar el criterio temporal y la dimensión del desarrollo clínico-evolutivo, atendiéndose a los pequeños signos con correlato

anátomo-patológico unívoco y a las formas de inicio, datos que posibilitan el establecimiento del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. De este modo, a partir del concepto de "regularidad" desde donde se circunscribe a las verdaderas enfermedades, la Psiquiatría alcanza el ideal positivista e ingresa de pleno derecho al campo de la Medicina.

Jules Falret establecerá, en su esfuerzo por ayudar a la definición de las nuevas especies naturales, una entidad original por primera vez detalladamente descripta: la "hipocondría moral", que será retomada por Cotard en el marco de su descripción del "delirio de las negaciones".

La influencia del pensamiento de Jules Cotard permitió ordenar en el campo de la psicopatología un gran número de presentaciones clínicas cuya precisa caracterización se presenta en oposición al delirio de persecuciones, que oficiaba como paradigma en la psiquiatría de la época. En su esfuerzo por establecer esta diferenciación, el autor producirá una serie de artículos en los que vertirá conceptos cuyo precipitado se inscribirá en la historia de la psiquiatría como "Síndrome de Cotard".

Su delimitación del "delirio de las negaciones" alude a un estado de cronicidad especial en ciertos melancólicos y constituye para el autor una entidad nosológica definida, verdadera enfermedad delimitada por su curso y su evolución como contrapartida exacta del delirio de persecución de Lasegue-Morel, al que se opone punto por punto:

— "el perseguido no presenta la facia melancólica, es más bien un acusador, es más homicida que suicida; el negador es un melancólico ansioso, a veces estuporoso, es autoacusador, se denigra, se cree damnificado, se suicida y automutila fácilmente;

— el delirio de persecución tiene como fuente un estado de hipocondría física, mientras que el delirio de negación parece derivar de esos estados de hipocondría moral que Jules Falret

había descrito, y en los cuales un estado de tristeza y ansiedad se acompaña de lamentos negatorios ( el mundo, el sujeto han cambiado, están vaciados de su substancia);

\_ las alucinaciones son más bien auditivas, con una evolución típica hacia el diálogo y el desdoblamiento de la personalidad en el perseguido. Más bien visuales (llamas, infierno, suplicio) en el negador, por otra parte, sujeto a perturbaciones anestésicas de la sensibilidad general;

\_ Finalmente, las ideas constitutivas de ambos delirios difieren fundamentalmente: los negadores desarrollan ese delirio especial que niega la integridad de su cuerpo, de su espíritu, del mundo o de los valores éticos o divinos, delirio de negación y de aniquilamiento que puede desembocar en una suerte particular de delirio pseudo-megalomaniaco que Cotard llama "delirio de enormidad", en el cual los enfermos afirman que están muertos pero que también son inmortales, que su cuerpo inmenso tapona el universo, que ellos son omnipotentes para el mal, Satán o el Anticristo (...). A estas ideas se une una "locura de oposición" "considerada por Cotard como la manifestación externa del delirio de las negaciones, " muy diferente de la desconfianza de los perseguidos y que, por ejemplo, hace rechazar todo alimento a los negadores (por indignidad y porque su estómago esta destruido, etc)." <sup>2</sup>

La particularidad de un gran número de melancólicos no perseguidos, a menudo los ansiosos, descansa en cierta disposición negativa: en ese trastorno profundo de la sensibilidad - designado por el autor como " malestar moral profundo"- reside el elemento fundamental de la melancolía. Cotard señala que es solo una diferencia de grado lo que separa la hipocondria moral - típica de la melancolía ansiosa- del "delirio de las negaciones", caracterizado como delirio sistematizado en el que decantan tanto la melancolía ansiosa como la estuporosa en su estado de cronicidad. En este sentido, se les asigna a ambas formas el estatuto de primera fase

del "delirio de las negaciones" considerado como verdadera enfermedad.

Por su parte, Seglas promueve un avance en el análisis y la clasificación partiendo de la idea fundamental de que "no es tanto la fórmula sino la génesis de las ideas delirantes lo que puede servir de elemento capital de diagnóstico... que debe completarse tomando en cuenta todos los síntomas, tanto somáticos como psíquicos, ". Propondrá entonces un análisis estructural que descompone las entidades construidas en base a la temática de las ideas como criterio diagnóstico. ya que considera que la temática delirante no es en absoluto característica de una forma vesánica determinada: en este sentido, las ideas de autoacusación cobran para el autor un carácter transclínico en tanto que pueden ser situadas y delimitadas como meros síndromes en el marco de distintas afecciones. El conjunto clínico-evolutivo en el que se inscribe el delirio melancólico le permite caracterizarlo como:

- Secundario, es decir, opera como una interpretación o proyección intelectual de los síntomas iniciales, caracterizados como perturbaciones cenestésicas, emocionales (dolor moral), afección de las operaciones intelectuales (retardo psíquico, abulia) y perturbaciones somáticas diversas, es decir, lo que para el autor conforma la melancolía simple.

Tanto Cotard como Seglas se esforzaron en diferenciar los delirios crónicos de los delirios melancólicos, señalando en los últimos una evolución que les es propia: el punto cúlmine de la elaboración delirante se plasma en el "delirio de enormidad" y su producción conlleva el acotamiento de las tendencias suicidas y el

apaciguamiento de la angustia.

En contraposición a estas teorizaciones de ambos clásicos, diversos autores se interrogan en la actualidad no solo sobre la estructura del delirio melancólico sino también sobre los efectos de esta producción delirante. A diferencia de Seglás y Cotard, para quienes el delirio melancólico promovía el apaciguamiento de la angustia, se considera actualmente que el dolor moral, lejos de calmar la angustia, sólo paraliza al sujeto en el tiempo sin fin del delirio de inmortalidad. Estas aseveraciones nos conducirán al cuestionamiento de la función autocurativa o restitutiva del delirio en la melancolía.

#### Consideraciones actuales sobre la función del delirio melancólico.

Pocos son los textos en los que Freud aborda el problema de la melancolía. En el Manuscrito G (1895) promueve su primera aproximación al tema abordando la melancolía por el sesgo de la pérdida de libido; en 1915, en su artículo "Duelo y Melancolía", esa pérdida anunciada en 1895 cobrará otro estatuto: las referencias clínicas que sitúa Freud como efecto de esa pérdida se plasman en una inhibición de todas las funciones y una disminución del amor propio, es decir, será la pérdida de un objeto que se revela en la melancolía como dificultoso de situar. Algunos fenomenólogos han intentado precisar la esencia de ese objeto perdido; Otto Biswanger, por ejemplo, sitúa diversas pérdidas que aparecen ligadas al desencadenamiento de ciertas melancolías subrayando su valor ocasional, es decir, distinguiendo por un lado pérdidas de seres queridos de otras ligadas a ideales con valor ético; a pesar de esta diversidad, el eje que sitúa este autor radica en la vivencia de pérdida como el elemento fundamental. No obstante haber acentuado la importancia de este concepto, S. Freud no establece el diagnóstico en virtud de la vivencia depresiva de pérdida sino

en razón de la discordancia del humor depresivo en relación a la enunciación discursiva, es decir, la ausencia de modestia del sujeto en sus clamores vindicativos en contraste con el humor abatido y el delirio de pequeñez e infamia que sitúan al sujeto en la figura del deyecto como excepción.

Al igual que Freud, Jacques Lacan desestima los trastornos del humor a la hora de establecer el diagnóstico ya que resitúa los fenómenos de la clínica de la "depresión" - esto es, los ligados al "trastorno del humor" - como fenómenos de retorno en lo real, efectos de la forclusión. En este sentido, distintos autores sostienen que la melancolía no se desencadena tanto por el encuentro con Un Padre como por el encuentro con una pérdida, que sumerge al sujeto en algo que va más allá del sentimiento de pérdida: alude a fenómenos de mortificación reales. Se trata, en verdad, de inhibición vital que se traduce en anorexia, insomnio, abulia, indiferencia y una dolorosa convicción de pérdida; se distinguen de los retornos del automatismo mental en que el fenómeno no vuelve por la vía del gran Otro - cuyo particular estatuto en la melancolía es señalado por Freud cuando describe la inaccesibilidad de esta neurosis narcisista en el abordaje terapéutico en función de la indiferencia del paciente y su rechazo al médico. Es sobre el fondo de dichos fenómenos que la producción simbólica en la melancolía se plasma en la vertiente delirante: un postulado de culpabilidad que llega hasta el "delirio de indignidad"; adolece de la lógica que conduce al delirio paranoico y presenta, como rasgos sobresalientes, fijeza e inercia en relación con su estructura. Esta escasa elaboración significativa, reproducción incesante del postulado, apunta a la constitución de un punto de excepción en la Indignidad, como modalidad que adquiere en la melancolía el acoplamiento con el gran Otro a nivel de la representación.

En oposición a la paranoia, el delirio melancólico ofrece en su presentación características peculiares que denotan el fracaso de la función restitutiva. El concepto de "restitución de la realidad" a partir de la construcción delirante hace alusión -desde la lógica

de los movimientos libidinales que subyace a los artículos que componen la Metapsicología- a la devolución de las catexias a los objetos por medio de un trabajo simbólico: el delirio. Se concluye, entonces, que el acoplamiento entre el significante desencadenado en la forclusión y el goce intrusivo se establece en razón de la constitución de una metáfora delirante que, en tanto que lograda, permitiría la construcción de un lugar de identidad para el sujeto en relación al establecimiento de un Otro. Si bien el delirio melancólico otorga identidad al sujeto en el punto de excepción que se constituye en el delirio de indignidad, se revela insuficiente para designar el goce en el lugar del Otro; en este sentido, la producción melancólica interroga la función restitutiva del delirio, ya que no morigerar ni los fenómenos de inhibición vital ni el habitual pasaje al acto suicida que denotan el colapso de la relación del sujeto con el gran Otro.

#### CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALLEZ, CAPGRAS, CLÈRAMBAULT, FALRET, LASÈGUE, MAGNAN, SÈRIEUX *El Delirio en la Clínica francesa* Colección Clásicos de la Psiquiatría. Madrid, Ediciones Dorsa, 1994
2. BERCHERIE P. *Los Fundamentos de la Clínica*. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires, Manantial, 1993.
3. CACHO J. *Le Délire des Négations*. Le Discours psychanalytique. Paris, Éditions de l'Associations freudienne internationale.
4. COTARD J, CAMUSETTE M, SEGLAS J. *Du Délire des Négations aux Idées d'Énormité* Paris. L'Harmattan, 1997.
5. LANTERI - LAURA *La Douleur Morale* Introducción histórica y crítica a la noción de dolor moral en psiquiatría Paris. Remi Tevissen Éditions du Temps . 1996.

## I PARTE: "LA ESQUIZOFRENIA SEGÚN FREUD".

Lic. Nora Carbone  
Dr. Gastón Piazze

### 1) La esquizofrenia en la Psiquiatría: Kraepelin y Bleuler.

En su análisis del caso Schreber, Freud retoma la categoría psiquiátrica de "demencia precoz" propuesta por Kraepelin y la de "esquizofrenia" de Bleuler desde un punto de vista crítico. Más allá de cuestionar la designación de estas entidades -lo que a él mismo le resulta poco importante-, propone el término "parafrenia" para denominar a ese grupo clínico, al que atribuye un carácter independiente de la paranoia, en virtud de un criterio metapsicológico.

Habiendo delimitado como objetivo central de nuestra investigación el esclarecimiento de la estructura y la función del delirio en la parafrenia freudiana, es nuestro interés en esta primera parte rastrear los rasgos formales del cuadro clínico en aquellos referentes de la Psiquiatría considerados por Freud, para luego ver si puede establecerse una correspondencia entre ellos y el enfoque estructural que el fundador del psicoanálisis introduce en su abordaje.

#### 1.1) Emil Kraepelin.

En el marco del paradigma de la entidad clínico-evolutiva, Emil Kraepelin describe, en la sexta edición de su Tratado de Psiquiatría (1899), un cuadro que engloba todos los estados mórbidos