

Las depresiones: entre bioquímica e historia¹

Por Luis Hornstein²

Escribir un libro es como escribir una carta o un *mail*. Generalmente sabemos antes de empezar qué queremos decir. Pero si releemos la carta advertimos que no dijimos exactamente lo que queríamos decir, tal vez porque gracias a la escritura las ideas y los sentimientos se desplegaron y tomaron un vuelo que no tenían cuando sólo hablábamos con nosotros mismos.

Publicar es combatir cierta soledad a la que nuestro trabajo nos confina con el anhelo de recibir respuestas, es abrir brechas, crear alternativas. Al desplazarnos de la práctica a la escritura nos exponemos, buscamos salir de la claustrofilia clínica aspirando a otra intelegibilidad, mas social que privada.

Comencé este libro alarmado.

“Se espera que los trastornos depresivos en la actualidad responsables de la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, ocupen el segundo lugar, después de las cardiopatías en 2020”.

Organización Mundial de la Salud

Soy psiquiatra y psicoanalista. O sea, que mi forma de mirar el mundo y de alarmarme es un poco tendenciosa, más de lo que yo quisiera. Si fuera físico quizá me alarmaría por el calentamiento de la corteza terrestre.

Pero si de algo me ha servido mi profesión (prefiero llamarla “oficio”) es a aceptar que sólo puedo hacer lo que está a mi alcance. Y ojalá que me ayude a no aflojar. Es decir, a hacer todo lo que está a mi alcance.

1 Versión modificada de la Introducción al libro “Las depresiones: Afectos y humores del vivir”, Buenos Aires: Paidós, 2006.

2 Médico psicoanalista. Premio Konex de Platino 2006 en psicoanálisis. Preside la Sociedad Psicoanalítica del Sur (SPS) y la Fundación para la Investigación de la Depresión (FUNDEP). Es autor de *Práctica psicoanalítica e historia* (1993); *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad* (2000); *Intersubjetividad y clínica* (2003), y compilador de *Cuerpo, historia, interpretación* (1994) y *Proyecto terapéutico* (2004), todos publicados por Editorial Paidós. Escribió también *Teoría de las ideologías y psicoanálisis* (1973), *Introducción al psicoanálisis* (1983), *Cura psicoanalítica y sublimación* (1988)

Hace mucho que los habitantes del mundo se distribuyen por oficios y por poder de decisión, según distintos regímenes sociales. Y aunque he intentado evitar el ideologismo en mi práctica, no he descartado la influencia de lo social, lo económico y lo político. Les adelanto un poco el contenido: disminuir las depresiones implica la acción conjunta de individuos, grupos profesionales y gestión sanitaria.

Entonces, al empezar a escribir un libro uno tiene una vaga idea del tema, cierta propuesta que se espera demostrar y que se debe cambiar si el desarrollo demostrara otra cosa. Y al terminar de escribir, serán los lectores quiénes digan de qué se trata.

¿Para quiénes escribo esta vez? No solo para mis colegas. Es un libro de ayuda, pero no de autoayuda, porque no se consume como una pastilla ni contiene ensalmos que recitados produzcan ningún Nirvana. Un buen libro (y espero que éste lo sea) es **insuficiente** porque necesita del lector, que será el encargado de relanzar las nuevas preguntas que se abren.

Pastillas—ensalmos—Nirvana. La racionalidad de Occidente ha sido cuestionada, pero se diría que no ha sido reemplazada. Es una racionalidad **insuficiente**, en el sentido que dijimos antes. Y que a veces se abroquela en nociones científicas anticuadas. Apoyados en el paradigma de la complejidad, veremos que la noción de monocausalidad obstaculiza nuestra visión del mundo y, por lo tanto, nuestra acción.

Para nada las depresiones permiten que el sujeto se baste a sí mismo o que salga adelante por la lectura de uno o mil libros. Ni siquiera la terapia tradicional (individual o de grupo) alcanzará cuando no existan mínimos soportes ambientales (familiares y sociales).

No sólo el depresivo, toda persona es él y su coyuntura vital. Habremos de pensar y establecer nuevos dispositivos para el tratamiento. El terapeuta tiene mucha experiencia en tratar a él y muy poca o ninguna en tratarlo en su coyuntura vital, falencia que a veces se tapa ideologizando la práctica clínica.

Las Depresiones: ¿flagelo de la época?

Un poco atrás de las cardiopatías, las depresiones son la patología predominante, como alguna vez lo fueron la tuberculosis o la peste bubónica. Las depresiones representan, después de las enfermedades cardíacas, la mayor carga sanitaria si se calcula la mortalidad prematura y los años de vida útil que se pierden por incapacidad.

El *Global Burden Disease* (llevado a cabo por la OMS) postula que las tendencias de la salud para el 2020 serán principalmente: envejecimiento de la población debido al descenso de los índices de mortalidad; propagación del HIV e incremento en la mortalidad y la incapacidad relacionadas con el tabaco y la obesidad. Este estudio también situó en segundo lugar a la depresión entre las causas de DALY (*disability-adjusted life years*), por delante de los accidentes de tránsito, las enfermedades vasculares cerebrales, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las infecciones de las vías respiratorias, la tuberculosis y el HIV.

La Organización Mundial de la Salud afirma: “121 millones de personas padecen de depresión, 37 millones la enfermedad de Alzheimer, 50 millones de epilépticos y 24 millones de esquizofrénicos”. Deberían hacernos meditar las estadísticas. Meditar y ponernos en acción. Antes del sida, pensábamos que las pestes eran cosas del pasado, como la peste bubónica o la fiebre amarilla. Pero, aunque la palabra sea antigua, peste es toda “enfermedad grave que se contagia y produce muchas víctimas”³. Pero también “molestia muy abundante”. Es este sentido la depresión, ¿es una peste? Ninguna epidemia psicobiológica⁴ se combate solamente con profesionales que trabajan por cuenta propia. Ni siquiera con servicios de psicopatología hospitalarios huérfanos de apoyo gubernamental y sobre todo comunitario. Condénese a un 40 % de la población a condiciones infrahumanas de vida, como en la Argentina, y se verán los límites del cientificismo.

La epidemia atañe a la política y nos atañe como ciudadanos. Para resumir yo diría que debemos ser modestos. Si no llegamos a dominar la medicina y la psicología, que son nuestras especialidades, mal podríamos pontificar sobre la sociología, la política y la economía.

A la economía la veremos también en nuestra práctica cotidiana. Una industria farmacéutica tratando con todos los medios de imponer sus productos. Pero también un grupo numeroso de psicoterapeutas desacreditando, acriticamente, toda indicación de medicación. En momentos en que necesitamos (yo no diría incluir) trabajar junto a médicos, enfermeros, sociólogos, abogados, trabajadores sociales, políticos, los psiquiatras biologicistas y los psicoterapeutas, en muchos casos tienden todavía a ignorar los conocimientos y las prácticas del otro “bando”. Por supuesto, enterarse, además de una herida narcisista, obligaría a trabajar más.

Hasta ahora los esfuerzos para el incremento de la calidad se han centrado en el tratamiento de los *episodios depresivos* más que en la detección de los casos y el tratamiento de las depresiones crónicas. Existen pocos incentivos para que las prepagas y obras sociales se preocupen por el ahorro de costos futuros o indirectos. Por lo que el control de costos se ha centrado en los *costos directos a corto plazo*. Las prepagas proporcionan asistencia a las personas que buscan ayuda. Les conviene que la depresión sea una enfermedad aguda y, por lo tanto, sin necesidad de tratamiento o seguimiento a largo plazo (Weissman).

El *Journal of the American Medical Association* estimó recientemente el costo anual de las depresiones en Estados Unidos en 48.000 millones de dólares. El costo es mucho mayor, ya que ese estudio no consideró gastos derivados: la hospitalización por afecciones médicas (depresión enmascarada) y consultas y pruebas diagnósticas resultantes de que la depresión se manifiesta con múltiples síntomas somáticos⁵. Antes de redactar este libro, me puse a repasar, es decir, a esperar que lo obvio, lo consabido, me abriera nuevos caminos. El humor, por ejemplo. Puede ser normal, elevado o deprimido. Experimentamos un amplio rango de humores y un repertorio de

3 Diccionario de uso del Español, María Moliner, Gredos, Madrid, 1987.

4 La depresión por su etiología.... y por su tratamiento.... afecta el cuerpo y el psiquismo.

5 En estos últimos años, ciertos practicantes y teóricos de la salud no han vacilado en considerar la depresión como una verdadera “enfermedad social”. Algunos han llegado a decir que después de la sociedad industrial y la del ocio ha llegado la “sociedad depresiva”. Según ciertos medios, los medicamentos antidepressivos se convierten en artificiales píldoras de la felicidad y los deprimidos se vuelven “toxicómanos legales”. Para la opinión pública la depresión también es “el mal del siglo”, producto del estrés, del hastío y de la falta de ideales de la sociedad contemporánea (Lóo, H y Gallarda, T).

expresiones afectivas igualmente amplio. Los pacientes con un ánimo elevado (es decir, manía) muestran expansividad, fuga de ideas, insomnio e ideas de grandiosidad. Aunque las personas no implicadas pueden no reconocer la naturaleza patológica de este humor, las personas que conocen al paciente sí pueden darse cuenta de que su estado está alterado⁶.

Los pacientes con un humor deprimido (es decir, una depresión) presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. El humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de las depresiones. En ellas se manifiesta una pérdida de energía que empeora el rendimiento escolar y laboral y disminuye la motivación para emprender proyectos. *La inhibición es su trastorno fundamental*. Otros signos y síntomas son los cambios en las funciones cognitivas, en el lenguaje y las funciones vegetativas (como el sueño, el apetito y la actividad sexual). Cambios que casi siempre afectan al funcionamiento social, laboral e interpersonal.

Los deprimidos presentan una visión pesimista de sí mismos y del mundo así como un sentimiento de impotencia y de fracaso. Hay pérdida de la capacidad de experimentar placer (intelectual, estético, alimentario o sexual). La existencia pierde sabor y sentido. Se sienten aislados y abrumados por esa vergonzosa indiferencia hacia sus prójimos. El depresivo es un agobiado en busca de estímulo. Un ansioso en busca de calma. Un insomne en busca del dormir.

Ese agobio se expresa en la temporalidad (“*no tengo futuro*”), en la motivación (“*no tengo fuerzas*”) y en el valor (“*no valgo nada*”). Muchos hombres deprimidos no son diagnosticados porque su actitud no consiste en recluirse en el silencio del abatimiento sino en el ruido de la violencia, el consumo de drogas o la adicción al trabajo⁷. Suelen mostrar lo que con un eufemismo, se suele llamar “irritabilidad”.

No todas las constelaciones conceptuales pueden dar cuenta, en igual medida, de la clínica de las depresiones. Esbozaré las que hoy me parecen menos refutables, obtenidas en mis lecturas y apuntaladas en mi práctica.

Primer esbozo: hay que entender la relación yo/superyó-ideal del yo, los baluartes narcisistas, la modalidad de tramitación de duelos y traumas pasados y presentes, los efectos de la vida actual y de los proyectos (personales y compartidos) en las valoraciones del yo⁸.

La autoestima es lo que proviene del narcisismo infantil y de las realizaciones acordes al ideal, es un residuo, pero no un residuo desechable. Como ríos tributan en la autoestima: una historia, unos logros, una configuración de vínculos, así como los proyectos (individuales y colectivos) que desde el futuro alimentan el presente. Con tantos afluentes, el sentimiento de estima de sí es turbulento, inestable. Lo hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones

6 Véase el capítulo 6.

7 Los depresivos toleran poco las frustraciones. El alcoholismo y las adicciones pueden considerarse como automedicación y suelen ser la otra cara del vacío depresivo. A la implosión depresiva le responde la explosión adictiva, a la falta de sensaciones del deprimido le responde la búsqueda de sensaciones del drogadicto. La depresión y el abuso de sustancias forman un círculo vicioso, pues son un intento de liberarse de la depresión y el daño que experimentan por ello la acentúa.

8 Apenas adelanto lo que desplegaré en los cuatro primeros capítulos..

con otros, la sensación (real o fantaseada) de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las aspiraciones y los logros.

El niño va ingresando en espacios extrafamiliares que lo enfrentan a otras exigencias y a discursos novedosos. No ingresa por maduración física. Debe lograr cierta entente entre dichos espacios. El sujeto hace arreglos con “la realidad”. Se mueve en el espacio familiar, en el escolar, en el grupo de pares, en un círculo profesional. En el espacio familiar, se demanda del otro placer narcisista y sexual. En el segundo espacio (medio escolar, relación con los amigos y medio profesional) las demandas tendrán objetivos parciales: placer narcisista o sexual. Un tercer espacio de investimento es lo histórico-social y, en particular, una subcultura (comunidad, clase social, pertenencias diversas) con la que se comparten intereses, exigencias y esperanzas. La autoestima resulta del entramado de reconocimientos narcisistas y proyectos compartibles y compartidos.

Un paciente depresivo nos abre a muchas preguntas: ¿Qué déficit tendrá? ¿Afectivo? ¿De logros? ¿De narcisización? ¿De una combinación de ellos?

Cualesquiera que sean el polimorfismo de los estados depresivos, su posible presencia en todas las edades de la vida y en todas las estructuras psicopatológicas, o su particular significación en los estados límites, hallaremos esos elementos fundamentales: una pérdida y un retraimiento que agobia al sujeto.

Hay muchas depresiones (esto hay que repetirlo). En algunas, la pérdida del otro reactualiza la indefensión infantil. El otro se torna amenazante. No está a disposición del sujeto. Es una ausencia omnipresente. No se sabe cuándo estará y cuando está no se sabe qué quiere. Sus deseos, proyectos, ansiedades son diferentes, extraños. Es el otro, lo otro, lo que alimenta al yo o lo devalúa. Sin embargo, el otro no es lo otro. De allí que el sufrimiento no debe, no puede, ser soslayado, porque es el precio de reconocer la diferencia entre la realidad y la fantasía. Y debe ser soslayado en tanto el exceso de sufrimiento puede desinvertir aquello que lo causa (Aulagnier).

La investidura narcisista del otro, relativamente silenciosa en la neurosis, es bien audible en las depresiones. La función narcisista del mundo objetal es aportada por la concepción del psiquismo como sistema abierto. En esta concepción, y no en las otras, el ser (registro identificatorio) coexiste con el tener (registro objetal). Es posible un narcisismo trófico si y solo si el mundo objetal incluye la función narcisista de ciertos objetos.

Podríamos hablar, descriptivamente, de un narcisismo expansivo y un narcisismo retraído. No es que haya “retraídos” y “expansivos”. Un sujeto puede pasar por distintos estados. En el expansivo, ciertos vínculos (estables o sustituibles compulsivamente) compensan la fragilidad del sentimiento de estima de sí. En el retraído, la defensa es contra el peligro de devaluación del yo; predomina la distancia con el objeto y la negación de toda dependencia. Los depresivos retraídos aspiran a la autonomía. Por nada del mundo admitirían ser dependientes.

La necesidad de crear sustitutos simbólicos compensa fallas en las fuentes primitivas de protección, creando una serie continua de relaciones. Los depresivos se defienden ante el atisbo de una respuesta frustrante que les pueda generar una hemorragia narcisista. Para los depresivos las pérdidas son una

herida narcisista. Ilustran cómo el yo es alimentado por los otros. La configuración objetal suele ser variable. Lo constante es el decisivo papel del otro, porque está o porque no está.

¿Cuál es el monto de incertidumbre por encima del cual es imposible investir un devenir? Las depresiones interrogan acerca del futuro. También interrogan los logros, los valores, la intersubjetividad y la historia de narcisización (tanto del yo como del ideal). Y la crueldad de ciertos superyoes. Abrumado, alguien formula con dificultad sus proyectos, sin la energía y la motivación necesarias para realizarlos. La búsqueda de nuevos objetivos, de nuevos proyectos sobre las cenizas de los anteriores es lo que diferencia a una persona que se siente apta para investir el futuro y la persona lastrada por el pasado.

Los motivos de consulta en las depresiones se pueden agrupar en categorías: A) **Estados de ánimo y afectividad:** tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias. B) **Pensamiento:** concentración disminuída, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas. C) **Manifestaciones somáticas:** alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnias, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual); dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

¿A qué atribuir el aumento de la depresión? Aunque no dispongamos de estadísticas confiables en nuestro país la predominancia de la depresión está vinculada a lo histórico-social. Hemos padecido duelos masivos y traumas devastadores que hacen tambalear vínculos, identidades, proyectos personales y colectivos. (Hornstein, 2004).

¿En nuestra sociedad cada quien tomará su psicofármaco? Podríamos hablar de efectos inherentes a la globalización y de efectos indeseados. Mientras tanto, podemos constatar que se han debilitado los lazos sociales, y se ha borrado la dimensión de la vida pública.

Los movimientos ecologistas bregan para que no se siga dañando la capa de ozono o al menos, para que no se la dañe tanto. Al ecologismo ambiental, al rescate de las especies en peligro, habría que agregar un “ecologismo social” y el rescate de la especie humana. Ya no hay tradición que nos aplaste. Pero tampoco una tradición que nos ampare. Porque además de viscosa, la tradición es un reparo identificador. Estamos a la intemperie, sin algunos marcos tradicionales de sentido. En una cultura del éxito y de la acción individual es necesario ser el primero para no ser el último. Y entonces, hay que darlo todo apoyándose cada uno en sus recursos internos.

Entre biología e intersubjetividad: reduccionismo o complejidad.

Ningún abordaje aislado puede contrarrestar eficazmente la depresión, ni la del individuo ni la de las comunidades, y es sumamente peligroso que las personas e incluso los profesionales de la salud opten sin fundamento por un solo enfoque. Pero es todavía más peligroso no promover y participar en un debate comunitario sobre las depresiones (que son más de una). Un debate que, lejos de implicar que todos somos capaces, implica que todos debemos aprender. En vez de un

abordaje aislado, propongo un abordaje que comienza por ser doble y que en seguida será múltiple, cuando podamos. Con cierto apuro, porque el tiempo apremia. Los enfoques son básicamente dos: el psicofarmacológico y la psicoterapia. La psicoterapia (psicoanalítica o cognitiva) debe ser elegida en función de factores propios de cada paciente⁹.

Lo que está de moda es hacer declaraciones contra el reduccionismo... para caer en el eclecticismo blando, mejor dicho en confusas ensaladas que toman algo del psicoanálisis, del cognitivismo, de la biología, salpimentados con algo sociohistórico¹⁰. Esos componentes si se los integra seriamente dan todo de sí. Centrarse solo en los aspectos psíquicos o solo en los aspectos biológicos es reduccionismo. Para comprender el mundo hay que acotarlo. En ese sentido, los reduccionismos son útiles cuando se los toma como provisorios. (La física de Newton, por ejemplo, ha sido subsumida por la einsteniana.) Lo malo sería que, después de Einstein, la física newtoniana se pusiera prepotente y filosófica. Pero para entender por qué ha cambiado el paradigma en la física no hay más remedio que estudiar. Del mismo modo, hay que estar al día en psiquiatría para entender la diferencia entre la psiquiatría actual y la del siglo pasado. ¿Qué psicopatología se enseña en las facultades de Medicina y de Psicología? ¿Y en los servicios de Salud Mental o en las instituciones psicoanalíticas?

El reduccionismo es una ideología. Máscara del pensamiento y ataque al pensamiento. La ideología reduccionista en biología tiene varias consecuencias graves. Primero, sirve para desmentir los problemas subjetivos y sociales atribuyéndolos a lo biológico. La violencia en la sociedad moderna no tendría que ver con la sordidez del racismo, el desempleo, la brecha entre riqueza y pobreza extremas. En segundo lugar, si se trata de individuos violentos, por su constitución bioquímica o genética, ¿por qué preocuparse por las injusticias sociales o por las formas enfermantes de convivencia? Raros habrá siempre.

El entusiasmo por las explicaciones biológicas deterministas generó la sociobiología cuya posición podría sintetizarse en “*el gen egoísta*”. Parece sumar dos ciencias o por lo menos articular dos saberes. El prestigio le viene de la biología, cuyos éxitos serán siempre más contundentes que los de la sociología. Científicos de profesión pueden pregonar, en un raptó místico, que la genética puede explicar la condición humana e incluso modificarla. Los éxitos de la biología molecular han generado un triunfalismo arrogante al grito de “*dadme un gen y moveré el mundo*”. Los sujetos son “robots torpes”, sometidos a las órdenes de una molécula maestra cuyo objetivo es la autorreplicación. Las teorías sociobiológicas se basaban en pruebas empíricas endebles, premisas defectuosas y posiciones ideológicas infundadas referidas a los aspectos presuntamente universales de la naturaleza humana.

⁹ Dedicué tres capítulos a la psicoterapia psicoanalítica, cognitiva e interpersonal. Los estudios comparativos son abundantes, entre las tres que elijo y entre otras que conozco menos o nada. Se comparan distintas modalidades de pensamiento y/o autores representativos. *Aunque menos cordial, también es interesante el estudio comparativo en el interior de cada modalidad, entre terapeutas talentosos y otros repetitivos, cuando no incompetentes.* La teoría psicoanalítica, fundada por un escritor eximio, sigue valorizando la palabra. ¿Qué en algunos casos es mero blablablá? También las teorías “objetivistas” tienen autores mediocres, donde la objetividad de los dichos es pura aridez o tiene poco que ver con la clínica.

¹⁰ Eclético: “*Se aplica a cualquier doctrina o teoría que trata de coordinar otras o es un término medio entre otras. También a la persona que en su manera de pensar adopta una posición indefinida, sin oponerse a ninguna de las doctrinas o posiciones posibles*” (Diccionario de uso del Español, María Moliner).

En la última década ante avances en la ciencia de los genes y del cerebro, el río de argumentos deterministas se ha convertido en un torrente. Hay genes para justificar cada aspecto de nuestras vidas, desde el éxito personal hasta la angustia existencial: genes para la salud y la enfermedad, para la criminalidad, la violencia, la orientación sexual “anormal” y hasta el “consumismo compulsivo”. Y donde hay genes, la ingeniería genética y farmacológica ofrecen paraísos de salvación a sujetos hambrientos de fe (y hambrientos en sentido lato) condenados a un elegante escepticismo por una filosofía llamada postmoderna.

Muchos de nuestros psiquiatras biologicistas se han enrolado, con no disimulado entusiasmo, en esta ideología bajo la mirada complaciente de los laboratorios, complacencia que se manifiesta con generosos flujos de fondos.

Neurogenética. He allí otra palabra impactante. La neurogenética se proclama capaz de responder a la pregunta de dónde debemos buscar, ante el sufrimiento y los conflictos sociales, las explicaciones y los medios para transformarlos. Se propugna una relación causal directa entre el gen y la conducta. Un hombre es homosexual porque tiene un “cerebro gay”, que a su vez es producto de “genes gay”; alguien está deprimido porque tiene los genes “de” la depresión. Hay violencia en las calles porque la gente tiene genes “violentos” o “criminales”; la gente se emborracha porque tiene los genes “del” alcoholismo. Un ambiente que alienta estas afirmaciones en gran medida se ha resignado a no encontrar soluciones sociales a problemas sociales. Llama la atención qué “enfermedades” descartan los neurogenetistas. Ni una palabra sobre la xenofobia, la delincuencia de guante blanco o la corrupción. No se muerde la mano que da de comer.

No se trata de apartarse de una visión materialista de la vida ni de argumentar a favor de una mística de la “*New age*” sino de contemplar al mundo desde una perspectiva que destaque tanto la unidad ontológica como la diversidad epistemológica. Hoy como ayer, el *quid* es la libertad. Los sujetos no son espíritus libres restringidos solamente por los límites de la imaginación, o más prosaicamente, por los determinantes socioeconómicos. Pero tampoco son “apenas” máquinas replicadores de ADN. Son efecto de una interacción constante entre “lo biológico” y “lo social” a través de la cual se construye la historia.

¿Cuáles son las condiciones de producción de la subjetividad? Cuando uno se hace la pregunta, está dispuesto a escuchar aportes de la biología, la historia, la sociología, sin caer por ello ni en biologismo, ni en sociologismo, ni en historicismo, porque todos estos ismos son reduccionismos. El sujeto solo es pensable inmerso en lo socio-histórico entramando prácticas, discursos, sexualidad, ideales, deseos, ideología y prohibiciones.

Trayectorias de vida

Nuestras vidas resultan de una trayectoria que no está determinada por nuestros genes ni dividida en esas proliferas categorías dicotómicas llamadas naturaleza y cultura. Es una interacción autopoiética, expresada en la clásica paradoja de Zenón: la flecha disparada hacia el blanco, que en cada instante de tiempo debe estar a la vez en alguna parte y en tránsito hacia otra. El reduccionismo

ignora la paradoja, congela la vida en un instante de tiempo. Al tratar de aprehender el ser, pierde de vista el devenir. La autopoiesis, la autoorganización resuelve paradojas¹¹.

Y aquí recurrimos a los pensadores de la complejidad (Castoriadis, Atlan, Morin) para decir que los sujetos son sistemas abiertos, alejados del equilibrio termodinámico, en los cuales la continuidad es provista por un flujo constante de energía e información. La estabilidad dinámica depende de la capacidad de autoorganización cuyo ejemplos incluyen desde el autoensamblado de las proteínas para formar ribosomas o microtúbulos y de los lípidos para formar membranas hasta la red metabólica autorregulada de interacciones enzimáticas. Para esta concepción de los sistemas vivientes no existen las moléculas maestras, que controlan las actividades celulares desde la serenidad protegida de la sala del directorio nuclear (Rose)¹².

Los sujetos mantienen una interacción constante con su medio; dicho de otra manera, sujeto y realidad están interpenetrados. La idea de un medio estable, inmutable, es una falacia anacrónica. Los medios, como los sujetos, son homeodinámicos más que homeostáticos¹³.

La historia no tiene una evolución lineal. Ella conoce turbulencias, bifurcaciones, fases inmóviles, estadios. Es un enjambre de devenires enfrentados con riesgos, incertidumbres que involucran evoluciones, progresiones, regresiones, rupturas.

Para pensar y tolerar el advenimiento de lo nuevo debemos llevar a cabo una crítica exhaustiva del determinismo. También para respetar el azar sin endiosarlo. El psiquismo no puede abolir el azar. Pero luchará siempre por transformarlo en organización. Incrementando su complejidad, engendra nuevas formas y desarrolla potencialidades.

Postular un determinismo absoluto de todo lo que acontece implica que todo fenómeno puede ser predicho. Implica que el azar no es más que una ilusión. La causa está; sólo que nosotros la ignoramos. ¿No será el famoso miedo al cambio? No hemos heredado categorías para pensar la innovación y tenemos miedo de reconocer que carecemos. A veces el determinismo no llega a tanto. Se tiende a pensar la infantil como el trazado definitivo de las grandes avenidas. No cambiará el trazado, no cambiará la funcionalidad de la avenida. Se cambiarán los árboles. Mejorará o empeorará el pavimento. Incluso pueden caer bombas sobre ellas. Pero el trazado permanecerá. La pubertad, la adolescencia, la adultez, la tercera edad, el tratamiento psicoanalítico, aunque sean muy intensas afectivamente, no pueden ser *fundantes*. Caramba, hay que revisarlo todo. ¿Qué quiere decir “fundante”?

A algunos colegas no les gusta la palabra “depresión”. Efectivamente, es una palabra que usa la gente y decir que alguien es depresivo es decir muy poco. Se trata de decir más. ¿En qué aspectos

11 Murray Gell-Mann que es el coautor de la idea de los quarks, los constituyentes elementales de las partículas nucleares, piensa que las ideas novedosas serán fruto de la unión de la ciencia de lo fundamental con la ciencia de lo complejo. Postula que hay dos maneras de abordar al mundo: la vía reduccionista, centrándose los componentes elementales -los quarks, o las supercuerdas-. La otra vía es el reconocimiento de una ciencia de la complejidad, con leyes y principios que emergen en niveles sucesivos.

12 Atlan (1990) sitúa la autoorganización entre un orden rígido incapaz de modificarse sin ser destruido como el del cristal y, por otra parte, una renovación incesante, que evoca el caos propio del humo. Este estado intermedio no es rígido y permite reaccionar frente a las perturbaciones imprevistas mediante cambios que no equivalen a una destrucción de lo preexistente, sino a una reorganización novedosa.

13 Hornstein (2000 y 2003).

está “bajoneado”, como aplastado (porque no siempre lo está en todos)? Y si es una depresión pasajera, ¿por qué vino y por qué se va? ¿Recurriremos otra vez a la infancia? ¿Historizar quiere decir retroceder? Hubo una época en que todo debía pasar por los primeros meses de vida, porque allí (era una suposición simplista más que errónea) había pasado. Y allí volvía a pasar confundiendo lo arcaico con lo eficaz.

¿Cómo repensar lo arcaico en psicoanálisis? Melanie Klein sostuvo que lo que se vincula al pasado más remoto es lo más determinante, mientras que Freud había dicho que un incendio no se domina detectando dónde empezó y apagando ese único foco.

De la psiquiatría al psicoanálisis y viceversa

La mezcolanza no es ni práctica ni epistemológicamente sana. Pero tampoco lo es el fundamentalismo, el maniqueísmo. El hecho es que, en el mejor de los casos, cuando se acepta que las depresiones son un tema urgente, muchos psiquiatras consideran que el psicoanálisis no tiene nada que ver y muchos psicoanalistas que la psiquiatría no tiene nada que ver. Echemos un vistazo a nuestro alrededor. Psicoterapeutas que ni se informan sobre la medicación que toman sus pacientes. Psiquiatras biologicistas que descreen en la psicoterapia como complemento a los fármacos y hasta del diálogo con el paciente. Y ello para describir el escenario antiguo, de un paciente ante un profesional, con la industria fuera del consultorio. Los malentendidos no serán menores cuando se incluyan nuevos participantes.

En el escenario de la salud hay muchos “jugadores”, además de profesional y paciente. Ahora hablaremos de los administradores de la salud. Ellos tienen la responsabilidad de brindar el mejor servicio y de que los costos sean tan bajos como sea posible. En las empresas, se encargan también del beneficio.

Las depresiones tienen un costo. Ese costo es pagado por la población sana. En el hospital público, por todos, o al menos por los impuestos. En las obras sociales, por los miembros del sindicato. En los sistemas de medicina prepaga o seguros de salud, la enfermedad tiene un costo y precio, pues se trata de empresas y por lo tanto debe haber un lucro, una diferencia entre el precio de costo y el precio de venta.

Cuando las clases alta y media se atendían en los consultorios de profesionales independientes, el costo era un arreglo privado entre dos personas. El psicoanálisis, así como otras terapias parecidas, era acusado de postular un tratamiento interminable y de resultados dudosos.

Apareció así la consigna

Breve y barato

No es éste el lugar para defender al psicoanálisis sino para defender, en todo caso, a la poblaciones actuales y futuras de la epidemia de depresión¹⁴.

¹⁴ Los cuestionamientos al psicoanálisis abrevan de dos fuentes principales: de las neurociencias y de las ciencias sociales.

La industria farmacéutica suele abogar excluyentemente por la farmacoterapia, como si la química fuera la llave maestra.¹⁵ La bioquímica puede aliviar la depresión. Pero las depresiones resultan de una alteración de la autoestima en el contexto de los vínculos y los logros actuales. Lo infantil es reactivado. Las depresiones ilustran la relación estrecha entre la intersubjetividad, la historia infantil, la realidad, lo corporal y los valores y, desde ya, la bioquímica.

Ni en el cuerpo, ni en la mente, hay dos personas que padezcan lo mismo. Cada individuo es único como los copos de nieve. Cada depresión, si bien comparte con las otras ciertos ejes, es también única, compleja. Es necesario acotar el campo con teorías provisorias. No es necesario esquematizar el campo con rigideces propias y prestadas, para quedarse uno más tranquilo. Y el hecho es que clasificaciones psiquiátricas tranquilizan: bipolar / unipolar; grave / leve; exógena / endógena; breve / prolongada. Querer describir el padecimiento depresivo de manera unívoca nos condena a reducir la vivencia individual a un núcleo de síntomas “supuestamente invariantes”. El profesional está angustiado y fuerza una univocidad o una bivocidad que el padecimiento depresivo no suele tener.

En psiquiatría el tipo de clasificación refleja el grado de conocimiento alcanzado. La agrupación de síntomas o síndromes corresponden a un nivel elemental pero es insensato ignorarlas y es insensato considerar desubicados a los profesionales que leen psiquiatría y usan el DSM.¹⁶ A la rigidez de cierta psiquiatría biologicista se le responde con un psicoanálisis autosuficiente. Un psicoanálisis que se arroga poseer la última palabra por lo que pretende las relaciones entre biología y psicoanálisis no permiten hacer ninguna inferencia directa entre lo que se sabe del cerebro y el estudio del psiquismo. Tal es entonces una de las fronteras con que choca la organización psíquica. En el extremo opuesto, o sea, en el vinculado a la cultura, surgen todos los problemas relativos a la causalidad socioantropológica [...]. Puede entonces concluirse que las fronteras de la causalidad psíquica no están netamente definidas y que se extienden tanto hacia lo que nos enseña la ciencia del cerebro, e incluso la biología general, como hacia la antropología y la historia” Green, 1995).

adoctrinar a los demás y termina quedando arrinconado. ¿Quién podría postular que el cuerpo no tiene nada que ver o que la medicación cierra el inconsciente? Una psicopatología “psiquiatrizada” se enriquece con una psicopatología más compleja, que será psicoanalítica solo si los psicoanalistas lo logramos con ideas. Para aportar a una psiquiatría descriptiva tenemos que denigrar menos e “*hincar hasta la raíz del conflicto*” (Freud, 1895). ¿Aportar a la psiquiatría? ¿Recibir sus

“No me parece posible que el psicoanálisis adopte una actitud simétrica de ignorancia o de rechazo a priori con relación a tal oposición. No se podría imitar aquello que se reprueba”. Si el psicoanálisis no se expone al debate, puede devenir un sistema esotérico de creencias. Causalidad biológica y cultural confluyen para dar lugar a una tercera (la causalidad psíquica) que es novedosa. “Confrontada con la causalidad natural tal como la presentan las disciplinas tributarias de la biología, y con la causalidad cultural tal como aparece en las teorizaciones de la antropología y la historia, la causalidad psíquica se ve en dificultades a la hora de definir su posición frente a todos aquellos que la miran de lejos, fuera del contacto directo de la experiencia. [...] En el estado actual del conocimiento,

¹⁵ La depresión no es, como la definen cierto periodismo y la industria farmacéutica, una enfermedad como la diabetes. Los diabéticos producen una cantidad insuficiente de insulina y su tratamiento consiste en estabilizarla. La depresión no es consecuencia del nivel reducido de ninguna sustancia medible, al menos por ahora.

¹⁶ El hecho es que en los hospitales y en los sanatorios (obras sociales y prepagas) campea el DSM 4. Ente la vaguedad y la precisión se ha elegido la ilusión de la precisión. Ente la duda y la certeza, la certeza. Ciertos diagnósticos, que reconfortan por su simplicidad y ciegan por su claridad, impiden ver la perturbadora multiplicidad de lo real.

aportes? ¿Psiquiatría y psicoanálisis? Nietzsche invitó a una hermenéutica de la conjunción. Para él, había mala ley en ciertas “y”. Toda “y” que se satisfaga con el eco seductor de los términos que conjuga debe dilucidar previamente las problemáticas a que ellos aluden, lo que implica producir la confrontación dilucidando diferencias y convergencias.

Cuando postulo la integración y la colaboración de psicofarmacología y psicoterapia, cuando las impulso, cuando las practico en mi consultorio, ello no implica que crea en una acción mágica de la serotonina o de cualquier psicofármaco. Algunos de sus efectos son positivos pero incluso los efectos positivos deben ser potenciados por el entorno afectivo del paciente (sus vínculos) y casi siempre por una psicoterapia, incluso para los llamados “depresivos puros”, si es que alguien vio alguna vez un depresivo puro.¹⁷ Aumentar los niveles de serotonina en el cerebro desencadena un proceso que con el tiempo puede ayudar a muchas personas deprimidas a sentirse mejor. Pero ello no demuestra que antes hayan tenido niveles anormalmente bajos de serotonina. Más aún, la serotonina no tiene efectos curativos inmediatos. Suponer que la depresión no es más que algo químico es como suponer que el talento o la criminalidad son exclusivamente químicos. “*Estoy deprimido, pero no es más que algo químico*” es una frase equivalente a “*Soy un asesino, pero no es más que algo químico*”, o “*Soy inteligente, pero no es más que algo químico*”. “*Me conmueven las sonatas de Mozart, pero no es mas que algo químico*”. Todo en una persona es meramente algo químico, si se quiere pensar en esos términos. El sol brilla, lo cual también es meramente químico, así como es algo químico que las rocas sean duras o que el mar sea salado.

Incluso cuando se dice que el cerebro es un sistema químico hay que aclarar que es un sistema químico complejo. Las depresiones deben ser abordadas desde el paradigma de la complejidad¹⁸. Y así entendemos el desequilibrio neuroquímico presente en las depresiones, debido a la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, la enfermedad corporal, las condiciones históricasociales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo. ¡Qué lejos queda la monocausalidad!

Bibliografía

Atlan, H (1979): *Entre le cristal et la fumée*, Seuil, París.

Freud, S. (1895): “*Estudios sobre la histeria*”, A.E.tomo II.

Castoriadis, C. (1997): *Hecho y por hacer*, Eudeba, Buenos Aires, 1998.

Gell-Mann, M. (1994): *El quark y el jaguar*, Tusquets, Barcelona, 1998.

Green, A. (1995): *La causalidad psíquica*, Amorrortu, Buenos Aires, 2005.

¹⁷ Remito al capítulo 12 en el cual S. Wikinski aborda el tratamiento farmacológico de las depresiones.

¹⁸ “Freud fue un precursor de las teorías de la complejidad. Eso pasó casi desapercibido, puesto que las teorías que elaboraron sus sucesores parecen haberla desconocido. Hoy se va abriendo camino, subrepticamente, cierto retorno al pensamiento lineal. El porvenir dependerá de la forma en que los psicoanalistas partan al encuentro de ese pensamiento de la complejidad” (Green, 2003).

_____ (2003): *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*, Amorrortu, Buenos Aires, 2005.

Hornstein, L (2000): *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*. Paidós, Buenos Aires.

_____ (2003) *Intersubjetividad y clínica*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2004) *La subjetividad y lo histórico social en L. Hornstein (comp.) Proyecto Terapéutico*. Paidós, Buenos Aires.

Loo, H. y Gallarda, T. (1997): *La maladie depressive*, Flammarion, París.

Rose, S. (1997): *Trayectorias de vida*, Granica, Barcelona, 2001.

Weissman, M. (2001): *Tratamiento de la depresión*, ars Medica, Barcelona, 2002.

Nota original en: <http://www.contemporaneo.org.br/artigos/artigo93.pdf>