

Luis Hornstein

LAS DEPRESIONES

AFECTOS Y HUMORES DEL VIVIR

EDITORIAL PAIDOS (2011, tercera edición)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....5

Las depresiones: ¿flagelo de la época?
Entre bioquímica e historia: reduccionismo o complejidad.

PARTE I. DEPRESIONES: SUFRIMIENTOS Y CONFLICTOS

1. **Autoestima, luces y sombras: conflicto nuclear de las depresiones.....13**
Narcisismo infantil.
Trama edípica y narcisización.
La sublimación: todos los logros, el logro.
Las formaciones de compromiso.
Los juegos desarrollados.
Vínculos y autoestima.
2. **Depresiones: historia y vida cotidiana.28**
Los duelos.
Determinismo y creación.
Traumas, realidad y malestares culturales.
3. **Presentación del superyó.35**
El superyó: constelación estructural.
Ideal del yo.
El superyó y las deudas: entre la viscosidad y la fluidez.
4. **El yo: talentos, habilidades y proyectos.....42**
El trayecto identificatorio.
El yo historizante: mas allá del desconocimiento y la adaptación.
El yo y sus patologías: organizaciones *borderline* o fronterizas.

PARTE II. CLÍNICA DE LAS DEPRESIONES

5. **Entre estrellas fugaces y un inquietante sol negro.....52**
6. **De la psiquiatría al psicoanálisis y viceversa.58**
Distimia.
Depresión mayor.
Trastorno bipolar.
Trastorno ciclotímico.
Melancolía.
7. **Depresiones enmascaradas y sus efectos somáticos.....70**
8. **Depresiones y suicidio.....73**
- 9.

PARTE III. TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES

10. Terapia psicoanalítica	79
La herencia: lastre o patrimonio.	
El psicoanalista y su diagnóstico.	
Historizando.	
El “Esquema”: mucho más que un esquema.	
Varios psicoanálisis o varios ejes.	
Articulación teoría-práctica.	
Metas de la terapia analítica.	
11. Terapia cognitiva	96
12. Terapia interpersonal	102
Primer borrador para una comparación entre las propuestas psicoterapéuticas.	
12. El tratamiento farmacológico de las depresiones en el contexto terapéutico , por <i>Silvia Wikinski</i>	106
Tratamiento farmacológico de la depresión mayor.	
Tratamiento farmacológico de la depresión bipolar.	
Alcances del tratamiento farmacológico de la distimia.	
Alcances del tratamiento farmacológico de la ciclotimia.	
 BIBLIOGRAFÍA	 117

INTRODUCCIÓN

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.

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”¹. Pero también “molestia muy abundante”. Es este sentido la depresión, ¿es una peste? Ninguna epidemia psicobiológica² 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 somáticos³.

¹ Diccionario de uso del Español, María Moliner, Gredos, Madrid, 1987.

² La depresión por su etiología.... y por su tratamiento.... afecta el cuerpo y el psiquismo.

³ 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 antidepresivos se convierten en

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 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 alterado⁴.

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 trabajo⁵. 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).

¿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).

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).

⁴ Véase el capítulo 6.

⁵ 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.

¿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 bioquímica e historia: 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 paciente.

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 sociohistórico⁶. 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. ¿Estoy escribiendo un catecismo? No. Estoy haciendo un resumen de mis argumentos⁷.

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

⁶ 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).

⁷ Los cuestionamientos al psicoanálisis abrevan de dos fuentes principales: de las neurociencias y de las ciencias sociales. "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 reprobaba". 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, 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 socio-antropológica [...]. 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).

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.

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.

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 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 paradojas⁸.

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 vivos no existen las moléculas maestras, que controlan las actividades celulares desde la serenidad protegida de la sala del directorio nuclear (Rose)⁹.

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 homeostáticos¹⁰.

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.

La industria farmacéutica suele abogar excluyentemente por la farmacoterapia, como si la química fuera la llave maestra¹¹. 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.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ Hornstein (2000 y 2003).

¹¹ 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.

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. 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 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 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 puro¹². 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 complejidad¹³. 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 histórico-sociales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo. ¡Qué lejos queda la monocausalidad!

¹² Véase el capítulo 12.

¹³ “*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).