

NASIO

**La
depresión
es la pérdida
de una
ilusión**

PAIDÓS

J. D. Nasio

La depresión es la pérdida de una ilusión

Traducción de Nicolás Gómez

 PAIDÓS

Nasio, Juan David

La depresión es la pérdida de una ilusión / Juan David Nasio. -
1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Paidós, 2022.
208 p. ; 21 x 14 cm.

ISBN 978-950-12-0358-5

1. Psicoanálisis. I. Título.
CDD 150.195

1ª edición: abril de 2022

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446 de la República Argentina.

© 2022, Juan David Nasio

Traducción de Nicolás Gómez

Todos los derechos reservados

© 2022, Editorial Paidós SAICF
Publicado bajo su sello PAIDÓS®
Av. Independencia 1682, C1100ABQ, C.A.B.A.
info@ar.planetadelibros.com
www.paidosargentina.com.ar

Diseño de cubierta: Departamento de Arte de Grupo Editorial Planeta S.A.I.C.

ISBN 978-950-12-0358-5
5.000 ejemplares
Impreso en Master Graf,
Moreno 4794, Munro, Provincia de Buenos Aires,
en el mes de marzo de 2022

Hecho el depósito que previene la Ley 11.723
Impreso en la Argentina – Printed in Argentina

1^{ra} lección

¿Qué es la depresión?

*No me dirijo a todos ustedes
sino a cada uno en particular.*

J. D. N.

Es para mí una gran responsabilidad hablar ante un auditorio tan numeroso y dirigirme a ustedes que quieren saber qué vive una persona deprimida en lo más hondo de su ser. Soy muy sensible a su entusiasmo, que me estimula y me inspira. Querría proponerles cinco lecciones que espero estén a la altura de sus expectativas. Sé que muchos de ustedes son profesionales que reciben frecuentemente pacientes deprimidos. Deseo vivamente que las conferencias de este año les resulten útiles para mejorar su manera de pensar la depresión, de escuchar al paciente deprimido y, sobre todo, de saber hablarle. Ustedes me conocen bien: es siempre el mismo deseo el que me anima. Cada vez que preparo una lección, cada vez que les hablo, no tengo más que una sola intención: influenciarlos, influenciarlos personalmente. Digo “personalmente” porque, en el fondo, no me dirijo a todos ustedes sino a cada uno en particular. ¡Sí! La enseñanza es eso: una influencia, un ascendiente íntimo y fecundo. Enseñar no es solo transmitir conocimientos; es también suscitar en el auditor la actitud mental y emocional más

adecuada a su propia práctica. Si pienso, por ejemplo, en nuestra práctica de la escucha terapéutica, diré que la actitud que querría suscitar en ustedes es el afán de entrar en el mundo interior del paciente olvidando lo que han aprendido. Sin duda, **hay que leer mucho y aprender mucho de la experiencia, pero no será jamás su saber lo que cure, sino su inocencia, su curiosidad, sus ganas de ir hacia el otro y descubrir su misterio.** Lo que cura es usted mismo porque al suspender su saber se volverá emocionalmente nuevo y plenamente receptivo a todo lo que emana del otro. Solo entonces, sin ningún a priori, usted será capaz de decirle a su paciente lo que percibió de él y qué lo hacía sufrir. Digamos entonces, de manera general, que todo docente, cualquiera sea su disciplina, tiene que incitar a su alumno a estudiar y luego a olvidar lo que ha aprendido para reencontrar la inocencia y abrirse a lo inesperado de la vida.

*

Durante estas lecciones que vamos a vivir juntos, buscaremos profundizar la teoría y la clínica de la depresión. Yo mismo no paro de trabajar y retrabajar este tema desde los años de mi residencia (1964-1969). En el servicio de psiquiatría donde estaba haciendo la especialidad, tuve la responsabilidad de ocuparme del tratamiento de mujeres ancianas deprimidas. Todavía oigo a mi jefe de servicio diciéndome –yo debía tener 23 años–: “Nasio, a partir de hoy va a encargarse de la consulta de mujeres mayores que sufren de depresión”. Me veo en el hospital con mi guardapolvo blanco, cruzando la sala de espera a las 8 h

de la mañana, una sala ya llena de viejecitas arrugadas y tristes. Como muchos depresivos que se despiertan muy temprano, se levantaban al alba, a eso de las 5 h, con una sola idea en mente: ir a la cita con el médico. Recuerdo muy bien el consultorio minúsculo donde recibía a esas mujeres sufridas, una tras otra, durante toda la mañana. Al escucharlas, me impresionaba ver que muchas de ellas parecían como enojadas. Claro, estaban deprimidas y tristes, pero era una tristeza rencorosa. En aquella época no me detenía en ese enojo, que sin embargo era evidente. Solo mucho después logré ver que, bajo la capa de tristeza, exudaban rabia, rencor y odio. Comprendí que, para tratar la depresión, es necesario llevar al analizante a reconocer su odio profundo contra aquel, a menudo un familiar o un amigo, que supuestamente lo había traicionado. Es un odio que el paciente termina revirtiendo contra sí mismo hasta deprimirse: odio hacia el otro, odio hacia uno mismo.

Más tarde volveré a hablarles sobre la acritud de la tristeza del deprimido, pero querría ahora compartir con ustedes otro recuerdo de juventud y hacerles sentir cuánto el tema de la depresión me acompaña desde el comienzo de mi práctica hospitalaria e incluso de mi práctica psicoanalítica. No olvido que mi primera paciente, a quien recibí en el consultorio el 8 de enero de 1965 –fecha imborrable para mí–, era una enferma bipolar medicada con litio que traté psicoanalíticamente durante cuatro años hasta que me fui a Francia. Era una mujer de origen suizo, de unos 50 años, sin hijos, que vino a consultarme acompañada por su marido, un hombre bajito que hablaba español con fuerte acento de Berna. Él se

sentía totalmente desamparado frente a los episodios depresivos de su esposa y sus múltiples intentos de suicidio. Pero lo que más lo desmoralizaba, como suele pasarle a la pareja del enfermo bipolar, no eran los episodios depresivos de Eva sino sus episodios maníacos, durante los cuales, por ejemplo, se levantaba en medio de la noche para pintar las paredes de la cocina, o para meter en la casa a vagabundos con los que tenía relaciones sexuales sin que le importara la presencia de su marido. He aquí síntomas graves, maníacos y suicidas, que confirman que la bipolaridad puede ser una psicosis. Sin lugar a duda, la depresión, cualquiera que sea su variante, despierta en mí la pasión por comprenderla, teorizarla y curarla.

Dos puntos de vista sobre la depresión: el descriptivo y el psicoanalítico

Preguntémonos ahora qué es la depresión. Podemos definirla desde dos puntos de vista distintos y complementarios: el descriptivo y el psicoanalítico. Desde el **punto de vista descriptivo**, la depresión es un conjunto de síntomas observables, entre los cuales el más importante es un humor anormalmente triste. La fórmula consagrada que encontramos en la mayoría de los libros sobre el tema es la siguiente: la depresión es un trastorno del humor, es decir, un trastorno del estado emocional. Esta es una definición sumamente restringida, ya que se limita a caracterizar la depresión por lo que vemos en el paciente: un humor triste. En efecto, el punto de vista descriptivo se contenta con constatar la presencia de una tristeza patológica sin tratar

de averiguar la causa que la provoca. Aquí, la depresión es simplemente lo que se percibe de ella.

Luego, tenemos el **punto de vista psicoanalítico** –tal como yo lo concibo– que, al contrario, define la depresión a partir de las causas que la generan. Aquí, la depresión es sin duda lo que se ve pero, sobre todo, lo que suponemos que está por detrás de lo que se ve. ¿Y qué es lo que suponemos? ¿Qué es lo que yo supongo? Justamente, yo supongo las causas invisibles del humor anormalmente triste de la persona que está sentada frente a mí. Así, cuando la veo triste, abrumada, y la oigo quejarse de los otros y de sí misma, me digo que su tristeza ha sido provocada por una pérdida, la pérdida no solo de un objeto exterior sino también la de un objeto interior, de algo dentro de sí misma, de algo de ella misma, y para decirlo todo, la pérdida de una ilusión. **En verdad, el deprimido está triste no solo porque ha perdido lo que tenía sino porque ha perdido lo que era o, debería decir, porque ha perdido la ilusión que le daba la fuerza de ser lo que era.**

Yo supongo entonces que quien me habla está triste porque ha perdido una ilusión. ¿Qué ilusión? La de ser todopoderoso e invulnerable frente a la desgracia. Como si el deprimido de hoy, mucho antes de su depresión actual, desde su infancia, hubiese vivido encerrado en una burbuja de ilusión narcisista que lo hacía sentirse omnipotente y lo aislaba de la realidad: “Mientras sueño con ser fuerte, me siento fuerte, soy fuerte, y nada puede ocurrirme”. Esta es la ilusión, el espejismo infantil que el deprimido ha perdido.

La depresión es una tristeza anormal provocada por la pérdida de una ilusión

Probablemente, ustedes tienen la impresión de que voy demasiado rápido, pero quería darles a conocer cuanto antes lo esencial de mi interpretación del fenómeno depresivo. Para mí, más que un trastorno del humor, la depresión es el resultado del pasaje de una ilusión infantil de omnipotencia narcisista a una desilusión devastadora de sentirse no ser nada. Así, querría mostrarles que **la depresión es ante todo una patología de la desilusión**. Esta es entonces la idea directriz de nuestras lecciones, idea que iré desarrollando a medida que avancemos. Por el momento, quedémonos con esta propuesta dinámica de que la depresión es la reacción ante la pérdida de una ilusión egocéntrica, el pasaje de un estado emocional ya frágil –el de un ser henchido de ilusión– a un estado emocional francamente enfermo –el de un ser vaciado de su ilusión–. Para decirlo en una frase, **la depresión es una tristeza anormal provocada por una amarga desilusión**. Esta será nuestra primera y más importante definición de depresión. Les pido que retengan la palabra “*desilusión*” porque designa lo esencial: el movimiento de una **caída**. En efecto, cuanto más alta haya estado la ilusión narcisista, más dura será la caída en la desilusión. Estoy tan convencido de esta idea que he intitulado nuestro libro “*La depresión es la pérdida de una ilusión*”.

Ahora bien, la caída de la ilusión narcisista es vivida por la persona que se deprime como un **choque emocional**. Este choque puede producirse por ejemplo en el

caso del descubrimiento de una infidelidad insospechada, de un duelo repentino y muy doloroso, de una quiebra inesperada o incluso frente a un despido arbitrario. En todas estas situaciones podemos identificar el choque emocional, pero otras veces nos es difícil localizarlo, sobre todo cuando no se trata de un acontecimiento único sino de una acumulación de decepciones o de humillaciones como, por ejemplo, puede ocurrirle a un empleado que sufre continuas vejaciones de parte de su jefe.

No obstante, si pienso ahora en la infancia del paciente, debo añadir que, para que este se haya deprimido, no solo ha sido necesario que sufriese un choque emocional, sino también un **psicotraumatismo infantil**, como puede ser el abandono, los maltratos o el abuso sexual.

Tenemos entonces dos conmociones que han estremecido el yo del futuro deprimido. Primero, un **psicotraumatismo** ocurrido antes de los 16 años, cuyo violento impacto removió los cimientos de una psique aún en gestación. Luego, la otra conmoción es el **choque emocional**, conmoción ocurrida mucho más tarde, en la edad adulta, cuyo impacto ha hecho perder al sujeto su ilusión de omnipotencia, ilusión que compensaba, mal que mal, el desequilibrio que el psicotraumatismo había instalado en su infancia. Para que se entienda mejor, recurramos a una alegoría. Una cosa es la poliomielitis que paraliza la pierna de un niño; otra es, en el adulto inválido, la pérdida de la muleta que le permitía moverse. Una cosa es el daño en la sustancia gris de la médula espinal de un niño —esto sería el **psicotraumatismo**—; otra, la pérdida de la muleta que hace caer al adulto inválido, es decir, la pérdida de la ilusión que lo equilibraba —este sería el **choque emocional**—. El trau-

matismo hiere al niño, quien, para sobrevivir, se aferra a una ilusión; y, veinte años después, el choque emocional le arranca al adulto esa ilusión y lo precipita en la depresión.

Añadiré aquí una observación que seguramente les interesará a ustedes como clínicos. Tanto en el psicotraumatismo como en el choque emocional, el impacto en el sujeto puede producirse en una sola vez, de manera súbita y masiva, o bien en una serie de microimpactos que, poco a poco, crean un estado de hipersensibilidad ante la más leve frustración. He tenido que forjar este concepto de **microimpactos** que les propongo, ya sean microtraumatismos en el niño o microchoques emocionales en el adulto, para responder al problema que encontramos en ciertos pacientes deprimidos cuando no logramos datar el incidente traumático infantil o identificar el choque emocional reciente. Gracias a la experiencia me di cuenta, poco a poco, de que **tanto un único impacto como la acumulación de pequeños impactos sumados unos a otros, podían producir la misma conmoción**. Cuando le preguntamos a nuestro analizante deprimido si en su infancia se vio perturbado por un hecho particularmente doloroso, a veces nos responde: “No, no creo. Mi infancia fue bastante buena. No recuerdo haber vivido momentos muy difíciles”. Ahora bien, cuando usted insiste para conocer los detalles de la relación con su madre o con su hermano mayor, por ejemplo, descubre que, en verdad, no hubo un incidente traumático preciso sino un periodo turbulento en la infancia. Tomemos el caso de un niño maltratado durante años por una madre frustrada, sin compañero y colérica. A decir verdad, el niño no sufrió golpes, pero padeció cotidianamente gritos hi-

rientes y degradantes que, a veces, son peores que los golpes: “¡Sos un desastre! ¡Sos tan vago y cobarde como tu padre! ¡Nunca lograrás nada!”. Gritos tan humillantes que terminan hiriendo al niño y desviándolo de un destino sereno. Esta imagen de un daño progresivo que corroe el ser me recuerda el suplicio chino de la gota de agua que cae repetidamente en la cabeza del condenado hasta enloquecerlo. En resumen, ya sea que el niño sufra el impacto traumático de una sola vez o desmultiplicado en varias veces, el efecto es el mismo: un daño en los cimientos de su ser. Y, paralelamente, ya sea que el adulto sufra el impacto de un solo choque emocional o de varios microchoques acumulados, el efecto es el mismo: el desencadenamiento de una depresión.

No puedo seguir hablándoles del psicotraumatismo sin recordarles un hecho tan evidente que ustedes podrán constatarlo fácilmente. ¿De qué se trata? Todos nosotros, neuróticos como somos, hemos sufrido en nuestra infancia y juventud diversos traumatismos inevitables que han afectado nuestro yo pero sin dañarlo. Entre esos traumatismos absolutamente necesarios para el desarrollo de nuestra personalidad, traumatismos que llamo **psicotraumatismos de crecimiento**, tenemos por ejemplo el nacimiento de un hermanito, el divorcio de los padres o la muerte de un abuelo; todos traumatismos que, una vez superados, nos ayudan a madurar, pero que también nos perturban hasta instalar en nosotros una neurosis que se confunde con nuestra personalidad normal. Esta neurosis, resultante de los psicotraumatismos de crecimiento, es para mí una **neurosis sana** que sufrimos todos.

La depresión es la espuma de la neurosis

Querría ahora afinar mi interpretación del fenómeno depresivo usando esta vez una terminología clínica que me lleva a proponerles una segunda definición psicoanalítica de la depresión –siendo la primera que **la depresión es la pérdida de una ilusión**–. Pero, que sea la primera o la segunda, sepan que las dos definiciones han sido forjadas teóricamente en el crisol de la práctica cotidiana con mis analizantes. Son ellos, esencialmente, quienes me han enseñado a pensar la depresión tal y como se las expongo hoy. ¿Y qué me enseñaron? Que la depresión no es una entidad en sí, aislada, sino el derrumbe de otra entidad llamada neurosis, neurosis patológica y más bien severa. Hace un rato les decía que la depresión era el pasaje de un estado emocional ya frágil –el de un ser henchido de ilusión– a un estado emocional francamente enfermo –el del mismo ser vaciado de su ilusión–. Ahora, remplazo “estado emocional ya frágil” por “*neurosis*”; “pasaje” por “*derrumbe de la neurosis*”, derrumbe que con otro vocabulario hemos caracterizado como “pérdida de una ilusión de omnipotencia” o, alegóricamente, como “pérdida de la muleta”; y, por último, remplazo “estado emocional francamente enfermo” por “*depresión*”. Digamos entonces que **un deprimido es una persona altamente neurótica que se vino abajo el día en que perdió su ilusión de omnipotencia**.

Aquí debo introducir una salvedad. Para mayor claridad, he tenido que dejar de lado las diferentes variedades de depresión que se presentan en pacientes con patologías severas: psicosis, perversión, adicción, anorexia o

bulimia, demencia senil o aun enfermedad orgánica grave, patologías todas estas que pueden ser terreno fértil para una depresión. En nuestra lección de esta noche, he preferido estudiar únicamente la depresión más frecuente, la que golpea a los pacientes neuróticos. Digo “la más frecuente”, aunque también podría haber dicho “la más elocuente”, ya que nos muestra como ninguna otra el origen y la dinámica de la depresión.

Considerar entonces que la depresión es el derrumbe de una neurosis, su descompensación, implica que el clínico debe no solo tratar la depresión sino, sobre todo, la neurosis que la ha fomentado. **Si usted logra aliviar al paciente deprimido de su neurosis, usted lo aliviará automáticamente de su depresión.** Retomando el vocablo “ilusión”, afirmaré que, para tratar la cruel **desilusión** vivida por un deprimido, tenemos que encontrar, y hacerle encontrar, la ilusión infantil que lo subyugaba antes de deprimirse. Les pido que tengan presente esta recomendación técnica porque expresa la orientación que domina mi trabajo: **yo no ataco solamente el mal de hoy: la depresión; ataco la raíz del mal: la neurosis y sus ilusiones infantiles.** Justamente, a fin de mostrarles la acción de un psicoanalista que para tratar la depresión trata la neurosis, les presentaré más adelante, en nuestra tercera lección, el caso de Lorenzo. Allí ustedes me verán actuar con un paciente deprimido desde el primer encuentro.

Lo subrayo con fuerza. Para mí, la depresión es la manifestación de una neurosis que se ha descompensado, al igual que un acceso de fiebre es la manifestación de una bronquitis que se ha agravado. Tratar a un paciente

deprimido sin pensar que es un neurótico descompensado es como tratar a un paciente febril sin pensar en la infección que ha provocado la fiebre. La depresión es la fiebre, la neurosis es la infección. En una palabra, **la depresión es la espuma de la neurosis**. Pero no nos equivoquemos: que la depresión sea fiebre o espuma, no deja de ser una afección grave con un riesgo de suicidio importante.

A propósito de fiebre, quiero precisarles que así como en medicina hay enfermos que sufren repetidos accesos de fiebre crónica, también hay neuróticos que sufren repetidos accesos depresivos. Esta depresión repetitiva, difícil de curar, se llama “depresión crónica”. Tenemos entonces, por un lado, pacientes que sufren un único episodio depresivo –ahí debemos ocuparnos de la neurosis subyacente que se ha descompensado– y, por otro lado, tenemos pacientes que sufren episodios depresivos recurrentes –y ahí también debemos ocuparnos de la neurosis subyacente que se descompensa una y otra vez–. Añadamos que otra figura de la depresión crónica es la de ver a nuestro paciente continuamente depresivo.

Aprovecho para clarificar el sentido de las palabras “*deprimido*”, “*depresivo*” y “*depre*”. “Deprimido” designa a un sujeto que presenta los síntomas típicos de una depresión, mientras que “depresivo” designa a un sujeto cuya personalidad está marcada por la tristeza. La palabra “depresivo” es también un adjetivo que califica todo lo relativo a la depresión; por ejemplo, cuando decimos “un síntoma depresivo”. En cuanto al término “depre”, designa simplemente un bajón pasajero.