

Las depresiones conjuntas. Elementos para una psicopatología del vínculo*

René Kaës

En esta conferencia quisiera desarrollar algunas propuestas para concebir una psicopatología del vínculo a partir de lo que el psicoanálisis nos enseña sobre los conjuntos intersubjetivos. Centraré mi reflexión sobre la clínica de las depresiones compartidas por varios sujetos: por diferentes razones formulé la hipótesis de que *la naturaleza del vínculo que los une entra de modo decisivo en la formación y el devenir de su experiencia depresiva*. A diferentes tipos de vínculos corresponden experiencias depresivas distintas.

La depresión no es únicamente una psicopatología, es una experiencia fundamental de la vida psíquica. La experiencia depresiva que sigue a una separación o a un duelo no es para nada *a priori* una patología del vínculo. En su obra sobre los beneficios de la depresión, Pierre Férida (2000) opone la depresión (“una enfermedad humana del tiempo, una glaciación del movimiento psíquico”) a la capacidad depresiva, portadora de potencialidad creadora, “protectora y reguladora”: esta “depresividad”, sostuvo, es necesaria a la vida para que permanezca viva y para sustraer al sujeto al exceso de las excitaciones.

Sin embargo, la clínica nos enseña que existen formas de depresión que pueden caracterizarse por un grave desorden psíquico y un sufrimiento intenso cuyas causas y efectos no han podido ser elaborados por un trabajo psíquico suficiente. El problema que nos ocupa cuando nos encontramos con las depresiones conjuntas y compartidas es el de poder comprender un espacio psíquico en el que dos o varias personas pueden sufrir los mismos síntomas a partir de situaciones diferentes o idénticas.

* Trabajo presentado en la sede de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, 17 de abril de 2007. (Traducido por la doctora Graciela Bar de Jones.)

La depresión conjunta no es únicamente “un sufrimiento en las zonas en que estamos vinculados a los demás”, sino además un sufrimiento en esa zona en la que varias personas sufren de y por el vínculo.

La clínica nos enseña que tales síntomas compartidos se producen en los vínculos precoces de la relación madre-hijo, en el grupo familiar, en las parejas, en los grupos, en las instituciones, pero también en el espacio transferencial-contratransferencial del análisis individual y en el espacio intertransferencial del coanálisis o de la coterapia en situación de grupo o de terapia familiar. En una obra centrada en las figuras de la depresión, he analizado numerosos casos de depresiones conjuntas (Kaës, 2005). En esta conferencia voy a examinar dos: el primero concierne a los vínculos de una familia; el segundo, a un equipo asistencial en una institución hospitalaria.

Clínica de la depresión en el grupo familiar

Aunque las depresiones formen parte de la clínica habitual de la psicoterapia psicoanalítica de la familia, la literatura sobre este tema no está demasiado desarrollada en análisis clínicos y elaboraciones teóricas. Las manifestaciones y las causas de esta patología, sin embargo, son frecuentes y variadas: pueden ser depresiones instaladas o depresiones coyunturales asociadas a situaciones de desarraigo o de muerte de un hijo, o bien depresiones que aparecen a lo largo de un proceso evolutivo terapéutico. Las consultas se entablan ya sea sobre la base de una depresión que concierne al conjunto del grupo familiar, ya sea sobre la base de la depresión de uno de sus miembros, y este síntoma afectando al conjunto familiar sin que todos estén verdaderamente deprimidos. Cabe entonces diferenciar las depresiones familiares y las depresiones en la familia. En este ejemplo será esencialmente cuestión de una depresión familiar, es decir, una depresión conjunta.

La especificidad de la familia es la de ser un grupo formado por sujetos que pertenecen a, por lo menos, dos generaciones (padres e hijos) y la de proceder, la mayoría de las veces, de la unión sexual de un hombre y una mujer que garantiza generalmente las funciones parentales con respecto a los hijos. La familia es el espacio psíquico compartido en el cual se forma el psiquismo del hijo, heredero de partes de los psiquismos de los padres. Introduce, de entrada, una dimensión intergeneracional en la estructuración de la vida psíquica de sus miembros.

El eje transgeneracional de las depresiones en las familias de duelo

Una conjunción observable en las depresiones familiares es la transmisión de los duelos no realizados en el eje transgeneracional.

La clínica del análisis individual también nos pone en contacto con generaciones de familias de luto o de duelo. Cito lo que me decía una paciente al comienzo de su análisis: "Yo sufro en la zona en la que estoy ligada a los duelos no realizados de mi madre". He observado el efecto de las depresiones familiares sobre varias generaciones cuando la muerte de un hermano o una hermana en los hijos que sobreviven tropezaba con el obstáculo de un trabajo de duelo particularmente difícil en los padres, ellos mismos fijados en duelos no realizados (Kaës, 1996). Ellos transmiten así un núcleo depresivo, a veces melancólico, a los descendientes, sin que se trate de factores biológicos en esta transmisión.

A través de la clínica de dos casos y la evocación de lo que fue la muerte de Julius para Freud, introduje la noción de imago del hermano muerto, doble mortal y mortífero del hijo sobreviviente, imagen de su propio narcisismo destructivo. Pero la Imago del hermano muerto contiene también la angustia de que el contrato narcisista con el hijo muerto haya sido insuficientemente catectizado por los padres. Es a través de este esquema imaginario que el sujeto establece ulteriormente sus vínculos intersubjetivos.

Una desmentida de significación en los padres sirve para evitar un posible trabajo de separación en el hijo

Se trata de la historia de Joël, un adolescente de 15 años, y de su terapia en el marco de un tratamiento de la familia en un Centro Médico Psicológico. Bernard Penot (1989) describe a Joël en el momento de su llegada al centro como un adolescente que estaba acampando en los límites de la no existencia. A lo largo de las entrevistas, la historia y los síntomas de Joël aparecen como un hacerse cargo masivamente de una *desmentida familiar*: una desmentida que concierne a las experiencias repetitivas de separación traumática a lo largo de varias generaciones. En la medida en que estas separaciones no han podido ser simbolizadas, mantienen en los miembros de la familia una zona común de depresión, el síntoma será particularmente grave y enmascarado en Joël.

Las historias del padre y de la madre incluyen numerosos puntos en común: tanto uno como el otro han dejado su pueblo para venir a trabajar

a París. Rápidamente han tenido un hijo, pero la madre confía su bebé a sus padres dado las condiciones precarias de existencia que ella lleva en París. Iba muy poco a verlo, temiendo la pena de tener que volver a dejarlo y hacerle más daño que bien al bebé. Cuando ella lo lleva consigo a París, Joël llamaba a su abuela "mamá" y a su madre, "mami";¹ el niño es confiado a una mujer para que lo cuide durante el día.

Poco después, la madre vuelve a quedar embarazada; y confía nuevamente el varoncito, que ya tiene justo 2 años, a la abuela (quien queda encantada) durante toda la segunda mitad del embarazo.

Cuando finalmente vuelve definitivamente con sus padres, al final de su tercer año, el hermanito ya está ahí.

La madre habla de Joël como de un bebé muy obediente y que no lloraba nunca. El cuadro que hace de él evocaba una privación grave, esto llevó a Bernard Penot a recordar que "la mayoría de las depresiones patológicas de la infancia tienden a permanecer durante mucho tiempo no detectadas por el entorno, aun cuando puedan implicar una potencialidad *prepsicótica* a mediano plazo".

Esta depresión grave de la primera infancia va a verse reforzada por un episodio altamente característico a lo largo de su primer año de la escuela primaria. Su maestra, a quien el pequeño adora, considera a Joël como un alumno modelo. Ella debe tomar licencia por maternidad; de tal modo que Joël no la va a encontrar cuando vuelva en enero. Entonces, literalmente, se derriba. Se observará que el impacto catastrófico de la maternidad-traición de la maestra sobre la economía psíquica de Joël pudo resultar de un efecto acumulativo en *après-coup* en relación con la desaparición primera de la abuela-mamá (o de la madre-mami). Pero este episodio releva de otros que han implicado a los padres.

Efectos de la terapia familiar en el tratamiento de la depresión

La terapia familiar va a permitir efectivamente la puesta en palabras del imaginario familiar. Los padres se van a poner a hablar de sus vivencias de juventud, lo que ayudará a los terapeutas a captar mejor lo que podía subtender, en ellos, la *abolición de sentido* que presidió todo el desarrollo de Joël.

¹ "Mami", en Francia, es el término con el cual a menudo los niños se refieren a su abuela. [N. de la T.]

La madre fue alojada en una pensión apenas comenzó sus estudios secundarios. Excelente alumna, obtuvo una beca que le permitió realizar sus estudios secundarios en un colegio de una ciudad vecina, llevado adelante por religiosas. No le era posible entonces ver a sus padres más que en las vacaciones. Ella dice haberse sentido muy desgraciada, habiéndose esforzado por "esconder esto" a sus padres durante largos años, "para no causarles pena". Pero cuando pasó a tercer año, bruscamente pidió interrumpir los estudios, ante la sorpresa general ya que ella tenía un excelente rendimiento.

Varios puntos de su relato recuerdan lo que ella contó acerca de su dificultad para reencontrarse con su bebé cuando lo había confiado a su propia madre. Lo que llama la atención del terapeuta es, sobre todo, la imposibilidad de esta mujer para superar esa depresión durante varios años, como si algo muy fuerte, imperioso, la tuviese nostálgicamente cautiva en el pueblo.

El padre cuenta una historia sorprendentemente similar. Como él era estudioso y reservado, el cura del pueblo lo hizo entrar, cuando estaba en sexto grado, al pequeño seminario de la prefectura, pensando "que se podría hacer de él un predicador". Así, el padre también se encontró ante la imposibilidad de volver a ver a su familia, y se sintió extremadamente desgraciado durante varios años, sin atreverse tampoco a abrirse ante nadie. Sus malos resultados escolares en segundo año hicieron que lo enviaran de vuelta a casa. Entonces permanece pasivamente en lo de sus padres, triste y sometido, hasta que un empleado de una administración lo incita a reemplazarlo, inaugurando de ese modo su carrera profesional.

Lo que sobresale entonces de forma impactante, más allá de las diversas negaciones, es la profunda connivencia fantasmática de esta pareja: cada uno ha sido duramente confrontado a la exigencia parental de ser consagrado a un ideal (ideal de ser docente religiosa, para una; predicador, para otro). También se vieron confrontados al aburrimiento imposible de contar, lejos de las satisfacciones domésticas (edípicas).

Este punto secreto de connivencia imaginaria, dolorosa, entre los padres, ha sido alimentado para cada uno por el recuerdo de un sufrimiento de juventud y de un fracaso en responder a un ideal. El carácter traumático que había tomado esta experiencia tanto para uno como para el otro trabajó su apropiación subjetiva por parte de cada uno, lo que daría cuenta de la dificultad para explicitar algo de esto a su hijo.

El imaginario de estas familias, en las cuales *la dependencia narcisista*

es mutua, implica líneas de fractura en su capacidad de autorrepresentarse. La no articulación de sentido desemboca “en el hecho de que, para la última generación, los datos de la herencia de conjunto tienden a mantener entre ellos relaciones de pura yuxtaposición de incompatibles, según una problemática de *desmentida* (mutua) de significación y de valor”.

El tratamiento individual de Joël reproducirá y superará estos términos. El análisis de la transferencia en equipo permitirá captar lo que se actualiza en la reproducción infinita de un fenómeno de *corte intersubjetivo* entre adultos responsables. Esta reproducción tendía a eliminar toda transmisión significativa en relación con Joel, teniendo para él, como consecuencia, la imposibilidad de constituirse como sujeto. El análisis de las transferencias permitió también comprender cómo la depresión de Joël se encontró además capturada en una problemática envidiosa alrededor de su “posesión”, y por las experiencias depresivas conjuntas en los padres. Para que el proceso terapéutico se desarrolle, “algo debía ser asumido, reconocido simbólicamente, en la intersubjetividad de las personas que constituían *el encuadre* para Joel”.

Pacto denegativo y desmentida en común del duelo o de la separación

Las mayorías de las depresiones familiares compartidas tienen un rasgo en común: es la desmentida del duelo o de la separación y su mantenimiento a través de un pacto que sella una comunidad de desmentida. En estos casos, la desmentida del duelo congela el proceso del duelo: “des-fantasmaticado”, des-mentalizado, des-representado, como lo escribe Racamier, el duelo está privado de sus representaciones fantasmáticas, se torna indiscernible y difícilmente elaborable. El duelo desmentido por el padre o la madre no está solamente congelado, se inmiscuye según diversas modalidades (por expulsión, inyección, depositación) en la psiquis del hijo y en el conjunto de la familia.²

Estas expulsiones e inyecciones son actuares tóxicos, traumas, deudas insalvables que producen fantasmas.

Otro caso muestra bien de qué manera la desmentida común de la

² “Son cosas a las cuales estamos muy acostumbrados con las familias más perturbadas y los pacientes más dolorosos. El paciente psicótico es a menudo el garante del encierro desmentido, del duelo ocluido; es “el opérculo de la desmentida, el que taponar y termina de taponar la desmentida familiar” (Racamier, 1995).

pérdida del objeto –de sus apegos internos- cumple funciones psíquicas idénticas para cada uno de los sujetos anudados en el vínculo depresivo: desmentida y omnipotencia contra la prueba del duelo y de la separación. La imposibilidad para Joël de constituirse como sujeto es el efecto de la desmentida familiar de las experiencias de separación traumática repetidas a lo largo de varias generaciones.

Depresión, idealización y persecución en una institución

El espacio psíquico de una institución es de una complejidad superior a la de los pequeños grupos: diferentes niveles de organización heterogéneas se intrincan unas con otras. En una institución psiquiátrica como ésta, de la cual se va a tratar en este párrafo, el espacio psíquico de los sujetos singulares, de los enfermos, del equipo asistencial y de los administrativos interfiere sin cesar con el del servicio, de los grupos en ese servicio, y el de la institución en su conjunto.

Los movimientos psíquicos que afectan a una región de este espacio de la institución producen efectos en otra parte de la misma. Para pensar la cuestión de la depresión en el espacio institucional, hay que tener en mente esta resonancia, amplificada o minimizada, que atraviesa los espacios diferentes que componen a la institución.

Conviene también saber que el trabajo del equipo asistencial es un trabajo con un fuerte componente de ideales, de identificaciones (imaginarias, narcisistas, proyectivas, introyectivas...) con el sujeto que sufre y con el sujeto que asiste, que trata, pero también de mecanismos de defensa en relación con las vicisitudes de estos ideales y de estas identificaciones, testigos de su deseo de cuidar. Esta característica es también la de las personas que trabajan con lo que Racamier llamaba la "pasta" humana, es decir, los docentes, los educadores, los pastores, los magistrados. Las instituciones, que son los medios para que éstos puedan realizar su tarea, están particularmente expuestas a desarrollar un espacio psíquico especular como lo sostuvo J. Bleger (1970) cuando descubrió que las instituciones psiquiátricas funcionan en espejo de la patología de los pacientes que reciben o en resistencia a la patología de tales pacientes.

Sobre estas bases podemos esperar que la patología de las depresiones sea frecuente, diversa, transversal y que se "sinergice" en las instituciones asistenciales psiquiátricas, que afecte al equipo asistencial todo, o a una parte de un equipo o un servicio.

Para avanzar en la reflexión sobre este tema, voy a elegir una situación en la cual configuraciones diferentes dan nacimiento a una sintonía de derrumbes depresivos en un equipo asistencial enfrentado con la melancolía de una paciente en un momento de crisis institucional. Estudié otras situaciones, por ejemplo los movimientos depresivos en el duelo difícil, y en ciertos casos al límite de lo imposible, relacionado con el fundador de una institución. Otros estudios se relacionan con la caída del ideal en las instituciones innovadoras cuando sus miembros se ven confrontados con ciertas exigencias de lo real o con el descubrimiento de sus propios límites.

Un equipo asistencial confrontado con la melancolía de una paciente en un momento de crisis institucional

La situación que voy a relatar tiene como marco el servicio de un hospital psiquiátrico para adultos. Yo acompaño al equipo terapéutico en su elaboración de las conductas asistenciales ante los enfermos de los cuales se ocupa. Trabajamos más particularmente sobre las articulaciones entre los casos que presentan problema y los movimientos que suscitan en el equipo el trabajo asistencial con tal o cual paciente. La situación puesta a trabajar en el transcurso de una sesión de supervisión tiene como contexto un clima muy pesado, que afecta a todos los servicios, y que acumula las dificultades surgidas de la puesta en aplicación del régimen de las treinta y cinco horas, y las restricciones económicas drásticas que desmantelan los servicios. La palabra marasmo me vino a menudo a la mente al pensar en la angustia de todo este equipo asistencial ante el daño producido a su capacidad de cuidar por la conjunción de estas medidas económicas y sociales.

Se sienten abandonados, abrumados por el sentimiento de su desamparo y de su impotencia, están agotados por la ira que sienten y retienen; varios han dejado ya el hospital con gran riesgo, otros piensan en abandonar su oficio, su profesión. Varios han tomado licencia por enfermedad. Los invade la desesperanza y corren el riesgo de dejarse morir en su vida psíquica en el hospital.

La sesión que voy a relatarles comienza en este pesado y sombrío clima, con un silencio bastante prolongado, al que mis solicitudes de ponerse a trabajar no lograban romper. Yo también me siento invadido por un afecto depresivo, por el sentimiento de "total para qué... qué es lo que yo puedo hacer por ellos...".

El médico asistente, sostenido por un enfermero, se arriesga a hablar de una paciente que está poniendo duramente a prueba a todo el equipo. La señora L., de 43 años, ya tuvo varias internaciones, generalmente como consecuencia de intentos de suicidio, el primero cuando tenía 18 años y luego una larga serie de otros intentos, unos más graves y otros un poco menos. Entre las fases en que ella está muy deprimida y donde se defiende con el modo de la apatía descrita por M. Enriquez (1984), la señora L. vive períodos de hiperactividad. Sabemos que ha vivido muy dolorosamente el divorcio de sus padres cuando tenía 10 años, y que su apatía viene desde aquella época con una represión de todo ese período.

En una estadía anterior supimos que ella había cursado estudios de enfermería: todo permite pensar que ella pensaba así cuidar a su madre, gravemente depresiva "desde la noche de los tiempos": la señora L. abandonará sus estudios poco antes de que su madre acabe por suicidarse, lo mismo que uno de sus hermanos. Ella dice que su padre estaba muy afectado por el estado de su mujer, que siempre le pareció alguien agotado, que luego se casó tres veces sin tener una vida satisfactoria. Desde hacía varios años se rodeaba de detritos y vive como un mendigo.

Desde su actual estadía en el hospital, ella se porta como una masa inerte, no responde a ninguna forma de encuentro con los terapeutas, resiste a toda evolución: come y duerme, como un lactante, fuma el resto del tiempo. Su físico es muy ingrato, cada vez provoca más rechazo: excoriaciones agujerean su cara. Cuando ella acepta cuidados, los utiliza durante un tiempo muy corto, a condición de que se apliquen a su cuerpo parcial (orejas, ojos, dientes, piel), pero los hace fracasar, sobre todo aquellos que conciernen a la piel. Observamos que no es únicamente la piel la que es objeto de esta maniobra de cuidados simultáneamente solicitados y rechazados, sino todas las zonas sensoriales. Desde hace varias semanas, todo es agotador para ella y para los terapeutas, recibo las quejas de estos últimos, que se hunden cada vez más en una posición apática, adoptando con relación a mi la misma actitud que denuncian en la señora L.: ella se exhibe ante la mirada de los otros, su dificultad consistiría en no haber podido constituirse en la mirada de su madre deprimida, ser reconocida por ella.

La elección del caso de la señora L., que plantea un real y grave problema al equipo terapéutico, es retenido (en el doble sentido de ser seleccionado y guardado para sí; confróntese el inicio de la sesión) en razón de su potencial de resonancia con el fondo depresivo en el cual está toma-

do todo el equipo. Es sobre esta elección que invito al equipo a trabajar. Pienso también que me hacen compartir sus afectos y su impotencia, en la transferencia, repitiendo conmigo lo que no pueden elaborar ni con su paciente ni con las instancias institucionales, impedidos como lo están de pensar su propia fase depresiva grave. Lo que ellos transfieren es también su pedido de ser reconocidos.

Ahora bien, la situación no es tan sencilla. Del mismo modo en que la señora L. se empecina —es la palabra que conviene a sus ataques contra su envoltorio de piel— en no hacer para sí misma, o en no recibir nada bueno para ella, los terapeutas se esfuerzan por convencerme de que son impotentes para hacer lo que fuera de bueno para ellos y para la señora L.

Es un hecho admitido por todos que esta mujer melancólica es una paciente particularmente difícil, ingrata, poco gratificante y que despierta en varios terapeutas movimientos agresivos y de abandono. Ellos comprenden bien que su vacío interno y apatía no llaman a ningún deseo de vínculo, que la presencia del otro no despierta en ella más que ausencia hacia el otro, que no pueden producirse acontecimientos en un mundo sin proyecto. Pero descubrimos que ellos mismos se conducen en relación con su ideal de terapeuta, cuestionado y puesto a prueba desde muchos ángulos, como la Señora L. se comporta con relación a su madre interna: castigarla y castigarse a sí misma por castigarla. Todo parece orquestarse en un argumento trágico y silencioso del fracaso, del hacer fracasar —a sí mismo y al otro—, de la autoacusación vuelta en deflección de odio y de rechazo.

En este ejemplo encontramos reunidos varios factores que contribuyen a crear el espacio psíquico compartido de la depresión conjunta: la melancolía de una paciente particularmente difícil pone a prueba la capacidad terapéutica de un equipo habitualmente muy receptivo, organizado por el deseo de brindar asistencia lo más cercana posible a la singularidad de cada paciente. Los terapeutas están cuestionados en sus ideales personales y comunes, en el momento en que viven la institución psiquiátrica como una instancia que los persigue, que despedaza la continuidad de la asistencia, que los ataca en su capacidad terapéutica en lugar de protegerlos. Se comportan en relación con ellos mismos y la paciente, y con lo que yo represento para ellos exactamente como la paciente en relación con su madre interna y respecto a ella misma. Es lo que ha sido posible detectar, diferenciando así los espacios depresivos y las formas de tratarlos.

Convendría agregar un grado de complejidad suplementaria a esta

configuración. Es algo muy frecuente en un centro de crisis, donde todo un grupo terapéutico de pacientes entra en resonancia intensa y duradera con un enfermo depresivo a través de identificaciones proyectivas mutuas automantenido. No es raro que la depresión afecte de la misma manera a los terapeutas, ya sea que encuentren a pesar de ellos una figuración fascinante de su propio núcleo depresivo, ya sea que pongan a la obra defensas a veces comunes contra algunos contenidos regresivos insoportables de la depresión. Esta desorganización intensa de la capacidad terapéutica es reversible a condición de que esté disponible un dispositivo de escucha que permita superar la dificultad de simbolizar lo que escapa al control de los terapeutas.

Propuestas acerca de las depresiones conjuntas y compartidas

Habiendo llegado hasta aquí, ¿qué hemos aprendido acerca de las depresiones conjuntas, comunes y compartidas? Ante todo, que la depresión es siempre un dolor íntimo y un dolor en el vínculo. El dolor es una experiencia intensa de la cual hemos encontrado varias caras a lo largo de este recorrido: la depresión es la enfermedad humana, la "enfermedad del dolor", del dolor de ser, del dolor de la pérdida, del dolor del deseo de aquí en más irrealizable, de la separación, el dolor narcisístico.

Para hacer un balance más preciso de este recorrido, partiremos de las hipótesis de trabajo que han sostenido nuestro modo de hacer y nos preguntaremos si resultaron pertinentes en las diferentes configuraciones vinculares que hemos explorado. Analizaremos luego los procesos y las formaciones psíquicas movilizadas en las depresiones conjuntas. Examinaremos entonces qué modelos explicativos podrían ser propuestos para dar cuenta de la consistencia psíquica de las depresiones conjuntas, comunes y compartidas.

La afinidad entre la depresión y los espacios psíquicos comunes y compartidos

Sostengo la idea de que *existe una afinidad entre la depresión y los espacios psíquicos comunes y compartidos que vinculan al sujeto y a su entorno intersubjetivo*. La depresión intrapsíquica del vínculo con el objeto interno es conjuntamente la depresión del vínculo intersubjetivo en la medida en que, precisamente, estos dos espacios están en totalidad o en parte super-

puestos y encastrados. En este caso, la depresión que es esencialmente un derrumbe del espacio interno, es también un derrumbe correlativo en el espacio psíquico del vínculo intersíquico.

Con el objeto perdido, el vínculo se ve afectado de diferentes maneras: se deprime, se refuerza, se organiza sobre la desmentida, etc.; la pérdida del objeto es conjuntamente la pérdida del vínculo y la pérdida del sentido. No es raro, en ese caso, que el vínculo se organice esencialmente por y en la depresión, manifestando así el valor antidepresivo del vínculo.

En todos los casos, el sufrimiento de la depresión concierne a la zona en la que estamos apegados unos a otros por todo tipo de vínculo. El sufrimiento de la depresión es el de la pérdida del objeto en la muerte, la separación, el desamor; es también el del derrumbe del narcisismo.

Nos preguntaremos, sin embargo, ¿qué tipo de vínculo prevalece en la depresión conjunta? Me parece que podemos adelantar que se trata de un vínculo arcaico pre-individual, no simbolizado o insuficientemente simbolizado, y que ese vínculo perdura en tanto la experiencia del cambio y el reconocimiento de la subjetividad del otro no estén establecidos. Los dos ejemplos que propuse aquí, y los que expuse en la obra ya citada, se inscriben en esta hipótesis. El vínculo identificatorio que une a los sujetos en la depresión conjunta concierne a esa parte de ellos mismos que se resiste a elaborar la separación, condición para tener acceso al proceso de subjetivación-individuación.

Si, como lo supuse, *la afinidad entre la depresión y los espacios psíquicos comunes y compartidos expresa la problemática del vínculo y de la separación*, tenemos en esta hipótesis un punto de partida pertinente para construir una teoría del vínculo. La depresión es el síntoma de un vínculo que fracasa en transformarse después de la pérdida del objeto, dejando al sujeto expuesto en su narcisismo y su culpabilidad.

El vínculo se organiza también contra el derrumbe de la depresión

Pero debemos desarrollar otro punto de vista, en el cual hemos podido detectar la pertinencia de todas las configuraciones clínicas que hemos estudiado. El vínculo se organiza *también* contra el derrumbe de la depresión, el vínculo es además una evitación de la soledad inherente al trabajo de duelo y condición para que el sujeto emerja del “psiquismo de masa”. En muchos aspectos, éste funciona –tanto en las parejas como en

las familias– como una de las modalidades más eficaces para sostener la desmentida de la pérdida por una alianza conjunta de todos aquellos que están interesados en mantener juntos un estado de confusión: la confusión entre lo vivo y lo muerto, pero también entre las generaciones. Así, la ilusión grupal –en el sentido freudiano de la palabra ilusión– es el mantenimiento de lo ilusorio, capacidad atribuida al grupo de hacer prevalecer un orden por fuera de la muerte y de la finitud. Los grupos, desde el más pequeño hasta el más grande, cuando están bajo el efecto del sometimiento al ideal, a la omnipotencia de la idea y a la tiranía del ídolo en el cual se mira su narcisismo, son drogas psíquicas antidepresivas poderosas y por eso mismo mutilantes para sus sujetos, para el pensamiento, para la cultura y el amor. Pero entonces lo único que hacen es retrasar y amplificar la catástrofe psíquica y social que se nutre de esos pactos denegativos.

Las diversas formas de la depresión en el vínculo

Existen diversas formas y configuraciones de la depresión en el espacio psíquico conjunto común y compartido. Resumamos lo que la clínica nos ha enseñado:

- 1) Es importante distinguir entre la estructura depresiva propia de una configuración vincular (la depresión de esos espacios) y la estructura depresiva de un sujeto en esta configuración (la depresión del sujeto en esos espacios). Las *depresiones comunes* a varios sujetos mantenidos en un vínculo: por ejemplo la depresión consecutiva a la pérdida de un objeto común (una familia, una pareja, un grupo), a un duelo familiar, o la depresión que sigue a una catástrofe social, como la desaparición de gente cercana bajo el efecto de la violencia de Estado. Es también el caso de los duelos colectivos, que afectan a toda una comunidad. Puede ocurrir también que el objeto perdido no sea común, pero el hecho de compartir los síntomas crea una vivencia más o menos compartida; para que este efecto se produzca, hace falta algo en común.
- 2) No existe una modalidad única e idéntica de la depresión para los sujetos ligados en un espacio psicopatológico común, pero síntomas diversos (depresión anaclítica, duelo patológico, temas delirantes, trastornos psicósomáticos...) pueden recubrir un fondo depresivo común.

- 3) Diferentes procesos obran en la depresión conjunta: inducción recíproca, exportación, inyección, depositación, proyección, identificación proyectiva, identificación histérica, inclusión mutua, etc. Además de estos procesos individuales, también están obrando procesos intersíquicos, en particular en las alianzas inconscientes: pactos denegativos, desmetida en común, etc.

Los modelos explicativos

La metapsicología surgida del análisis individual no da cuenta más que parcialmente y de modo insuficiente de los procesos responsables de las patologías comunes. La teoría del aparato psíquico individual ha sido constituida a partir del método del diván y de este modo no es el marco metapsicológico adecuado para explicitar la realidad psíquica que construye un conjunto intersubjetivo. Sólo pudo especular sobre el funcionamiento psíquico del vínculo y de algunos trastornos del vínculo.

Es con el surgimiento de nuevos dispositivos de trabajo psicoanalítico que se han podido abrir nuevas perspectivas sobre los espacios psíquicos conjuntos y las psicopatologías que allí se desarrollan.

Las explicaciones clásicas de la psiquiatría recurrieron, desde Lasègue y Falret, al modelo del delirio de a dos basado en la inducción para explicar las patologías conjuntas. Este modelo es del mismo nivel que el de la influencia propuesto por G. Le Bon y G. Tarde para dar cuenta de los procesos psíquicos en los grupos y en las masas.

Freud introdujo otro modelo explicativo proponiendo el concepto de la identificación en su relación con el deseo inconsciente: el deseo inconsciente del otro y el deseo inconsciente por el otro. La identificación histérica ofreció el prototipo de tal modelo para resaltar las identificaciones comunes y complementarias, y los argumentos inconscientes que las sostienen. Luego, los modelos psicoanalíticos enriquecieron esta propuesta con los conceptos de identificación proyectiva, de depositación, de inclusión mutua, de encriptamiento, etc.

178

Las investigaciones psicoanalíticas sobre la realidad psíquica común y compartida traen nuevos modelos explicativos, la mayoría surgidos de la práctica del trabajo psicoanalítico en situación de grupo.

A los modelos clásicos de la resonancia fantasmática inconsciente o de la mentalidad grupal se agregaron otras concepciones. El modelo de montaje psíquico, primero aplicado al grupo, luego se extendió a la

familia, la pareja y las instituciones. Permitted detectar la importancia de las alianzas inconscientes (pactos denegativos, desmentida en común) en los procesos de formación del vínculo y en la formación del inconsciente de los sujetos. Este modelo reinterpreta ciertos procesos detectados en el abordaje clásico resituándolos en un espacio intersíquico: por ejemplo, la exportación psíquica no puede tener éxito si no encuentra en un sujeto una acogida sino un llamado hacia una importación psíquica. Podemos aplicar aquí mi propuesta para interrogar ese tipo de vínculo: "no lo uno sin lo otro, sin el vínculo que los une y sin el conjunto que los contiene".

Así pudimos poner en evidencia estrategias inconscientes correlativas. No basta observar que la depresión de un miembro de la pareja o de la familia induce un movimiento depresivo en otro, también hay que mostrar cuáles son las estrategias inconscientes de cada sujeto. Hay diferentes posibilidades y van desde el impedimento del trabajo de duelo en el otro para mantener para sí la desmentida o el congelamiento del objeto perdido, hasta el intento de hacer sentir al otro lo que el sujeto padeció sin poder elaborarlo.

Las investigaciones psicoanalíticas sobre los procesos de la transmisión psíquica entre las generaciones y en los contemporáneos han desarrollado otros modelos explicativos. La clínica ha mostrado cómo la depresión transmitida en el vínculo desempeña un papel decisivo en la estructuración de zonas enteras del psiquismo. Es el caso del duelo imposible en uno de los padres o en ambos, a veces a lo largo de varias generaciones, que torna problemática la elaboración del duelo originario en el hijo. Las depresiones transmitidas forman un espacio psíquico estructuralmente organizado por un circuito de inducción depresiva recíproca.

Entre las investigaciones a emprender, un campo concierne al régimen de los procesos temporales en las depresiones conjuntas y compartidas. La diversidad de los tiempos psíquicos es una dimensión importante de las patologías conjuntas. Conciernen directamente al ritmo del trabajo psíquico en el tratamiento de la depresión conjunta. Cuando la depresión es vivida de manera conjunta por varios sujetos, no está establecido que se haya constituido, que evolucione y que se elabore en el mismo tiempo y con el mismo ritmo para cada sujeto. La temporalidad de la elaboración y la de la reparación no son sincrónicas.

La co-elaboración de las resistencias a salir del círculo de la depresión conjunta

En las situaciones clínicas que exploré, la curación de los estados depresivos implicó una coelaboración de todos los sujetos ligados en y por la depresión.

La lógica del “no uno sin el otro” funciona en la génesis de los trastornos, pero también cuando se trata de desanudar los nudos patógenos que se formaron en el espacio psíquico común y compartido, a veces de una generación a otra, sin que se pueda actuar directamente con la generación precedente. El proceso terapéutico se inicia cuando esos nudos patógenos se actualizan en la transferencia sobre el terapeuta, pero también sobre otros sujetos que cuentan en el espacio psíquico del grupo, de la familia o la institución.

El terapeuta o el psicoanalista están a menudo confrontados a vivir el círculo de fracasos que caracterizó esas depresiones conjuntas y que revela la fuerza de las resistencias para salir de ese círculo. Cuando “el síntoma está sostenido desde varios lados”, según la lograda fórmula de Freud con respecto al caso Dora, lo que se desanuda de un lado se refuerza con frecuencia del otro lado. En esa coyuntura conviene prestar una particular atención al destino del odio en las depresiones compartidas consecutivas a un duelo. El odio mantiene el círculo de la depresión con diversos argumentos. Por ejemplo, el objeto perdido es ubicado en la posición de un juez agresivo: el sujeto deprimido se identifica con la víctima de la agresión del superyó cruel y puede ocurrir que sea acusado por los otros que están en duelo de no haber sabido o querido cuidar al objeto perdido. Éstos se identifican a la instancia que juzga y proyectan su odio o su culpabilidad sobre un objeto externo, sobre otro o más de un otro. Cada uno puede acusar a otro y el círculo persecución-depresión se automantiene, en una serie de alianzas inconscientes defensivas y patógenas.

Esta configuración me llevó a reflexionar acerca de las condiciones y los procesos que tornan posible la coelaboración de las resistencias para salir del círculo de la depresión conjunta. En todos los casos, tenemos que poner a trabajar los procesos generadores de diferenciación entre los espacios conjuntos y los espacios personales. Todas las situaciones clínicas presentadas muestran la necesidad de trabajar sobre los beneficios que cada uno de los sujetos extrae de la conjunción de los espacios psíquicos patológicos en particular para servir a la resistencia de aceptar su propia

de depresión y desprenderse de su propia culpabilidad. Pienso que, en todos los casos, son las alianzas inconscientes los maestros de obra de la resistencia. Son ellas pues las que conviene desligar.

RENÉ KAËS

RENE.KAES@UNIV-LYON2.FR

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, J. (1970): "El grupo como institución y el grupo en las instituciones", *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.
- Enriquez, M. (1984): *La souffrance et la haine. Paranoïa, masochisme et apathie*, París, Dunod, 2001.
- Fédida, P. (2000): *Des bienfaits de la dépression*, París, Odile Jacob.
- Kaës, R. (1993): *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*, Buenos Aires, Amorrurtu, 1995.
- (1996): "La mort d'un frère, le deuil d'un enfant", *Groupal*, 1, 19-32. [Edición cast.: "El complejo fraterno: el trabajo psíquico en ocasión de la muerte de un hermano o una hermana", *Revista de Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 21, 11-32, 1995.]
- (2005): "Les dépressions conjointes dans les espaces psychiques communs et partagés", en C. Chabert, R. Kaës, J. Lanouzière y A. Schniewind, *Figures de la dépression*, París, Dunod.
- (2007): *Un singulier Pluriel. La psychanalyse à l'épreuve du groupe*, París, Dunod.
- Penot, B. (1989): *Figures du déni. En deçà du négatif*, París, Dunod.
- Racamier, P.-C. (1995): "Questions à Paul-Claude Racamier à propos des processus de deuil et résurgences familiales", *Groupal*, 1, 47-65.

DESCRIPTORES: ALIANZA INCONSCIENTE / CASO CLÍNICO / DEPRESIÓN / DEPRESIONES CONJUNTAS / DUELO / EQUIPO ASISTENCIAL PSIQUIÁTRICO / HOSPITAL / PATOLOGÍAS GRAVES / SEPARACIÓN / VÍNCULO

RESUMEN

La clínica nos confronta con depresiones conjuntas y compartidas entre varios sujetos. Estos síntomas se producen en los vínculos precoces de la relación madre-hijo, en el grupo familiar, en las parejas, en los grupos y las instituciones, en el espacio transferencial-contratransferencial de la cura, y en el espacio intertransferencial del coanálisis o de la coterapia en situación de grupo.

El problema del que se ocupa este artículo es el de la inteligibilidad de un espacio psíquico en el cual dos o más personas pueden padecer los mismos síntomas a partir de situaciones diferentes o idénticas. Se investigan tres hipótesis: 1) existe

una afinidad entre la depresión y los espacios psíquicos comunes y compartidos; 2) esta afinidad expresa la problemática del vínculo y la de la separación; 3) la metapsicología que surge de la cura no da cuenta más que parcial e insuficientemente de las patologías comunes. Los dispositivos de trabajo psicoanalíticos plurisubjetivos permitieron especificar la noción de un espacio psíquico común, compartido y conjunto: ésta implica un cierto número de propuestas acerca de la concepción del aparato psíquico, su modo de formación, sus procesos y sus organizaciones.

SUMMARY

JOINT DEPRESSIONS. ELEMENTS FOR A PSYCHOPATHOLOGY OF THE BOND

Our practice confronts us with joint depressions shared by several subjects. These symptoms originate in the early mother-child bond, in the family, in couples, in groups and institutions, in the transference-countertransference space of the cure, and in the inter-transference space of co-analysis or co-therapy within group psychoanalysis.

This article deals with the intelligibility of a psychic space where two or more people may suffer from the same symptoms stemming from identical or different circumstances. Three hypotheses are studied: 1) There is an affinity between depression and common shared psychic spaces. 2) Such affinity expresses the bond and separation problem. 3) The meta-psychology arising from the cure does not fully or sufficiently account for common pathologies. Psychoanalytic facilities involving several subjects have made it possible to specify the notion of a joint common and shared psychic space: such notion implies a certain number of proposed theories about the conception of the psyche, the way it is formed, its processes and organizations.

RÉSUMÉ

LES DÉPRESSIONS CONJOINTES. ÉLÉMENTS POUR UNE PSYCHOPATHOLOGIE DU LIEN

La clinique nous confronte à des dépressions conjointes et partagée entre plusieurs sujets. Ces symptômes se produisent dans les liens précoces de la relation mère-enfant, dans le groupe familial, dans les couples, dans les groupes et les institutions, dans l'espace transféro-contretransférentiel de la cure, et dans l'espace intertransférentiel de la co-analyse ou de la co-thérapie en situation de groupe.

Le problème auquel est consacré cet article est celui de l'intelligibilité d'un espace psychique où deux ou plusieurs personnes peuvent souffrir des mêmes

symptômes à partir de situations différentes ou identiques. Trois hypothèses sont explorées: 1) Il existe une affinité entre la dépression et les espaces psychiques communs et partagés. 2) Cette affinité exprime la problématique du lien et de la séparation. 3) La métapsychologie issue de la cure ne rend compte que partiellement et de manière insuffisante des pathologies communes. Les dispositifs de travail psychanalytique plurisubjectifs ont permis de préciser la notion d'un espace psychique commun, partagé et conjoint : celle-ci implique un certain nombre de propositions sur la conception de l'appareil psychique, son mode de formation, ses processus et ses organisations.

RESUMO

AS DEPRESSÕES CONJUNTAS. ELEMENTOS PARA UMA PSICOPATOLOGIA DO VÍNCULO.

A clínica nos confronta com depressões conjuntas e compartilhadas entre vários sujeitos. Estes sintomas se produzem nos vínculos precoces da relação mãe-filho, no grupo familiar, nos casais, nos grupos e nas instituições, no espaço transferência-contratransferência da cura e no espaço inter-transferência da co-análise ou da co-terapia em situação de grupo.

O problema que trata este artigo é o da inteligibilidade de um espaço psíquico no qual duas ou mais pessoas podem padecer os mesmos sintomas a partir de situações diferentes ou idênticas. Investigam-se três hipóteses: 1) Existe uma afinidade entre a depressão e os espaços psíquicos comuns e compartilhados. 2) Esta afinidade expressa a problemática do vínculo e da separação. 3) A metapsicologia que surge da cura só refere de forma parcial e insuficiente as patologias comuns. Os dispositivos de trabalho psicanalíticos pluri-subjetivos tornaram possível especificar a noção de um espaço psíquico comum, compartilhado e conjunto: esta implica um certo número de propostas sobre a concepção do aparelho psíquico, seu modo de formação, seus processos e suas organizações.