



## DEPRESIÓN Y DOLOR

Magdalena Salamanca

Escuela de psicoanálisis grupo cero.

[clinica@grupocero.info](mailto:clinica@grupocero.info)

## RESUMEN

Por todos es sabido que ante una pérdida, el sujeto experimenta un estado de dolor que se denomina "duelo" y que es considerado normal. Lo que es menos saludable es el surgimiento, ante una situación similar, de un estado melancólico o lo que conocemos como depresión. De un estado normal, el duelo, surge un estado patológico, la depresión o melancolía. Una de las características más importantes de la melancolía es un estado de ánimo profundamente doloroso, característica vinculada también al duelo, pero lo que hace que sean estados diferentes es la disminución del amor propio, es decir, un empobrecimiento del yo. Dolor, duelo y depresión, dolor como afectación común ante una pérdida, dolor ante la pérdida, como representación de la propia finitud. Cuando el otro desaparece se hace presente la propia desaparición, la muerte propia. La tolerancia ante el dolor de existir, ante la propia muerte, se pone de manifiesto en la elaboración y procesamiento de la enfermedad pero, también, de la salud.

# DEPRESIÓN Y DOLOR

## I. APUNTES SOBRE LA DEPRESIÓN

### 1.- Introducción (datos sobre la depresión)

Según datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud):

- La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

### 2.- ¿Cómo identificar y diferenciar una depresión de otros padecimientos?

Para esclarecer la esencia de la melancolía, de la depresión, la compararemos con el duelo, afecto normal paralelo a ella. Las múltiples formas de la depresión, en ocasiones pueden parecerse a afectaciones somáticas, aunque lo que verdaderamente estamos presenciando son los efectos de la depresión.

El duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. La melancolía o depresión surge bajo las mismas circunstancias pero en personas con cierta predisposición morbosa.

Las características de la depresión, psíquicamente hablando son:

1. Un estado de ánimo profundamente doloroso
2. Una cesación del interés por el mundo exterior

## DEPRESIÓN Y DOLOR

3. La pérdida de la capacidad de amar
4. La inhibición de todas las funciones
5. Y la disminución del amor propio

La disminución del amor propio es una característica exclusiva de la depresión, no aparece en el duelo. Y se pone de manifiesto en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo.

La depresión o melancolía es la reacción a una pérdida, en muchos casos de un objeto amado, pero también, la pérdida, puede ser más ideal. Por ejemplo, el sujeto no ha muerto pero ha quedado perdido como objeto erótico (el caso de la novia abandonada). Hay otros casos donde la pérdida no está tan claramente definida, o aquellos otros donde el sujeto conoce el objeto perdido pero no, lo que ha perdido con él. Digamos que la pérdida es inconsciente, no como en el duelo que la pérdida es reconocida conscientemente.

La inhibición y la falta de interés por el mundo exterior en el duelo se explican por el proceso mismo del duelo, donde el yo queda absorbido. En la depresión tal inhibición no está tan claramente definida. La disminución del amor propio nos muestra, no una absorción del yo, sino un considerable empobrecimiento del mismo.

El yo del melancólico es indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se reprocha, se insulta, espera repulsa y castigo. Se humilla delante de todos y les compadece por estar cerca de él. Muestra un cuadro de delirio de empequeñecimiento (principalmente moral). También parece de insomnio, rechazo a la comida y sojuzgamiento de sus deseos.

### 3.- ¿Qué verdad nos muestra un sujeto deprimido?

Los límites entre la salud y la enfermedad quedan definidos por factores cuantitativos. La inhibición psíquica con empobrecimiento pasional que sufre el melancólico, provoca dolor. Siempre que se produce una disolución de asociaciones surge un dolor.

Las acusaciones de las que se hace objeto el melancólico, en algún lugar, deben ser verdaderas. En algunas de dichas acusaciones, percibe la verdad más claramente que otros sujetos no melancólicos. Cuando se describe como un hombre pequeño, egoísta, deshonesto y carente de ideas propias, preocupado siempre en ocultar sus debilidades, se aproxima al conocimiento de sí mismo, pero no es necesario enfermar para llegar estas verdades. Quien llega a tal valoración de sí propio y la manifiesta públicamente está enfermo.

En el sujeto deprimido observamos el deseo de comunicar a todo el mundo sus propios defectos, como si en ese rebajamiento encontrara una satisfacción.

## DEPRESIÓN Y DOLOR

### 4.- ¿A quién acusa y de qué lo acusa el deprimido?

Hemos dicho que el paciente deprimido ha sufrido una pérdida, observamos que por sus manifestaciones la pérdida ha tenido efecto en su propio yo. Es como si una parte del yo se situara en frente de la otra y la valorara críticamente, como si la tomara como objeto. Esta instancia crítica se denomina conciencia moral. Debemos resaltar en el cuadro depresivo, el descontento por el propio yo, desde el punto de vista moral, sobre todas las demás críticas posibles. La deformidad, la fealdad, la debilidad y la inferioridad social no son objeto de valoración para el paciente, pero sí lo son la pobreza o la ruina, que se ponen de manifiesto como afirmaciones o temores preferentemente.

Pero si observamos más concretamente las autoacusaciones del melancólico nos damos cuenta que las acusaciones son poco adecuadas a la personalidad del sujeto, pero pueden adaptarse a otra persona a la que el enfermo ama, ha amado o debía amar.

Los reproches van dirigidos a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra su propio yo. Es decir, sus lamentos son quejas. No se avergüenzan ni se ocultan, porque todo lo malo que dicen de sí mismos se refiere a otras personas.

### 5.- ¿Qué es lo que sucede para que se instale la depresión?

La reconstrucción del proceso es la siguiente: lo primero que se produce es una elección de objeto, o sea un enlace libidinal a una persona determinada. Debido a una ofensa real o un desengaño de la persona amada, surge una conmoción de la relación objetal, pero el sujeto no sigue el camino normal, sustrayendo la libido al objeto y desplazándola a otro nuevo, sino que sigue otro camino distinto.

La carga de objeto sin resistencia queda abandonada, pero la libido libre no busca otro objeto sino que se retrae al yo, donde se produce una identificación del yo con el objeto abandonado.

La sombra del objeto cayó así sobre el yo. El yo es juzgado, desde este momento como si fuera el objeto perdido. Por este mecanismo, se transforma la pérdida de objeto en pérdida del yo.

### 6.- La hostilidad del melancólico, una tendencia al suicidio

Cuando el amor al objeto, se refugia en la identificación narcisista, recae el odio sobre el objeto sustitutivo, calumniándolo, humillándolo, haciéndole sufrir y encontrando en este sufrimiento una satisfacción sádica.

El tormento, placentero para el melancólico, significa que las tendencias sádicas y de odio infringidas hacia el objeto, han sido orientadas hacia el propio yo del sujeto. Consigue, a través de la enfermedad, su venganza de los objetos primitivos y atormentar a los que ama, refugiándose en ella para no tener que mostrar directamente su hostilidad.

La carga erótica del melancólico hacia su objeto experimenta un doble destino. Una parte de ella retrocede hasta la identificación, y otra, bajo el influjo de la ambivalencia, hasta la fase sádica.

## **DEPRESIÓN Y DOLOR**

La regresión a la fase sádica es lo da explicación a la tendencia al suicidio, tendencia que tan interesante y peligrosa hace a la depresión.

El análisis de la melancolía nos muestra que el yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a sí mismo como un objeto, cuando dirige contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia el objeto, hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior.

Decimos que: "El suicida es un asesino tímido".

### **7.- Melancolía y manía**

Algo singular de la depresión es su tendencia a transformarse en manía. En muchos casos ambas fases se alternan, aunque no es condición sine qua non. El contenido de la manía es idéntico al de la melancolía.

La manía se caracteriza por un alegre estado de ánimo, por los signos de descarga de alegría y por una intensa disposición a la actividad, es la antítesis de la depresión o inhibición propias de la melancolía.

En la manía el yo ignora nuevamente qué o sobre qué ha triunfado. El maníaco nos muestra su liberación del objeto que le hizo sufrir, emprendiendo con hambre voraz nuevas cargas de objeto.

## **II. APUNTES SOBRE EL DOLOR**

### **1.- El dolor psíquico un afecto que se puede expresar en el cuerpo**

Cualquier afecto que provoque los afectos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico pueden actuar como traumáticos. Por ejemplo: Despertar un recuerdo puede procurar una sensación dolorosa en un paciente, las zonas histerógenas de la histeria así atestiguan.

En Psicoterapia (Tratamiento por el Espíritu) Freud relaciona los afectos con su participación corporal. Dice: "Son por todos conocidas las extraordinarias alteraciones de la expresión facial, de la circulación sanguínea, de las secreciones, del estado excitativo de la musculatura voluntaria, que pueden producirse bajo la influencia del miedo, de la ira, del dolor anímico, del éxtasis sexual y de otras emociones. Menos conocidas, pero absolutamente indudables, son otras acciones somáticas de los afectos que ya no forman parte de la expresión directa de los mismos. Así, ciertos estados afectivos permanentes de naturaleza penosa o, como suele decirse, «depresiva», como la congoja, las preocupaciones y la aflicción, reducen en su totalidad la nutrición del organismo, llevan al envejecimiento precoz, a la desaparición del tejido adiposo y a alteraciones patológicas de los vasos sanguíneos. Recíprocamente, bajo la influencia de excitaciones gozosas, de la «felicidad», obsérvese cómo todo el organismo florece y la persona recupera algunas manifestaciones de la juventud. Los grandes afectos tienen, evidentemente, íntima relación con la capacidad de resistencia frente a las enfermedades infecciosas; buen ejemplo de ello es la observación, efectuada por médicos militares,

## DEPRESIÓN Y DOLOR

de que la susceptibilidad a las enfermedades epidémicas y a la disentería es mucho mayor entre los contingentes de un ejército derrotado que entre los vencedores. Mas los afectos -casi exclusivamente los depresivos- a menudo son también por sí mismos causas directas de enfermedades tanto del sistema nervioso -con alteraciones anatómicamente demostrables- como también de otros órganos, debiendo aceptarse en tales casos la preexistencia de una propensión a dicha enfermedad, hasta ese momento inactiva." [...]

[...] "Los procesos de la voluntad y de la atención son asimismo susceptibles de influir profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un gran papel como estimulantes o inhibidores de enfermedades orgánicas. Un celebrado médico inglés ha dicho de sí mismo que consigue provocar las más diversas sensaciones y dolores en cualquier parte de su cuerpo a la cual dirija la atención, y la mayoría de los seres parecen tener parecida capacidad. Al considerar los dolores, que por lo común se incluyen entre las manifestaciones somáticas, siempre debe tenerse en cuenta su estrechísima dependencia de las condiciones anímicas. Los profanos, que tienden a englobar tales influencias psíquicas bajo el rótulo de «imaginación», suelen tener poco respecto a los dolores «imaginarios», en contraste con los provocados por heridas, enfermedad o inflamación. Mas ello es flagrantemente injusto: cualquiera que sea la causa del dolor, aunque se trate de la imaginación, los dolores mismos no por ello son menos reales y menos violentos. Tal como los dolores pueden ser provocados o exacerbados dirigiendo la atención sobre ellos, también desaparecen al apartarse ésta. Dicha experiencia se aplica comúnmente para calmar a un niño dolorido; el guerrero adulto no siente el dolor de sus heridas en el febril ardor del combate; es muy probable que el mártir, en la exaltación de sus sentimientos religiosos, en la sumisión de todos sus pensamientos hacia la recompensa celestial que le espera, se torne totalmente insensible al dolor de su tormento. No es tan fácil abonar por medio de ejemplos la influencia de la voluntad sobre los procesos morbosos orgánicos pero es muy posible que el propósito de sanar o la voluntad de morir no carezcan de importancia para el desenlace de algunas enfermedades, aun graves y de dudoso carácter."

### 2.- El placer en el dolor: sadismo y masoquismo

Sadismo y masoquismo. -La tendencia a causar dolor al objeto sexual o ser maltratado por él es la más frecuente e importante de las perversiones, y sus dos formas, activa y pasiva, han sido denominadas, sadismo y masoquismo. El término masoquismo resalta el placer de sufrir toda clase de humillaciones y sometimiento.

La sexualidad de la mayor parte de los hombres muestra una mezcla de agresión, de tendencia a dominar, cuya significación biológica estará quizá en la necesidad de vencer la resistencia del objeto sexual de un modo distinto a por los actos de cortejo.

El sadismo corresponderá entonces a un componente agresivo del instinto sexual exagerado, devenido independiente y colocado en primer término por medio de un desplazamiento. El concepto del sadismo comprende desde una posición activa y dominadora con respecto al objeto sexual hasta

## DEPRESIÓN Y DOLOR

la exclusiva conexión de la satisfacción con la humillación y mal trato del mismo. En sentido estricto, solamente el último caso extremo puede denominarse perversión.

De un modo análogo, el concepto de masoquismo reúne todas las actitudes pasivas con respecto a la vida erótica y al objeto sexual, siendo la posición extrema la conexión de la satisfacción con el voluntario padecimiento de dolor físico o anímico producido por el objeto sexual. El masoquismo, como perversión, parece alejarse más del fin sexual normal que la perversión contraria; es dudoso si aparece originariamente o si más bien se desarrolla siempre partiendo del sadismo y por una transformación de éste. Con frecuencia puede verse que el masoquismo no es otra cosa que una continuación del sadismo, dirigida contra el propio yo, que se coloca ahora en el puesto del anterior objeto sexual. El análisis clínico de los casos extremos de perversión masoquista lleva siempre a revelar la acción conjunta de una amplia serie de factores que exageran la predisposición original pasiva y le hacen experimentar una fijación (complejo de castración, conciencia de la culpa). El dolor que en esta perversión ha de ser superado constituye, como antes la repugnancia y el pudor, la resistencia que se coloca enfrente de la libido. El sadismo y el masoquismo ocupan entre las perversiones un lugar particular, pues la antítesis de actividad y pasividad que constituye su fundamento pertenece a los caracteres generales de la vida sexual.

### **3.- Sadismo y masoquismo como extremos de la sexualidad normal: actividad-pasividad**

La historia de la civilización humana nos enseña, sin dejar lugar a dudas, que la crueldad y el instinto sexual están íntimamente ligados; pero en las tentativas de explicar esta conexión no se ha ido más allá de hacer resaltar los elementos agresivos de la libido.

La particularidad más singular de esta perversión está, sin embargo, constituida por el hecho de que sus dos formas, activa y pasiva, aparecen siempre conjuntamente en la misma persona. Aquel que halla placer en producir dolor a otros en la relación sexual está también capacitado por gozar del dolor que puede serle ocasionado en dicha relación como de un placer. Un sádico es siempre, al mismo tiempo, un masoquista, y al contrario.

Lo que sucede es que una de las dos formas de la perversión, la activa o la pasiva, puede hallarse más desarrollada en el individuo y constituir el carácter dominante de su actividad sexual. Vemos así aparecer, regularmente, determinadas tendencias perversas como pares contradictorios, hecho cuya alta importancia teórica comprobaremos más adelante. Es indudable que la existencia del par contradictorio sadismo-masoquismo no se puede derivar directamente de la existencia de una mezcla agresiva. En cambio, nos sentimos inclinados a relacionar tales antítesis con la de masculino y femenino, que se presenta en la bisexualidad; contradicción que en el psicoanálisis queda reducida a la de actividad y pasividad.

## DEPRESIÓN Y DOLOR

### 4.- ¿Cuál es nuestra actitud ante la muerte?

La muerte propia es totalmente inimaginable e inverosímil, no existe representación de la propia muerte. Cuando sufrimos la muerte de un ser querido, convertimos el dolor, en dolor propio, es decir, de alguna manera, aunque sea un instante, nos damos cuenta de que algún día nosotros también moriremos. Los muertos amados serán también extraños y enemigos que han despertado en nosotros sentimientos enemigos.

El conflicto sentimental emergente de la muerte de seres amados es primordial, ya que también son seres extraños y odiados. De este conflicto sentimental, nos dice Freud, fue del que nació la Psicología. "El hombre no podía ya mantener alejada de sí la muerte, puesto que la había experimentado en el dolor por sus muertos; pero no quería tampoco reconocerla, ya que le era imposible imaginarse muerto. Llegó, pues, a una transacción: admitió la muerte también para sí, pero ante el cadáver de la persona amada, el hombre inventó los espíritus, y su sentimiento de culpabilidad por la satisfacción que se mezclaba, hizo que estos espíritus fueran perversos demonios, a los cuales había que temer.

Las transformaciones que la muerte acarrea le sugirieron la disociación del individuo en un cuerpo y una o varias almas, y de este modo su ruta mental siguió una trayectoria paralela al proceso de desintegración que la muerte inicia. El recuerdo perdurable de los muertos fue la base de la suposición de otras existencias y dio al hombre la idea de una supervivencia después de la aparente muerte."

### 5.- Angustia, dolor y duelo, tres posiciones ante la pérdida

La angustia es una reacción al peligro de la pérdida del objeto. También conocemos otra reacción de este género a dicha pérdida: el duelo.

¿Cuándo, pues, surge angustia y cuándo duelo al perder un objeto? El carácter especialmente doloroso del duelo, nos impone la explicación de que la separación del objeto resulte dolorosa. Entonces ¿cuándo la separación del objeto produce angustia, cuándo duelo y cuándo, quizá, sólo dolor? Buscaremos alguna orientación.

La angustia es una reacción al peligro de la pérdida del objeto. Debemos separar la angustia del dolor. Diferenciar la ausencia temporal de la pérdida definitiva. Este aprendizaje se constituye en el sujeto desde su más tierna infancia: La situación en la cual el niño de pecho echa de menos a su madre no es para él, a causa de su error de interpretación, una situación peligrosa, sino una situación traumática, o más exactamente, una situación que se hace traumática si el niño experimenta en tal momento una necesidad que la madre habría de ser la única en satisfacer. Se transforma en situación de peligro si tal necesidad no está presente en ese momento.

La primera condición de la angustia es la pérdida de la percepción del objeto, la cual es equiparada a la pérdida del objeto. La pérdida del cariño no entra todavía en cuenta. Más tarde la experiencia enseña al niño que el objeto puede permanecer existente, pero hallarse enfadado con él,



## DEPRESIÓN Y DOLOR

siendo entonces cuando la pérdida del cariño del objeto pasa a constituirse en una condición, ya permanente, de peligro y angustia.

El niño «anhela» la presencia de la madre que ha de satisfacer sus necesidades. De esta nueva carga es de la que depende la reacción del dolor. El dolor es, pues, la verdadera reacción a la pérdida del objeto, y la angustia, la verdadera reacción al peligro que tal pérdida trae consigo y, dado un mayor desplazamiento, una reacción al peligro de la pérdida del objeto mismo.

El dolor surge -primera y regularmente- cuando un estímulo que ataca la periferia traspasa los dispositivos de la protección contra los estímulos y pasa a actuar como un estímulo instintivo continuo, contra el cual son impotentes los actos musculares que sustraen al estímulo el lugar sobre el que el mismo recae, actos eficaces en toda otra ocasión. El que el dolor no parta de un punto de la epidermis, sino de un órgano interno, no cambia en nada la situación, pues se trata únicamente de la sustitución de un punto de la periferia exterior por otro de la interior.

### 6.- Dolor físico y dolor psíquico. Un único dolor

En el dolor físico nace una elevada carga narcisista del lugar doloroso del cuerpo, carga que aumenta cada vez más y «vacía», por decirlo así, al yo. Sabido es que cuando padecemos intensos dolores en los órganos internos surgen en nosotros imágenes espaciales y de otro tipo de tales partes del cuerpo, inexistentes en nuestra ideación consciente. También el hecho singular de que los dolores físicos no alcanzan jamás su máxima intensidad cuando nuestra atención psíquica se halla acaparada por otros intereses (sin que pueda decirse que tales dolores permanecen inconscientes), halla su explicación en el hecho de la concentración de la carga en la representación psíquica del lugar doloroso. En este punto parece insertarse la analogía que ha permitido la transferencia de la sensación dolorosa al terreno anímico.

La intensa carga de anhelo del objeto echado de menos o perdido, carga que no pudiendo ser satisfecha crece de continuo, crea las mismas condiciones económicas que la carga de dolor del lugar del cuerpo herido y hace preciso prescindir de la condicionalidad periférica del dolor físico. La transición desde el dolor físico al dolor psíquico corresponde al paso desde la carga narcisista a la carga de objeto.

La imagen de objeto, elevadamente cargada por la necesidad instintiva, desempeña el papel del lugar del cuerpo intensamente cargado por el incremento del estímulo. La naturaleza continua del proceso de carga y la imposibilidad de inhibirlo dan origen al mismo estado de desamparo psíquico. Si la sensación displaciente que entonces surge presenta el carácter específico del dolor (carácter imposible de describir más exactamente) en lugar de exteriorizarse en la forma reactiva de la angustia, no será muy arriesgado atribuirlo a un factor que antes no estimamos suficientemente; esto es a la extraordinaria intensidad de la carga y de 'ligazón' en estos procesos que conducen a la sensación displaciente.

Conocemos aún otra reacción afectiva a la pérdida del objeto: el duelo. Pero su explicación no nos opone ya dificultad alguna. El duelo surge bajo la influencia del examen de la realidad, que impone

## DEPRESIÓN Y DOLOR

definitivamente la separación del objeto, puesto que el mismo no existe ya. Se plantea así a este afecto la tarea de llevar a cabo tal separación del objeto en todas aquellas situaciones en que él era de una elevada carga. El carácter doloroso de esta separación se adapta a la explicación que acabamos de dar por la elevada carga de anhelo, imposible de satisfacer, y concentrada en el objeto por el acongojado sujeto, durante la reproducción de las situaciones en las cuales ha de efectuarse un desligamiento de los lazos que lo mantenían atado a él.

### 7.- Una conclusión posible

El problema surge cuando al no aceptar la pérdida, el objeto es introyectado al yo, situación que hemos descrito en la melancolía, el empobrecimiento del yo, provoca un estado profundamente doloroso, donde la agresividad por dicha pérdida del objeto, es vuelta contra el propio sujeto que se encuentra empobrecido, deprimido.

La afectación emocional perjudica al sujeto que se ve debilitado psíquicamente, el dolor psíquico se expresa invadiendo al sujeto en su corporeidad. El dolor es imperativo. Sólo sucumbe a los efectos de una supresión tóxica o de la influencia ejercida por una distracción psíquica.

En muchos casos de dolor, el tratamiento psicoanalítico es la única vía para resolver dicho afección emocional, ya que como hemos dicho se trata de un dolor inconsciente que toma al cuerpo como extensión y como escenario.

La corporeidad del dolor se hace carne en el sujeto, ya que la pérdida del objeto, representa su propia finitud.

## BIBLIOGRAFÍA

OBRAS COMPLETAS SIGMUND FREUD, Traducción Luis López Ballesteros.

- Estudios sobre la histeria 1895
- Proyecto de una psicología para neurólogos 1895
- La interpretación de los sueños 1900
- Psicoterapia (tratamiento por el espíritu 1905
- Tres ensayos para una teoría sexual 1905
- Los instintos y sus destinos 1915
- La represión 1915
- Duelo y melancolía 1915
- Lecciones introductorias al psicoanálisis 1915
- Más allá del principio del placer 1920
- El problema económico del masoquismo 1927