

Biblioteca de actividades científicas de la Sociedad Psicoanalítica del Sur
04.2005

Trastornos bipolares: una asignatura pendiente

En el mundo, incluyendo América Latina, 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) 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, la tuberculosis y el HIV. Deberían hacernos meditar las estadísticas. *Meditar y ponernos en acción.*

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 somáticos.

Antes de redactar este texto para *Actualidad*, 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 expresiones afectivas igualmente amplio. Los pacientes con un ánimo elevado (es decir, manía) muestran expansividad, fuga de ideas, insomnio e ideas de grandiosidad. Los pacientes con un humor deprimido 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. Los deprimidos se sienten aislados y abrumados por esa vergonzosa indiferencia hacia sus prójimos. El depresivo es un inhibido en busca de estímulo. Freud (1926) supo escuchar en las inhibiciones el papel de la hipersexualización, de la autopunición y la disminución de la energía (propia de los estados depresivos). El 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 recluírse en el silencio del abatimiento sino en el ruido de la violencia o la adicción al trabajo. Suelen mostrar lo que, con un eufemismo, se suele llamar “irritabilidad”.

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 disminuía, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas.

C) *Manifestaciones somáticas*: alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual); dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

Atender a lo descriptivo me llevó a lo siguiente: es tentador establecer un corte tajante entre la patología “clásica” y la actual y sería fácil *sustituir* una problemática centrada en la angustia de castración por otra centrada en las angustias que expresan una labilidad de las fronteras entre el yo y el objeto (angustias de separación, intrusión, fragmentación) así como entre el yo y el superyó.

¿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.

En el sufrimiento actual pululan duelos masivos y realidades devastadoras que hacen tambalear vínculos, identidades, proyectos personales y colectivos. Realidad traumática que genera desvalorización y desobjetivación. Y que se cuele por las rendijas de los grupos cerrados, de los consultorios demasiado íntimos, (Hornstein, 2004).

Los movimientos ecologistas bregan para que no se siga dañando la capa de ozono. Al ecologismo ambiental, habría que agregar un “ecologismo social”. Ya no hay tradición que nos aplaste. Pero tampoco una tradición que nos ampare. Estamos a la intemperie. La ruptura de las estructuras familiares tradicionales, el aislamiento, el fracaso de los sistemas de creencias (religiosas, morales, políticas, sociales, todo lo que alguna vez pareció dar sentido y orientación a la vida) han llevado a una crisis de proyectos. Además, en una cultura del éxito, es necesario ser el primero para no ser el último.

DSM (varias ediciones) y el pensamiento bipolar

Las conductas sociales (valga la redundancia, porque todas las conductas son sociales) suelen mostrar una contradicción entre las declaraciones verbales y los hechos. La mayoría de las psicoterapias se realizan en hospitales públicos o con algún tipo de obra social o seguro médico, sin contar las infinitas terapias que mueren nonatas, porque las personas que las ameritan no cuentan con ninguna protección social o carecen de dinero (o de recursos psíquicos) para pedir ayuda en un hospital.

Mientras tanto los popes del psicoanálisis (también hay popes cognitivos y de otras corrientes) hablan de temas sofisticados y se despreocupan de las lecturas que campean en los hospitales y en las obras sociales. Cuando son teóricos, uno puede leer en sus textos el rechazo al DSM, un rechazo fundamentalista, bipolar, con poca fundamentación. El tema ha sido evitado. “*Mandamos al Polo a los jóvenes con ropa de verano*”, ya sabemos quién lo dijo. Los popes mandan a las nuevas camadas al Polo o potro de las terapias con slogans (shibboleths) que solo son contraseñas de pertenencia a ciertos grupos o grupúsculos.

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. No siempre el psicoanalista, cuando su paciente está también en tratamiento psiquiátrico, se informa sobre la medicación del paciente. Pocas veces el psiquiatra biologicista emprende una psicoterapia, ni siquiera cree necesario dialogar con el paciente. Cuando el trabajo en equipo (intra e interdisciplinario) debería ser, al menos, una aspiración.

Las dudas acerca de la depresión como enfermedad, síndrome o incluso como vivencia normal ante los acontecimientos de la vida, pesan en el momento de elaborar una clasificación. Hasta finales del siglo XIX el término melancolía era el habitual para referirse al síndrome depresivo. Kraepelin delimitó claramente las fronteras de la enfermedad describiendo el curso episódico de la enfermedad y caracterizando sus principales formas clínicas. Kahlbaum acuñó el término “distimia” para referirse a una variedad crónica y leve de melancolía y el de “ciclotimia” para designar un trastorno caracterizado por oscilaciones del estado de ánimo.

El término “*afecto*” suele hacer referencia a la manifestación cambiante del tono emocional de una persona, mientras que “*estado de ánimo*” significa una orientación emocional más duradera. El DSM-IV distingue entre episodios y trastornos del estado de ánimo. Un episodio dura al menos 2 semanas, durante las cuales hay síntomas suficientes.

El debate sobre la naturaleza binaria de las depresiones (endógenas y reactivas; psicóticas y neuróticas) adquiere nuevas perspectivas en trabajos de las últimas tres décadas, pero en muchos momentos se vuelve dicotómico, *bipolar*. Los datos característicos de endogenicidad son: personalidad previa, ausencia de desencadenantes psíquicos, tristeza profunda y persistente, despertar precoz, pérdida de peso, empeoramiento matutino y estacional del humor, inhibición psicomotriz e ideas delirantes de ruina, culpa o hipocondríacas, curso fásico y respuesta relativamente satisfactoria a las terapéuticas biológicas. Por el contrario, el *síndrome depresivo neurótico* está caracterizado por rasgos neuróticos, presencia de desencadenantes, agravación por la tarde, variaciones entre un día y otro, respuesta más pobre que las depresiones endógenas a los psicofármacos y mucho más eficacia de la psicoterapia.

En 1994, la cuarta versión del DSM ha mantenido los mismos apartados que su predecesor en los trastornos del estado de ánimo: trastornos unipolares caracterizados por síntomas depresivos en ausencia de una historia de estado de ánimo patológicamente elevado; en los *trastornos bipolares* la depresión se alterna con la manía o la hipomanía (bipolar I y II respectivamente). (En algunos círculos, *bipolar III* hace referencia a pacientes con manía inducida por antidepresivos y *bipolar IV* se emplea para describir a pacientes deprimidos con una historia familiar de manía). Trastornos bipolares. Repasemos, con la ayuda del diccionario. Polo: cada extremo del eje de una curva o de una esfera que concentra la mayor intensidad de una fuerza (electricidad en una pila, magnetismo en un imán). Oposición radical entre elementos. Complementando esta visión entre polos conviene pensar las depresiones considerando todos los matices presentes entre el polo de la depresión mayor y el de la manía. El proceder bipolar ignora fuerzas, cualidades y relaciones “*ignora el*

elemento real del que proceden las fuerzas, sus cualidades y sus relaciones; de este elemento conoce tan sólo la imagen invertida que se refleja en los síntomas considerados en abstracto. La oposición puede ser la ley de la relación entre los productos abstractos, pero la diferencia es el único principio de génesis o de producción, el que produce la oposición como simple apariencia. La dialéctica se nutre de oposiciones porque ignora los mecanismo diferenciales diversamente sutiles y subterráneos". (Deleuze, G)

El trastorno *distímico* (distimia significa “mal genio”) se introdujo para sustituir la depresión neurótica. Una depresión crónica no episódica menos grave que la mayor. Un humor depresivo presente la mayor parte del día, la mayoría de los días, al menos durante dos años. Cada vez hay más críticas en relación al solapamiento que se produce en los DSM entre depresión mayor y distimia.

El *trastorno ciclotímico* originariamente se clasificó como un trastorno de la personalidad con fluctuaciones del estado de ánimo que no eran claramente maníacas. La ciclotimia puede diagnosticarse según el DSM-IV en pacientes con hipomanía recurrente y síntomas depresivos que no permiten un diagnóstico de depresión mayor. Se incluye en el seno de los trastornos bipolares.

El DSM-IV ha definido otros trastornos del estado de ánimo, (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente y trastorno disfórico premenstrual). En el “trastorno depresivo menor”, la magnitud de los síntomas no alcanza para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor; en el “trastorno depresivo breve recurrente”, los episodios depresivos alcanzan la gravedad requerida para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor pero sólo durante un corto período de tiempo. En el apartado de otros trastornos del estado de ánimo se han introducido criterios para un nuevo subgrupo referido a “trastornos del estado de ánimo debido a...” en el que hay que indicar la enfermedad médica o la sustancia provocadora del mismo.

La CIE-10, publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1992, acepta los principios del DSM-III, considerando criterios puramente descriptivos de diagnóstico y rechazando la implicación etiológica. En la sección de trastornos del humor (afectivos) se establecen diversos apartados: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente, trastornos del humor persistentes, otros trastornos del humor y trastornos del humor sin especificación. El viejo término de psicosis maníaco-depresiva ha sido sustituido por el de trastorno bipolar siguiendo a Leonhard. Esta clasificación se estructura basándose en los trastornos afectivos clásicos (depresión unipolar o trastorno bipolar) si bien se establece un apartado para los trastornos del humor persistentes que acoge la ciclotimia y la distimia.

No retroceder ante los mamotretos

A medida que repensaba, los grandes ejemplares de los Tratados y Manuales de psiquiatría se tornaban más amigables o más compatibles con mi programa, como se dice en computación. Lo menos que podía pensar acerca de ellos es que, realmente, vinieron a llenar un vacío. Por supuesto, no eran una partitura ni aseguraban una buena música. Una clasificación no explica

un fenómeno, sólo lo describe, mientras que en estadios más avanzados se define el concepto a clasificar y se buscan leyes o principios que permiten arribar a la organización que los produce. ¿Quién podría hacerlo? ¿Quiénes están en situación de argumentar a favor o en contra de los DSM?

El conocer no se produce deslindando generalidades de lo real. El conocimiento es un trabajo productivo que recibe del exterior datos, nociones y representaciones que serán transformadas en conceptos solo si hay elaboración teórica. Los datos, nociones y representaciones no son las imágenes sensibles personales, sino la masa de experiencia empírica socialmente acumulada.

La clasificación del DSM-IV no tiene en cuenta individuos sino “síndromes”. El sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica carece de pertinencia. Una clasificación *ateórica y descriptiva*. Ateórica porque no toma posición ante las distintas teorías etiológicas; descriptiva, porque su fin es solo inventariar síntomas.

Uno de los puntos de controversia concierne a las relaciones entre las nociones de *fidelidad* y de *validez*. La fidelidad permite que dos clínicos que examinen un paciente puedan arribar a un mismo diagnóstico. El DSM se construye, a partir de su tercera versión, para mejorar la fidelidad. En la investigación epidemiológica este punto es decisivo. Por fin se puede encuestar sobre la base de un acuerdo respecto de las categorías estudiadas y hacer comparaciones. En el plano clínico, el problema es diferente: la validez concierne a la comprensión del trastorno. Se supone validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un proceso patológico que se encuentra en su causa.

El DSM es un útil construido por los “investigadores”, pero cuando es utilizado por los clínicos, se restringe la psicopatología al mero reconocimiento de los síndromes. El psiquiatra es susceptible de confundir su posición de investigador (fidelidad) y su posición de clínico (validez). El DSM es problemático: construido para cierta investigación estadística también es utilizado por la clínica y las necesidades del investigador y del clínico son diferentes.

El modelo nosográfico presenta las enfermedades mentales como entidades cualitativamente diferentes. En sus cimientos está el intento kraepeliniano de determinar el sustrato biológico de una determinada patología. Es un proceso categorial que requiere definir categorías diagnósticas homogéneas a las que adscribir los diferentes trastornos. Los casos “puros” son la excepción y no la regla, y se hace necesario la introducción de otras categorías diagnósticas. La presencia de varias entidades en un mismo paciente, es decir, la comorbilidad, supone una nueva dificultad. Los pacientes son definidos en función de categorías que reflejan poco su singularidad. *“Sabemos que el primer paso hacia el dominio intelectual del mundo circundante en que vivimos es hallar universalidades, reglas, leyes, que pongan orden en el caos. Mediante ese trabajo simplificamos el mundo de los fenómenos, pero no podemos evitar el falsearlo también, en particular cuando se trata de procesos de desarrollo y trasmutación. Nos interesa asir un cambio cualitativo, y para hacerlo solemos descuidar, al menos en un principio, un factor cuantitativo. En la realidad objetiva, las transiciones y las etapas intermedias son mucho más frecuentes que los estados opuestos por separaciones tajantes”*. (Freud, 1937)

Tambien en psicopatología, un psicoanálisis contemporáneo

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. Una paranoia que, con benevolencia a veces llamamos teoría conspirativa, pretende que el 90 % va de contramano porque aspira a realizar diagnósticos compartibles. A la rigidez de cierta psiquiatría biologicista se le responde con un psicoanálisis soberbio, autosuficiente. Un psicoanálisis que se arroga poseer la última palabra por lo que pretende 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 mas 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 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.

¿Cuáles son los conflictos en las depresiones? Sin teoría, la clínica es un vale todo. Más aún, no se trata de la teoría verdadera ni de las muchas teorías que compiten en el mercado, sino de cierta constelación conceptual, de una búsqueda, si lo que se trata es de dar cuenta y no de pegar una etiqueta. Las frases, que suelen ser de Freud, incluso memorizadas, ayudan en esa búsqueda, no la reemplazan. Usamos las mismas palabras. Como en las discusiones políticas, solemos estar más dispuestos a tener razón que a aprender, abroquelándonos en certezas de capilla.

Las descripciones clínicas, son infinitas, pero comparten algunos interrogantes: ¿son las depresiones producto de una debilidad yoica, se refiere a la pobreza de la autoestima, es una patología del carácter? Interrogantes clínicos, pero que no pueden soslayar la teoría. El síntoma no tiene el valor de fascinación que tenía para una psiquiatría descriptiva. La psicopatología psicoanalítica intenta aprehender ciertas constelaciones sintomáticas vinculándolas con los conflictos subyacentes y la trama metapsicológica. *“De modo que, si bien las nociones psiquiátricas de “estructuras” (histérica, obsesiva, esquizofrénica, paranoica, etc.) pueden servir de indicios iniciales y rudimentarios para el trabajo analítico, no resisten a un microanálisis atento a la heterogeneidad y a la polivalencia de los representantes psíquicos. Estamos cada vez más obligados a concebir interferencias de estructuras, así como ‘estados límites’ que, siendo hechos clínicos nuevos, que indican la evolución de la subjetividad y de los estados psíquicos, tienen sobre todo la ventaja de cuestionar fundamentalmente la validez de las nosografías clásicas”.* (Kristeva, J. 1993)

Comencemos por establecer un correlato clínico de una metapsicología del yo y del superyó. Sólo cierta constelación conceptual puede dar cuenta de una clínica de la depresión, lo cual supone interrogar la relación yo/superyó-ideal del yo, los baluartes narcisistas, la tramitación de duelos pasados y presentes, los efectos de la vida actual en las valoraciones del yo; narcisismo trófico y patológico; historia lineal o recursiva. Esta es la clínica del sentimiento de estima de sí y no se reduce a los pacientes depresivos. (Retomaré estas cuestiones en el último apartado)

¿Por qué ni Freud ni los posfreudianos lograron establecer una psicopatología a la altura de los desarrollos metapsicológicos? “Ya la primera mirada nos permite discernir que las constelaciones de un caso real de neurosis son mucho más complejas de lo que imaginábamos mientras trabajábamos con abstracciones”. (Freud, S. 1926) La tentación nosografista acecha constantemente al psicoanalista, que debe estar muy alerta para no materializar sus tipos ideales, como si fueran esencias que en su pureza resultan más reales que la clínica. Seducidos por la transparencia, corremos el riesgo de fascinarnos por abstracciones en vez de propender al conocimiento de lo singular. La nosografía es tan sólo un bosquejo. Sobreestimar su valor conduce a una psicopatología imaginaria. Sin las debidas precauciones, tiende a convertirse en un estereotipo o en un prejuicio.

Reduccionismo o complejidad

Murray Gell-Mann –el famoso descubridor de los quarks- es también un puntal en la teoría de la complejidad. Piensa que las ideas novedosas serán fruto de la comprensión del porqué de la complejidad de nuestro universo y de la unión de la ciencia de lo fundamental con la ciencia de lo complejo. Para Murray Gell-Mann hay dos maneras de estudiar el mundo: la vía reduccionista, en que el pensador intenta descomponer las cosas en sus componentes más elementales. La otra vía es el reconocimiento de una ciencia de la complejidad, con leyes y principios que emergen en niveles sucesivos.

Freud hablaba de batallones. En la teoría también hay dos batallones enfrentados.

Hay dos maneras de contemplar al mundo: compuesto por entidades aislables (electrones, átomos, moléculas, organismos, mesas o sillas) que poseen propiedades discretas. La otra mirada concibe procesos continuos de los cuales cristalizan ocasionalmente entidades transitorias. Muchos problemas derivan de la dificultad para percibir un mundo de campos y procesos en lugar de objetos y propiedades.

No hay una científicidad sino muchas y no hay ninguna que no sea un tejido de teorías, de ideas y de paradigmas. Observemos la observación. Es el fenómeno científico mas sencillo y parece objetiva, neutral, inocente. Sin embargo, muestra enseguida cuanto depende de los instrumentos y de la mirada de una época.

Ningún abordaje aislado puede contrarrestar eficazmente la depresión, y es sumamente peligroso que los profesionales de la salud opten sin fundamento por la monocausalidad. La industria farmacéutica suele abogar excluyentemente por la farmacoterapia, como si la química fuera la llave maestra. Por supuesto, 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. Uno podría bombear litros de serotonina en el cerebro de una persona deprimida sin lograr un alivio inmediato.

Lo actual va tomando otro lugar; en la teoría y en la clínica. La consideración del movimiento y sus fluctuaciones predomina sobre la de las estructuras y las permanencias. Lo incesante es la turbulencia. Un bucle autoorganizador reemplaza la linealidad causa-efecto por la recursividad mediante la cual los productos son productores de aquello que lo produce. Lo actual no es una mera realización de una virtualidad preexistente. Pensarlo como réplica del pasado nos conduce... a una robótica.

Demos un paso más: observemos la noción de series complementarias. Todo psicoanalista dirá que adhiere a ella y que esta prevenido contra el determinismo. Pero si le preguntamos qué estatuto teórico y qué eficacia terapéutica le atribuye a cada uno de los elementos de la serie, desaparece ese acuerdo básico. La crítica al determinismo nos conduce a *diferenciar potencialidades abiertas a partir de la infancia y nos libra de prejuicios fatalistas*. Quizá se postula un determinismo causal absoluto porque se carece de categorías para pensar el advenimiento de lo nuevo y se carece de valentía para reconocer que se carece. 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. A las experiencias posteriores (pubertad, adolescencia, adultez, tercera edad) se les niega la posibilidad de ser fundantes, aunque sean muy intensas afectivamente. ¡Flor de contradicción! Porque también el tratamiento psicoanalítico, cuando no es con niños, es posterior a la infancia, y el psicoanálisis está lejos de presentarse a sí mismo como una experiencia anodina.

¿Conque categorías pensar el advenimiento de lo nuevo? Epistemológica y ontológicamente desbaratemos falsos dilemas: entre orden y desorden, estructura y acontecimiento, permanencia y cambio, ser y devenir. En la práctica, solemos abrirnos, de hecho, a lo impredecible, a lo azaroso, al desorden. Más abiertos estaremos si legalizamos, con teoría, esa apertura de hecho. En un psiquismo totalmente determinado no podría suceder nada nuevo y un psiquismo totalmente abandonado al azar -que fuera sólo desorden- no constituiría organización y no accedería a la historicidad. Desde hace tiempo azar y determinismo me preocupan en el tema de las depresiones. (Hornstein, 1993)

No es que haya habido un triunfo aplastante de la complejidad y una derrota definitiva del reduccionismo, entre otras cosas porque cada día hay nuevas complejidades y nuevos reduccionismos. En los medios activos y actualizados la polémica sigue viva. No pretendo más que eso para nuestro psicoanálisis: que sea contemporáneo de su tiempo recuperando el ejemplo de pioneros como Mauricio Goldenberg quien supo soslayar reduccionismos.

Reducciones necesarias y reduccionismo

He querido que este texto fuera de divulgación (Muchas de estas problemáticas fueron elaboradas en libros publicados). El *abstract* o resumen de un artículo es una reducción necesaria. Las palabras clave son reducciones necesarias.

No se trata de 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 sociohistórico. Esos componentes si se los integra seriamente dan todo de sí. Centrarse solo en los aspectos psíquicos de las depresiones es reduccionismo, solo en los aspectos biológicos es reduccionismo. ¿Estoy escribiendo un catecismo? No. Estoy haciendo un resumen de mis argumentos.

Para comprender el mundo hay que acotarlo. En ese sentido, todas las teorías son reduccionistas, como se advierte cuando se ha renovado el paradigma. La física de Newton, por ejemplo. Lo malo sería que, después de Einstein, la física newtoniana se pusiera prepotente y filosófica. Pues bien, para entender la afirmación anterior, hay que estar muy al día en física. Del mismo modo, hay que estar al día en psiquiatría para entender la diferencia entre la psiquiatría actual y la del siglo pasado. ¿Qué psiquiatría se enseña en las facultades de Medicina y de Psicología? ¿Y en los servicios de Salud Mental o en las instituciones psicoanalíticas?

No hay filosofía reduccionista sino ideología reduccionista, o sea, máscara del pensamiento y de los móviles, 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 ya no está relacionada con la sordidez de la pobreza, el desempleo, la brecha entre riqueza y pobreza extremas. En segundo lugar, si son problemas provocados por individuos violentos, debido a su constitución bioquímica o genética se justifica que los fondos se desvíen de lo social a lo molecular.

¿Se acuerdan del “flogisto” de Stahl y de la “Kriptonita” de Ryce Burroughs? Algo así son el “gen egoísta” y sus hermanitos. El entusiasmo por las explicaciones biológicas deterministas generó la sociobiología cuya posición podría sintetizarse en “el gen egoísta”. Los éxitos de la biología molecular han generado un triunfalismo arrogante y la convicción de que la genética puede explicar la condición humana e incluso modificarla 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 autorreplificación. 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. 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 nos ofrecen las esperanzas de salvación abandonadas por la ingeniería social, la política y la psicoterapia.

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. A la inversa, para un estudio minucioso del estado actual de la genética (que evita reduccionismos) en lo que concierne a los Trastornos bipolares remito a los capítulos correspondientes de los Tratados mencionados en la bibliografía (Hales y otros; Olié y otros; Roca Bennasar; Vallejo Ruiloba y otros).

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. Y a los neurogenetistas curiosamente ni se les ocurre buscar las “causas” genéticas de la xenofobia, el racismo, la delincuencia de guante blanco o la corrupción.

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. 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.

Nuestras vidas resultan de una trayectoria que no está determinada por nuestros genes ni dividida en esas prolijas categorías dicotómicas llamadas naturaleza y cultura. Es una interacción autopoietica, 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 paradojas.

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).

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 homeostáticos.

Hacia una teoría psicoanalítica de las depresiones

¿Que constelación conceptual daría cuenta de una clínica de las depresiones? La relación entre el yo y el superyó-ideal del yo es uno de los elementos claves. A mayor distancia entre aspiraciones

narcisistas y la representación del yo, más recursos se destinarán a disminuir esta separación. ¿Cómo se produce el investimento narcisista del yo? ¿Qué carencias producen ideales muy exigentes o el déficit de investimento yoico?

El sentimiento de estima de sí es inestable. Lo hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación de ser estimado o rechazado, el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las metas y las aspiraciones, por un lado, y los logros por el otro. La satisfacción pulsional directa, inhibida en su fin o sublimada, eleva el sentimiento de estima de sí. Así como la representación de un cuerpo saludable y satisfactorio estéticamente. El investimento narcisista es afectado por la pérdida de fuentes de amor, por presiones superyoicas exacerbadas, por la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo, por enfermedades o por cambios corporales indeseados (Hornstein, 2002).

Las depresiones se caracterizan por la inestabilidad de la autoestima, requiriendo continuos suministros externos para neutralizar sentimientos mas o menos constantes de inferioridad. En algunas modalidades depresivas sobresalen la omnipotencia o la denigración del objeto. ¿Qué es la denigración sino la crítica destructiva? En la crítica constructiva, en cambio, el cuestionamiento no es masivo y predominan los componentes cognitivos. Por eso importa diferenciar entre la angustia narcisista señal y la traumática (Hornstein, 2003).

Pensar las depresiones, analizar las depresiones, pone a prueba nuestra noción de superyó. En muchos casos, el superyó ha sido jibarizado a *“puro cultivo de pulsión de muerte”*, que por cierto es una de sus manifestaciones pero no la única. Es el superyó de las depresiones, del masoquismo o de la neurosis obsesiva. Está también el superyó que consuela, esbozado en *“El humor”* y al que traté de hacer mi aporte (Hornstein, 2003). En el tratamiento de un depresivo no se trata, claro, de darle la razón al superyó sino de pensar cómo se generó y cómo se *“desmonta este superyó hostil”* (Freud, 1937) desentrañando su modo de construcción, a partir de una historia identificatoria y libidinal.

Freud escribió en 1932 que el superyó alberga la consciencia moral, la autoobservación y el ideal del yo. Que hace juicios. Que distingue entre “bueno” y “malo”. Que para hacerlo no cuenta con ninguna facultad “natural” (con ningún gen, diríamos hoy). Las aspiraciones acerca de lo que se debe ser y tener (ideal del yo), así como las consignas acerca de lo que no se debe hacer (consciencia moral) están conformadas por las aspiraciones parentales y sus sustitutos: *“De ese modo se creará un tesoro de representaciones engendrado por la necesidad de volver soportable al desvalimiento humano”*. (Freud, 1927)

Antes hablé del mal uso de las oposiciones, cuando se transforman en un blanco o negro, en un cara o cruz, en un biologismo o psicologismo. Pero Freud sabía sacarles el jugo, por ejemplo en su concepción de la génesis del superyó: real/psíquico, ontogénesis/filogénesis, individuo/especie humana. Gracias a ellas encuentra el pivote de ellas: el complejo de Edipo.

El niño es impulsado a la vida, y la autonomía la conquistará a partir del desamparo. La angustia originada en el desamparo deja una impronta imborrable en la todas las “fases”. La del narcisismo, tan parecida al animismo. La religiosa, en que el narcisismo es proyectado sobre los padres

y la omnipotencia se desplaza en beneficio del objeto. La científica, en que el individuo acepta las exigencias de la realidad, fase que pocos alcanzan y cuando la alcanzan deben merecerla día a día.

El ideal del yo implica proyecto, rodeo, temporalidad. Cuando se instaura el placer es algo más que una simple disminución o aumento de tensión. Placer, valor, realidad, marcarán los bordes al conflicto. El psiquismo tiene varios “atractores”. Cada uno con su origen histórico: demandas pulsionales, exigencias superyoicas y exigencias de la realidad.

Hemos situados el trastorno bipolar entre las depresiones. Y he situado a éstas entre las problemáticas del narcisismo (Hornstein, 2004). Pero narcisismo no es una noción nítida. Más que un concepto remite a un entretejido, a una trama. “Narcisismo” posee varios sentidos: por un lado, la indiscriminación entre el yo y el otro, por otro, la regulación del sentimiento de estima de sí, así como el interés exacerbado por la representación del yo. Gracias al narcisismo trófico, el yo mantiene la cohesión, la estabilidad (relativa) del sentimiento de sí y la valoración del sentimiento de estima de sí. Las actividades del narcisismo trófico no están motivadas por la necesidad de mantener y promover la identidad y autoestima sino que estas son productos colaterales. Dada cierta cohesión del yo y de la autoestima, el sujeto es libre de orientar cada vez más su vida no por motivos narcisistas, sino por la realización transaccional del deseo.

El narcisismo patológico no consiste en un exceso de amor propio, sino más bien en su falta crónica, y por ello exige esfuerzos insaciables por lograr la admiración externa. El déficit narcisista produce un yo amenazado por la desintegración, el vacío o la desvalorización.

Mi argumentación se sostiene en una concepción del psiquismo como sistema abierto. El ser (registro identificatorio) no prescinde del tener (registro objetal). El narcisismo trófico no es un narcisismo bonachón. Implica haber teorizado un mundo objetal que no niega la función narcisista de ciertos objetos.

Los objetos cumplirán diversas funciones para el sujeto: balance narcisista, vitalidad, sentimiento de seguridad y protección. Completan funciones, compensan déficits, neutralizan angustias (real, neurótica, ante la pérdida de amor del superyó). ¿Qué función cumple este vínculo? ¿Realización del deseo? ¿Neutralizar angustias? ¿Sostén? Si es sostén, ¿lo es de la autoestima o de la integridad yoica? Objeto narcisista, objeto objetal. También aquí las polaridades son apenas una ayuda. Entre ambos existe toda una gama, que primero describiremos y después nominaremos. La no discriminación entre objeto fantaseado y real puede deberse a que el objeto suple fallas estructurales, o a que no es reconocido en su alteridad, aunque no cumpla funciones protésicas.

“Una pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo.” Si en el duelo el mundo se vuelve pobre y vacío, en la depresión (en todos sus tipos y estados) pobre y vacío se vuelve el yo. El trabajo del duelo en las depresiones conjuga una problemática objetal, una narcisista y una defusión pulsional. Y es exitoso cuando consigue ligar la pulsión de muerte con Eros.

Ante una depresión nos preguntamos: ¿Qué déficit tendrá el paciente? ¿Afectivo? ¿De logros? ¿De narcisización? ¿De una combinación de ellos? Y aquí volvemos a pensar los tipos libidinales (Freud, 1931). El *erótico*, cuya principal fuente de compensación libidinal y narcisista proviene de

sus investimentos objetales. Estos son especialmente vulnerables a la pérdida de amor. En cambio, el tipo compulsivo está pendiente de las deudas en relación al superyó, de satisfacerlas y mitigar la culpa. Tolera mejor perder el amor de los objetos que transgredir sus valores. El tipo *narcisista* posee un narcisismo armónico entre las ambiciones, los talentos y habilidades y el ideal del yo.

La bioquímica puede aliviar la depresión. Pero los pacientes experimentan la depresión como una alteración de la autoestima en el contexto de los vínculos y los logros actuales. Lo infantil es reactivado. El tormentoso mundo interno de relaciones de objeto es externalizado en relaciones actuales. Las depresiones ilustran la relación estrecha entre la intersubjetividad, la historia infantil, la realidad, lo corporal y los valores.

Las depresiones solo pueden ser abordadas desde el paradigma de la complejidad. Y así entendemos el desequilibrio neuroquímico presente en las depresiones, debido a la acción conjunta y difícilmente deslindable de la herencia, la situación sociopersonal, la historia, el conflicto neurótico, la enfermedad corporal, las condiciones ambientales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo. ¡Qué lejos queda la monocausalidad!

Podríamos decirlo en lenguaje común: “mientras hay vida hay esperanza”. Vivir exige que imaginemos el tiempo futuro. El psicoanálisis se sostiene, como cualquier terapia, en la esperanza de curación o de alivio, que es una curación parcial. ¿Es tratable el trastorno bipolar? Y si es tratable, ¿quiénes y con qué herramientas lo tratarán?

Ni en el cuerpo, ni en la mente, hay dos personas que padezcan lo mismo. En el caso de la depresión cada individuo es único como los copos de nieve. Cada depresión, si bien comparte con las otras ciertos ejes, manifiesta una complejidad imposible de cercenar. Y uno quiere acotar el campo, por las buenas o por las malas. Las clasificaciones psiquiátricas tranquilizan: bipolar/unipolar; grave/leve; exógena/endógena; breve/prolongada. El listado puede ser, y de hecho ha sido extendido de manera interminable, proceso cuya utilidad ha sido limitada para el tratamiento. 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. Al contrario, mi clínica y mis lecturas me permiten decir que “la” depresión no existe. Solo existen los deprimidos. Y nos obligan a seguir escuchando.

Bibliografía

Akiskal, H. Y Pinto, O. (1999): *The evolving bipolar spectrum*, The Psychiatric Clinics of North América, N°3, p. 517-534, Volume 22.

Deleuze, G. (1967): *Nietzsche y la filosofía*, Anagrama, Barcelona, 1971.

DSM-IV (1994): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson, Barcelona, 1995.

- Freud, S. (1895): “*Estudios sobre la histeria*”, A.E. Tomo II.
- _____ (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*, A.E. Tomo XX.
- _____ (1927): “*El porvenir de una ilusión*”, A.E. Tomo XXI.
- _____ (1930): *El malestar en la cultura*, A.E. Tomo XXI.
- _____ (1931): *Sobre los tipos libidinales*, A.E. Tomo XXI.
- _____ (1932): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, A. E. Tomo XXII.
- _____ (1937): “*Análisis terminable e interminable*”, A.E. Tomo XXIII.
- Gell-Mann, M. (1994): *El quark y el jaguar*, Tusquets, Barcelona, 1998.
- Hales, R., Yudovsky, S. y Talbott, J. (2000): *Tratado de Psiquiatría*, Tomo I y II, Masson, Barcelona
- Hornstein, L. (1993): *Práctica psicoanalítica e historia*, Paidós, Buenos Aires.
- _____ (2002): *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*. Paidós, Buenos Aires.
- _____ (2003): *Intersubjetividad y Clínica*, Paidós, Buenos Aires.
- _____ (2004): *Hoy y ayer, Piera Aulagnier en Proyecto terapéutico*, L. Hornstein (Compilador), Paidós, Buenos Aires.
- Kristeva, J (1993): *Las nuevas enfermedades del alma*, Cátedra, Madrid, 1995.
- Olié, J-P; Poirier, M., Loo, H., (1996): *Les maladies depressives*, Flammarion, París.
- Roca Bennasar, M. (1999): *Trastornos del humor*, Médica Panamericana, Madrid.
- Rose, S. (1997): *Lifelines*, Penguin, Londres.
- Sachs, G. (2004): *Manejo del trastorno bipolar*, Science Press Brasil, San Pablo.
- Vallejo Ruiloba, J. Gasto Ferrer, C. (2000): *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, Masson, Barcelona.

