

categorial que requiere definir categorías homogéneas. Los casos "puros" son la excepción y no la regla, y se hace necesaria cada vez más la introducción de otras categorías diagnósticas. La presencia de varias entidades en un mismo paciente (la *comorbilidad*) supone una nueva dificultad. Los pacientes son agrupados en categorías que reflejan poco su singularidad.³

El enfoque diagnóstico del DSM-III/DSM-IV tiene sus limitaciones pero ha permitido llegar a un acuerdo acerca del número y de los tipos de síntomas que definen un trastorno, de manera que pueden delimitarse poblaciones más homogéneas y estudiarse mejor los resultados de los tratamientos. Las especificaciones de síntomas (como, por ejemplo, *con síntomas atípicos*) y los modificadores del curso (como, por ejemplo, *con patrón estacional*) suponen un intento preliminar de potenciar el enfoque categorial para definir subtipos que integren matices diferentes. Dentro de los límites categoriales, por tanto, existen muchas dimensiones de alteraciones del estado de ánimo, y la expresión de un tipo determinado de trastorno del estado de ánimo dependerá de la interacción de estos factores. Ello

3. "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). Coincide con Kohut (1977), que, ante el reproche de una separación tajante entre los diferentes trastornos del narcisismo, se disculpa: "¿He exagerado acaso el contraste entre las dos formas de psicopatología? Quizás, pero creo que es mejor correr el riesgo de ser demasiado esquemático que el de ser oscuro. La experiencia clínica desempeñará su papel en lo que concierne a mostrar las fórmulas de transacción entre distintas formas de psicopatología, es decir, demostrará la presencia de los casos mixtos".

significa que en la vida real existen más categorías depresivas y más opciones de tratamiento que las que se citan en los textos.

Ya desde la introducción del DSM-III se evidenció la falta de consenso, resultante de la diversidad de doctrinas psiquiátricas. Esta falta privilegió el juicio personal del psiquiatra. La solución propuesta es acotar este juicio gracias a un lenguaje común, cualesquiera que sean las orientaciones.

Los factores causales pueden dividirse en factores biológicos, genéticos y psicosociales. Esta división es esquemática, ya que los tres interactúan.

Los análisis genéticos indican que el factor causal es muy significativo en ciertas depresiones. No obstante, el patrón de la transmisión genética se produce por medio de mecanismos complejos. Es imposible excluir los factores psicosociales. El componente genético es más importante en el trastorno bipolar I que en el trastorno depresivo mayor.

La diferenciación de la depresión según la existencia de un factor precipitante se origina en la distinción entre depresión endógena y reactiva. En la utilización original de los psiquiatras alemanes, el término *reactivo* hacía referencia a la capacidad del paciente deprimido de reaccionar de manera positiva ante las interacciones y los acontecimientos y, por lo tanto, implicaba la presencia de síntomas más leves. Sin embargo, cuando se tradujo el término al inglés, pasó a significar una depresión desarrollada como reacción a una situación externa.

A diferencia de la depresión reactiva, en la literatura alemana el término "depresión endógena" se refería a la depresión que no respondía al entorno, y en la literatura norteamericana hace referencia a la depresión de mayor gravedad y mayor sentimiento de culpa y pérdida de interés, con síntomas vegetativos típicos (disminución del apetito y del sueño) así como otros síntomas físicos (dificultad de concentración, despertar precoz y oscilación diurna del estado de ánimo ya que la depresión empeora por la

mañana). En el DSM-IV, el especificador *síntomas melancólicos* contiene muchos de los síntomas de la depresión endógena.

A medida que avanzaba en mi búsqueda bibliográfica, 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. 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 en favor o en contra de los DSM?⁴

En todo proceso científico las respuestas resultan de un desarrollo, y un primer paso es inventariar los recursos teóricos disponibles para señalar posteriormente la necesidad de una elaboración conceptual que posibilite nuevas respuestas a las preguntas planteadas. Es inevitable incurrir en el riesgo que Bachelard denomina "la insuficiencia de los primeros intentos y la pesadez de los primeros esquemas".⁵

4. Los popes, psicoanalistas o de cualquier escuela, no necesitan manuales. Concurren a los hospitales en pomposas visitas y hablan de temas sofisticados, despreocupados 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 tratado. "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 al potro de las terapias con eslóganes (*shibboleths*) que sólo son contraseñas de pertenencia a ciertos grupos o grupúsculos.

5. "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, 1926). La tentación nosografista acecha constantemente y corremos el riesgo de fascinarnos por abstracciones en vez de propender al conocimiento de lo singular. La nosografía es tan sólo un bosquejo. Y no puede eludir la comprensión de las causas de producción de los síntomas.

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 sólo 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".⁶ El sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica no tiene pertinencia. Es una clasificación *ateórica y descriptiva*. Ateórica porque no asume una posición ante las distintas teorías etiológicas y descriptiva porque sólo hace un inventario de síntomas.

La tuberculosis es una enfermedad causada por el bacilo de Koch. Un bacilo es una bacteria. Una bacteria es un microorganismo. Es estudiada y tratada por la medicina. La depresión es una enfermedad mental con una causa orgánica todavía desconocida o directamente sin causa orgánica, aunque paliable o modificable con fármacos. Es estudiada y tratada por la psicología y la psiquiatría. En este capítulo vemos que el DSM prefiere despreocuparse de su etiología. Distintas escuelas psicológicas, en cambio, postulan una etiología, es decir, una causa o un conjunto de causas, que no son orgánicas sino ambientales y psicológicas.

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 a 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

6. El trastorno mental es un síndrome o un conjunto clínicamente significativo, comportamental o psicológico, sobrevenido a un individuo y típicamente asociado a un síntoma de dolor (angustia) o a una disminución en al menos uno de los principales dominios del funcionamiento (incapacidad).

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 habla de validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un proceso patológico que se encuentra en su causa.

El DSM es un instrumento 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.

TRASTORNO DISTÍMICO (TD)

Se caracteriza por la presencia de un humor deprimido (o irritable en niños y adolescentes) que se mantiene durante la mayor parte del día y está presente casi todos los días. La presencia de sentimientos de tristeza o una disminución o pérdida de interés por las actividades cotidianas es esencial. La gravedad de los síntomas es menor que en el trastorno depresivo mayor, pero la ausencia de episodios bien diferenciados caracteriza al trastorno distímico.

La noción de distimia se debe al psiquiatra Hagop Akiskal. Postuló que en las depresiones crónicas lo específico no es tanto un conflicto en el que la irresolución explica la cronicidad, sino un carácter.⁷

7. Akiskal (1996) propuso una clasificación con cuatro tipos de depresiones crónicas. Un grupo formado por aquellas que aparecen después de los cuarenta años, que corresponden a episodios depresivos primarios que no remiten completamente. Un segundo grupo, de varia-

Para el diagnóstico de distimia deben estar presentes por lo menos tres de los siguientes nueve ítems: 1) baja autoestima o falta de confianza en sí mismo; 2) pesimismo o desesperanza; 3) pérdida generalizada de interés o capacidad para disfrutar; 4) retraimiento social; 5) fatiga o cansancio crónicos; 6) culpa; 7) irritabilidad o rabia excesiva; 8) disminución de la actividad; 9) dificultad para pensar (falta de concentración, mala memoria o indecisión).

Para el DSM-IV el diagnóstico de trastorno distímico requiere la presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1) pérdida o aumento de apetito; 2) insomnio o hipersomnia; 3) falta de energía o fatiga; 4) baja autoestima; 5) dificultad para concentrarse o tomar decisiones; 6) sentimiento de desesperanza.

Respecto a la CIE-10, los síntomas que definen el TD son muy similares a los del DSM-IV (insomnio, falta de energía o fatiga, dificultad de concentración, baja autoestima, pérdida de interés o capacidad para el placer, sentimiento de desesperanza), y entre los criterios empleados para investigación en la CIE-10 se requieren tres de once síntomas, entre los que se incluyen algunos no presentes en el DSM-IV (llanto frecuente, incapacidad percibida para afrontar las responsabilidades de la vida cotidiana y disminución de la locuacidad). Los síntomas se presentan en los siguientes porcentajes:⁸

ble edad de inicio, serían las disforias crónicas secundarias a otros trastornos psiquiátricos o a enfermedades médicas incapacitantes. Finalmente dos grupos que se inician a una edad temprana, a las que llama depresiones caracterológicas. Uno de ellos constituido por los trastornos del carácter. El último grupo lo denomina distimia subafectiva y consiste en una expresión de menor intensidad.

8. Sólo enumeraré las que tienen una frecuencia mayor del 50 %.

Baja autoestima	84 %
Pesimismo	77 %
Sentimientos de inadecuación	73 %
Aislamiento social	71 %
Pérdida de interés o placer	70 %
Falta de energía o fatiga	66 %
Indefensión	65 %
Irritabilidad/rabia	65 %
Descenso de rendimiento	62 %
Concentración disminuida	60 %
Autocompasión	59 %
Dificultad en la toma de decisiones	59 %
Pérdida de locuacidad	58 %
Sollozo/llanto	54 %
Insomnio	50 %

El humor distímico es reactivo y variable por diversas circunstancias. Reactividad que se expresa en sus fluctuaciones clínicas, que justifican la amalgama ansiedad-depresión frecuentemente presentes en estos pacientes.

Podemos confrontar el humor distímico con la tristeza melancólica, cuyas características son:

- 1) no reactiva al medio;
- 2) desvinculada del desencadenante, aun cuando en el primer episodio puede aparecer en un 50 %;
- 3) difusa y corporalizada;
- 4) psicofísica, ya que si bien se expresa a través de síntomas afectivos, como la tristeza y la desesperanza, se acompaña de trastornos de la esfera somática (pér-

- dida de peso, trastornos del sueño y psicomotores);
- 5) sensación de ruptura biográfica;
- 6) persistente, sin fluctuaciones del humor.

Otro aspecto diferencial entre el humor distímico y la tristeza melancólica es la anhedonia o disminución/pérdida de interés por las actividades de la vida cotidiana, incluso por las placenteras.

La asociación de TD y TDM (trastorno de depresión mayor) es tan elevada que para muchos autores no son dos trastornos diferentes sino una misma patología con diferencias más cuantitativas que cualitativas.

Distimia en DSM-IV	Depresión mayor en DSM-IV
Pérdida o aumento de apetito Insomnio o hipersomnia Falta de energía o fatiga Baja autoestima Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	

Ambos síndromes tienen estos síntomas en común y las celdas vacías dan cuenta de los síntomas en los cuales difieren.

El fracaso en la distinción de ambos trastornos tiene varias causas: 1) la rigidez nosológica que, amparada en una posición descriptiva y atórica, carece de un eje etiológico; 2) la adscripción a una categoría se hace desde la suma de síntomas; 3) no se han podido aislar síntomas específicos; 4) ambas categorías, TDM y TD, tienen una comorbilidad tan elevada, que hace sospechar una raíz común.⁹

9. "Estamos cada vez más obligados a concebir interferencias de

La psicoterapia en los TD adquiere especial relevancia si tenemos en cuenta que el 50 % de los pacientes no responde a la psicofarmacología y otros no son susceptibles de tratamientos farmacológicos por diversas razones. Recientemente se constató en varios estudios que la tasa de respuesta a la psicoterapia, sola o combinada con fármacos, se eleva al 70 %.

La distimia se caracteriza por: 1) no ser residual de un trastorno depresivo mayor; 2) un curso crónico de más de dos años de síntomas persistentes o intermitentes; 3) sintomatología leve; 4) inicio insidioso en la infancia o adolescencia.

En la distimia las manifestaciones depresivas se superponen con un carácter depresivo: personas habitualmente tristes, pesimistas, pasivas, escépticas, hipercríticas, quejas y autocríticas.

TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR (TDM)

Se trata de una categoría diagnóstica heterogénea basada en criterios descriptivos. Presenta uno o más episodios depresivos, sin episodios de manía o hipomanía. Los episodios depresivos se pueden subclasificar en únicos o recurrentes y melancólicos o no melancólicos. También se puede subdividir según la presencia o ausencia de síntomas psicóticos, rasgos atípicos, de inicio en el posparto o síntomas catatónicos.

Ciertos acontecimientos son responsables de desencadenar una primera depresión. Acontecimientos que implican pérdidas —de una persona significativa, de un lugar laboral o social, o de una imagen de sí mismo—, y cuando esas pérdidas entrañan humillación o indefensión son es-

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, 1993).

pecialmente nocivas. La depresión también puede ser provocada por cambios positivos (tener un hijo, progresar en el trabajo o formar una pareja).

Los episodios depresivos mayores aparecen tanto en la depresión mayor como en el trastorno bipolar. La clasificación del DSM-IV utiliza el término trastorno depresivo mayor para indicar un episodio depresivo presente al menos durante dos semanas y que se caracteriza por la presencia diaria de una serie de síntomas, uno de los cuales debe ser un descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer. Se subclasifican de acuerdo con su gravedad en: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos o grave con síntomas psicóticos. Aunque el síntoma afectivo nuclear es la tristeza, pueden aparecer otros estados emocionales, como la ansiedad o la irritabilidad. La disminución del interés o de la capacidad de obtener placer es la otra característica clínica fundamental. Estos dos síntomas pueden variar en intensidad y repercusión de acuerdo con el tipo y gravedad del cuadro depresivo.

Criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor

- a. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

- (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - c. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - d. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

- e. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Aunque el trastorno depresivo mayor puede darse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla y no la excepción. Después de un único episodio depresivo mayor, el riesgo de presentar un segundo episodio es de aproximadamente el 50 %; después del tercer episodio, el riesgo de un cuarto es aproximadamente del 90 %. Cada nuevo episodio tiende a presentarse más pronto y de manera más brusca, y suele incluir síntomas más graves. Los especificadores del DSM-IV se emplean para indicar si un episodio depresivo mayor ha remitido totalmente (es decir, no ha presentado síntomas al menos durante dos meses), parcialmente (se presentan algunos síntomas depresivos que no cumplen totalmente los criterios para hacer un diagnóstico de episodio depresivo mayor, o permanece sin síntomas durante menos de dos meses), o no ha habido remisión (un episodio depresivo mayor crónico). Los especificadores del curso longitudinal de este trastorno indican si los episodios depresivos mayores recidivantes remiten total o parcialmente entre episodios y si los episodios depresivos mayores están superpuestos a un trastorno distímico. Se puede realizar un diagnóstico de trastorno distímico cuando se da una remisión total de un episodio depresivo mayor durante al menos seis meses y a continuación sobreviene la distimia.

La evolución natural de un episodio depresivo mayor es de cinco a seis meses sin tratamiento, aunque un porcentaje no desdeñable puede evolucionar hacia la cronicidad.

Más del 60 % de los pacientes esquizofrénicos desarrollan síntomas depresivos. Una serie de datos ayudan en el diagnóstico diferencial: la edad de inicio, los antecedentes

familiares y, sobre todo, la clínica. El distanciamiento frío del contexto, el negativismo, los actos impulsivos, la hetero-agresividad, el aislamiento sin inhibición motriz y la aparición en edades jóvenes sugieren el diagnóstico de esquizofrenia. La existencia de enlentecimiento psicomotor, cogniciones depresivas y tristeza vital apoyan el diagnóstico de un cuadro depresivo.

Las tasas de suicidio llegan al 15 %.¹⁰ Se ha relacionado la distimia con el trastorno depresivo mayor, de tal manera que diferentes trabajos hablan de que cada año aproximadamente el 10 % de los sujetos con una distimia iniciarán una depresión mayor, constituyendo una "depresión doble".

Diversos estudios sugieren un riesgo de un 10-13 % para desarrollar una depresión mayor en un sujeto cuando uno de sus padres biológicos la ha padecido. Este porcentaje aumenta hasta un 20-30 % cuando los dos padres la padecieron. Los familiares biológicos de primer grado de los pacientes con trastornos depresivos mayores tienen dos a tres veces más probabilidad de desarrollar una depresión mayor. Los gemelos monocigotos tienen una posibilidad de concordancia diagnóstica del 50 %, superior a la constatada en gemelos dicigotos (10-25 %).

TRASTORNO BIPOLAR

Como dije anteriormente, quien introdujo el estudio longitudinal como elemento diagnóstico fue Emil Kraepelin, cuya obra *La locura maníaco-depresiva y la paranoia* (1921) marca un antes y un después en aspectos nosológicos del trastorno bipolar. Lo que distingue a los trastornos bipolares de los unipolares es la aparición de episodios de hipomanía o manía.

10. Véase el capítulo 8, dedicado al suicidio.

La definición del trastorno bipolar I se basa en la aparición de un episodio maníaco completo; cerca del 90 % de los pacientes con trastorno bipolar I también sufre de episodios de depresión mayor, pero éstos no son indispensables para hacer el diagnóstico. El trastorno suele comenzar con depresión y se caracteriza por la presencia de un período maníaco. La fase depresiva puede ser preludio de la manía o seguirle inmediatamente, o bien una y otra fase pueden estar separadas por meses o años.

El diagnóstico de trastorno bipolar II se hace en pacientes que no han tenido un episodio maníaco completo, pero que han presentado por lo menos un episodio de hipomanía y al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios depresivos alternan con fases de hipomanía.

La manía, a diferencia de la hipomanía, provoca un claro deterioro en las actividades sociolaborales, puede haber o no ideas delirantes e incluso alucinaciones. En los episodios hipomaniacos predomina un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Los síntomas son más leves que en la manía y no aparece sintomatología psicótica. La frontera entre la hipomanía y una exaltación de las emociones no patológica es, en ocasiones, difícil de trazar, especialmente en sujetos de alto nivel cultural o intelectual. Ciertos patrones de conducta (extrema sociabilidad, gran capacidad organizativa, decisión y empuje) se combinan con la expresión patológica del estado de ánimo.

La fase maníaca puede durar de días a meses e incluye los siguientes síntomas:¹¹

- Elevación del estado de ánimo
- Hiperactividad
- Incremento de la energía

11. Para una narración vivencial e ilustrativa de episodios maníacos remito al lector al capítulo 5, "Entre estrellas fugaces y un inquietante sol negro".

- Falta de autocontrol
- Autoestima elevada (delirios de grandeza, creencias falsas en habilidades especiales)
- Comportamientos precipitados y gastos compulsivos
- Incurrir en excesos de comida, bebida o consumo de drogas
- Promiscuidad sexual
- Poca necesidad de sueño

Los trastornos bipolares son cíclicos. La probabilidad de recaer en el curso del primer año tras un episodio agudo es de un 50 %, que se incrementa hasta el 70 % a los cuatro años y prácticamente hasta el 90 % a los cinco. La tasa de suicidios oscila entre un 10 % y un 15%.

Entre episodios, los pacientes con trastorno bipolar muestran un estado de ánimo depresivo y, a veces, actividad con un alto grado de energía; por otro lado, la perturbación de la actividad social es más corriente que en el trastorno unipolar. En el trastorno bipolar los episodios son más cortos (de tres a seis meses), la edad de comienzo más temprana, la forma de inicio de los episodios más abrupta y los ciclos (período de tiempo desde el comienzo de un episodio hasta el siguiente) son más cortos que en el trastorno unipolar. El carácter cíclico está especialmente acentuado en las formas de ciclos rápidos del trastorno bipolar (en los que suele haber cuatro episodios o más al año).

Si uno de los padres sufre un trastorno bipolar I, existe una probabilidad del 25 % de que algunos de los hijos sufra un trastorno del estado de ánimo; si los dos progenitores lo padecen, existe una probabilidad del 50 % al 75 %. Varios estudios han demostrado que la concordancia para el trastorno bipolar I entre gemelos monocigóticos oscila entre el 33 % y el 90 %. La concordancia entre dicigóticos oscila entre el 5 % y el 25 %.

Lejos ya de las hipótesis psicogénicas únicas del trastorno bipolar y los frustrados intentos de tratamiento exclusivamente psicoterapéutico, actualmente se reconoce

la relevancia de los factores psicosociales en el contexto de un modelo de vulnerabilidad genética sobre el cual ciertos acontecimientos, el entorno social y familiar, y la configuración subjetiva global actuarían elevando o rebajando el umbral de respuesta patológica a los duelos y traumas.

TRASTORNO CICLOTÍMICO

Los síntomas del trastorno ciclotímico se asemejan a los del trastorno bipolar, aunque son menos graves. En ocasiones, los síntomas pueden presentar la misma gravedad pero menos duración. Durante la mayor parte de los días los pacientes experimentan estados anímicos anómalos, incluidos síntomas hipomaniacos frecuentes, pero no reúnen los criterios completos de manía o de depresión mayor.

El trastorno ciclotímico suele ser precursor del trastorno bipolar II, pero también puede darse como una forma extrema de humor cambiante sin llegar a complicarse con trastornos mayores del estado de ánimo. En esos casos se alternan ciclos breves de depresión, acompañada de poca confianza en sí mismo, con períodos de exaltación o aumento del entusiasmo. En otra variedad predominan los rasgos depresivos de baja intensidad; en este caso, la tendencia bipolar se observa sobre todo en la facilidad con que los antidepresivos inducen exaltación o irritabilidad.

Una disposición ciclotímica contribuye al éxito de algunas personas en los negocios, a la realización de proyectos y a la creatividad, pero con mayor frecuencia produce graves perjuicios en las relaciones con los otros. Es probable que la inestabilidad ciclotímica se manifieste en forma de un historial escolar o laboral con altibajos, reiteradas rupturas de pareja y episodios de abuso de drogas o alcohol.

MELANCOLÍA

Kraepelin (1856-1926) diferencia la psicosis maníaco-depresiva de la demencia precoz. Leonhard (1979) diferencia las formas bipolares de las unipolares. Desde la aparición del DSM-III en 1980 se produce un cambio importante en la clasificación de las depresiones. Hasta este momento la clasificación de las depresiones unipolares giraba en torno del carácter biológico-constitucional que representa la melancolía frente a otras depresiones de naturaleza "psicosocial".

En el DSM-IV (1994) el trastorno depresivo mayor y la distimia ocupan el centro de la clasificación; se ha ido marginando a la melancolía y se abandona la perspectiva etiopatogénica (lo biológico *versus* lo psicológico) para enfatizar aspectos como la gravedad del cuadro (episodio depresivo mayor) o la duración del mismo (distimia).

Hasta hace dos décadas la melancolía tenía, bajo la denominación de depresión endógena, la connotación de un trastorno cuyo origen eran causas internas que predisponían hereditariamente al sujeto. Las connotaciones de depresión endógena son variadas: 1) no es precipitada por estrés; 2) su etiología es biológica; 3) no responde al ambiente externo; 4) responde a los tratamientos biológicos.

Las melancolías eran pensadas como abiográficas y biológicamente determinadas.

Sus características diferenciales son:

- 1) naturaleza constitucional-hereditaria;
- 2) historia familiar de trastorno afectivo;
- 3) constelación clínica específica:
 - a) trastornos cronobiológicos (mejoría vespertina, despertar precoz, inicio primavera-otoño);
 - b) tristeza vital, que el paciente identifica claramente como de una calidad diferente de la que experimenta ante un problema de la vida cotidiana;
 - c) anhedonia total;

- d) trastornos psicomotores;
- e) anorexia y pérdida de peso;
- f) ideas delirantes;
- g) mayor riesgo suicida;

- 4) ruptura biográfica, vivenciada como un corte, de manera que poco importan las circunstancias biográficas (excepto en el primer episodio), ya que la enfermedad irrumpe en su vida como un cuerpo extraño; sólo la remisión total del episodio le permite reencontrar las coordenadas de su biografía;
- 5) tendencia a las recurrencias;
- 6) respuesta a los antidepresivos.

La melancolía constituye un cuadro clínico caracterizado por una notable lentitud (de pensamiento y actividad) o agitación psicomotriz (por ejemplo, inquietud, retorcimiento de las manos, habla atropellada), pérdida de peso, culpabilidad irracional y pérdida de la capacidad para experimentar placer. El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, y su punto más bajo se da por la mañana.

7. DEPRESIONES ENMASCARADAS Y SUS EFECTOS SOMÁTICOS

Algunas enfermedades (los accidentes cerebro-vasculares, las cardiopatías, el cáncer, las anemias, la enfermedad de Parkinson, los trastornos hormonales y las infecciones virósicas) pueden llevar a una enfermedad depresiva.

Entre los pacientes deprimidos es muy frecuente el hipotiroidismo. En la mayoría de los casos se debe a tiroiditis. Parece existir una relación similar entre las cefaleas migrañosas y el trastorno depresivo mayor. Las enfermedades médicas que normalmente se asocian a la depresión son el síndrome de colon irritable, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la insuficiencia renal y las enfermedades autoinmunes.

Ya que los estados depresivos pueden aparecer a propósito de cualquier alteración somática, deben ser considerados, al menos, desde tres puntos de vista: a) como posible causa de los síntomas somáticos; b) como trastorno asociado o resultante de otra enfermedad médica; c) como factor que condiciona la evolución de la enfermedad médica.

• Como posible causa de los síntomas somáticos

En estos casos, la alteración del estado de ánimo no se expresa por medio de síntomas explícitamente psíquicos (tristeza, labilidad emocional o ideación depresiva), sino a

partir de alteraciones fisiológicas (anorexia, astenia, dolores musculares, cefaleas, insomnio, pérdida de peso), que ceden con el tratamiento antidepresivo. Cerca del 50 % de los episodios depresivos mayores no se detectan porque el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno. La alexitimia o incapacidad para expresar los sentimientos con palabras puede centrar la atención del paciente en los síntomas físicos de la depresión, como el insomnio, la disminución de la energía y los problemas de concentración, sin que el sujeto sea consciente de que está deprimido. Una disfunción física menor hace difícil distinguir una depresión mayor crónica de una hipocondría. El consumo de sustancias como forma de autotratamiento de la depresión puede ser más obvia que el trastorno del estado de ánimo subyacente.

Otros cuadros de depresión mayor que suelen estar enmascarados son los conflictos conyugales y familiares, el ausentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social y la falta de motivación. Estas depresiones reciben el nombre de *enmascaradas*. No está claro por qué la depresión se expresa más somáticamente en unos pacientes que en otros, pero es posible que una de las variables intervinientes sea el tipo de defensas utilizadas por el sujeto, ya que hay constancia de un predominio mayor de depresiones somatizadas en los pacientes que tienden a la negación, la hiperactividad y cierto control omnipotente del entorno. La idiosincrasia de estas personas les permite no discernir vivencias de indefensión y de fracaso hasta que las alteraciones somáticas empiezan a minar la eficacia de sus defensas ante problemáticas subjetivas.

- *Como trastorno asociado o resultante de otra enfermedad médica*

Aunque la epidemiología de la depresión entre los pacientes que acuden en busca de atención médica es difícil de establecer, se calcula que su prevalencia es del 10-14 % entre los pacientes hospitalizados y del 9-15 % en la

población ambulatoria. Estas cifras son superiores a las halladas en la población general (3,5-6,5 % de prevalencia).

- *Como factor que condiciona la evolución de la enfermedad médica*

Los estados depresivos comprometen la evolución de la enfermedad somática o influyen en su tratamiento eficaz, de manera que han de tenerse en cuenta a la hora de establecer un pronóstico. Así, por ejemplo, la mortalidad a los diez años de los pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral es 3,4 veces mayor si están deprimidos que si no lo están, y la mortalidad entre los pacientes con enfermedades que amenazan la vida (infarto de miocardio, hemorragia subaracnoidea, embolia pulmonar y hemorragia digestiva alta) oscila alrededor del 47 % en los que están deprimidos y del 10 % en los que se han mantenido eutímicos.

A continuación veremos la relación entre la depresión y algunas enfermedades:

- *Depresión y enfermedad coronaria*

Las relaciones entre las depresiones y la enfermedad coronaria son bidireccionales y se han identificado en la clínica desde mucho antes de que se constataran con estudios epidemiológicos retrospectivos y prospectivos. Por un lado, los estados de tensión, extenuación y tristeza *duplican* las posibilidades de presentar un accidente coronario; y la irritabilidad, el agotamiento y los deseos de muerte resultaron ser los ítems *más predictivos* de infarto en el estudio más importante que se ha llevado a cabo hasta la fecha.

Por otra parte, se calcula que alrededor de un 30 % de los pacientes con infarto de miocardio presentan sintomatología depresiva de relevancia clínica, y que ese estado depresivo asociado constituye un factor de riesgo que incrementa la mortalidad. El tratamiento de los estados depre-

sivos debería ser obligatorio en los protocolos cardiológicos de seguimiento postinfarto. Por lo demás, parece que no todos los estados depresivos determinan los mismos riesgos, ya que el riesgo de accidente coronario y la probabilidad de muerte por fracaso cardíaco es mayor entre los pacientes depresivos con sintomatología ansiosa y hostil.

• *Depresión y dolor crónico*

Las relaciones entre el dolor y la depresión también son bidireccionales. El dolor es una *experiencia emocional* y como tal está sobredeterminada. La experimentación de estímulos sensoriales desagradables, la inactividad, el aislamiento social y la percepción de la indefensión que genera el dolor crónico fácilmente conducen a depresiones que, a su vez, disminuyen el *umbral* doloroso y la *tolerancia* al dolor. Está epidemiológicamente demostrado que los pacientes deprimidos presentan más dolores inespecíficos y escasa respuesta a los tratamientos analgésicos paliativos. Algunos autores postulan que hay formas de dolor crónico que son variantes clínicas de la depresión.

• *Depresión y cáncer*

Aunque el diagnóstico de neoplasia es uno de los acontecimientos más temidos, el estudio riguroso de sus efectos sobre la subjetividad de los pacientes se remonta a poco más de una década. Es posible que en este descuido haya influido el prejuicio fatalista de aceptar como "lógico y natural" que los pacientes neoplásicos se depriman.

Puede afirmarse que casi la mitad de los pacientes con diferentes neoplasias ha pasado, está pasando o va a pasar por estados depresivos de duración e intensidad variables. La aparición de estos estados depresivos parece depender de variados factores. Uno de ellos es el tipo de tumor, otro es la existencia de antecedentes psiquiátricos y la falta de apoyo social, y otros derivan de la modalidad personal que utiliza el paciente para afrontar la enfer-

medad. Cabe señalar el valor protector de los *mecanismos de negación*, cuyo uso está asociado con una morbilidad psiquiátrica menor en el transcurso de la evolución de la enfermedad, como también ocurre en los pacientes con infarto de miocardio. Por lo tanto, no hay que entender la negación sólo como respuesta neurótica, sino como una operación psíquica que forma parte de mecanismos de defensa necesarios. La constatación epidemiológica de que el uso de mecanismos de negación se asocia a una mejor evolución a corto plazo va reñida con los hábitos de la moderna medicina defensiva, que propone informar al paciente incluso de lo que no quiere saber, con el fin de evitar reclamos legales.

• *Depresión y enfermedades gastrointestinales*

Las manifestaciones gastrointestinales de los estados depresivos son muy variadas (anorexia, disfagia, dispepsia, meteorismo, diarreas, estreñimiento, etc.). Los sujetos con alteraciones gastrointestinales tienen muchas más probabilidades de haber padecido episodios depresivos previos que los controles sanos, y en los pacientes con colon irritable la prevalencia de depresión mayor (29 %) es mucho más alta que en pacientes con otros diagnósticos médicos. Hay estudios que detectan una prevalencia de colon irritable entre los pacientes distímicos muy superior a la que se observa entre otros pacientes que acuden al médico general (59,3 % frente al 1,8 %).

8. DEPRESIONES Y SUICIDIO

Si bien trastornos psíquicos diferentes pueden culminar trágicamente en el suicidio, éste se asocia de manera predominante con las depresiones.

Además de describir los factores sociales implicados en el suicidio, los estudios epidemiológicos han demostrado que el 90 % de los suicidios consumados se da en pacientes con trastornos psiquiátricos en el momento de su muerte. Casi el 50 % está afectado por una forma u otra de depresión. Un pequeño porcentaje se da en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, un desastre económico o una pérdida de estatus social. También existe una alta incidencia de suicidios en pacientes no psiquiátricos con enfermedades terminales (5 % del total).

Aproximadamente el 10 % de los pacientes con esquizofrenia consuma el suicidio a edad temprana (media: 33 años). Los de mayor riesgo son los que se encuentran en remisión y sin síntomas psicóticos, pero que siguen deprimidos y han llegado a la conclusión de que su vida no será diferente. El riesgo de suicidio en la esquizofrenia, al igual que en otros trastornos, es máximo durante el período posterior a la hospitalización. La incidencia de suicidios consumados en los pacientes con trastorno límite de la personalidad es del 3 % al 8 %. Por lo tanto, el porcentaje global de suicidios en este grupo es inferior al de los pacientes

con trastornos afectivos, abuso de sustancias o esquizofrenia.

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes en salud pública. En una revisión de lo acaecido en 201 países, publicada por la OMS en 1990, puede apreciarse cómo aproximadamente 808.000 personas se suicidan al año en el mundo, cantidad similar a la de personas fallecidas en accidentes de tránsito (856.000) y superior a la de muertes causadas por los conflictos bélicos durante idéntico período (322.000).¹

Sin embargo, esas cifras sólo representarían la punta de un iceberg, ya que, según datos de la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo cometen algún tipo de conducta suicida que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en peligro de manifestar este tipo de comportamientos, aunque no reclamen atención.

Un intento de suicidio puede ser la primera señal de alarma de una depresión cuando otras han pasado inadvertidas: la tristeza, el enlentecimiento psicomotor, la falta de apetito, etc.

Los profesionales que atienden a depresivos pueden salvar a muchas personas del suicidio ya que el diagnóstico de depresión generalmente no ofrece grandes dificultades y el potencial suicida en las depresiones es muy alto. Además de las medidas de contención y vigilancia del paciente, existen tratamientos eficaces.

El proceso suicida suele atravesar tres fases:

1. Diversos estudios arrojan resultados similares. Entre 10 y 20 millones de personas intentan suicidarse cada año. Casi un millón lo logra. En los Estados Unidos alguien se suicida cada diecisiete minutos. En 1995 murieron más jóvenes por suicidio que por sida, cáncer, apoplejía, neumonía, influenza, defectos congénitos y enfermedades cardíacas sumadas. Algunos autores estiman que se producen aproximadamente 20 intentos por cada suicidio consumado.

- a) Aparición de la *idea suicida*. Tiene lugar ante una situación conflictiva o un estado de humor deprimido o ansiedad.
- b) La fase de *duda*, que es de duración variable. El individuo pasa de la idea a la posibilidad de llevar a cabo la idea.
- c) En la fase de *decisión* tienen lugar los preparativos para pasar al acto.

En los impulsivos la fase de duda puede ser muy breve, mientras que en los depresivos suele ser larga.

Se han descrito múltiples motivaciones (finalidad e intencionalidad) que pueden, en un momento dado, llevar al individuo a un intento de suicidio. Entre las más frecuentes encontramos:

1. Desesperación por no alcanzar ciertas metas u objetivos, lo que se vive como un fracaso irremediable.
2. Conducta de huida ante ciertas situaciones.
3. Intento de llamar la atención.
4. Una forma de chantaje a otras personas.
5. No se encuentra sentido a la vida. El vivir es penoso, doloroso e irresistible, y se considera que el suicidio es la única solución. Es típico de las depresiones graves.
6. La soledad y el aislamiento son un motivo frecuente en personas de edad avanzada.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL SUICIDIO

Hay una serie de factores relacionados con el suicidio, además de la gravedad de la depresión, que hay que tener en cuenta al valorar el potencial suicida de un paciente. La edad, el género y la salud (enfermedades crónicas o incurables) influyen en el proceso suicida. Los pacientes de

menos de 45 años tienen un riesgo bajo comparado con los de más de 45 años.

Los intentos son más frecuentes en las mujeres, mientras que la consumación es más probable en los varones. Las tentativas son más frecuentes en los jóvenes (con menos de 35 años), mientras que la consumación es más frecuente en personas mayores de 65 años. Sin embargo, la tasa de suicidio en adolescentes entre 1960 y 1980 ha aumentado de dos a tres veces.

Los trastornos fronterizos así como el abuso o la adicción a sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, favorecen la conducta suicida. Las situaciones conflictivas de pareja o familiares, los duelos, el aislamiento social, la pérdida del estatus socioeconómico aumentan el riesgo suicida. También la religión influye sobre el potencial suicida del paciente deprimido. La tasa de suicidio en los Estados Unidos es análoga a la de países como Gran Bretaña y Canadá. Alemania, Escandinavia, Europa del este y Japón tienen las tasas más elevadas, mientras que las tasas más bajas se encuentran en los países católicos (Italia, España e Irlanda).

Otro factor a considerar es la disponibilidad de las herramientas necesarias. Los métodos de las tentativas tienden a ser de baja letalidad (por ejemplo, el intento de ingerir un número de pastillas inferior a la dosis mortal en comparación con métodos altamente letales, como las armas de fuego o el ahorcamiento). El entorno también diferencia las tentativas de las consumaciones. El paciente que lleva a cabo el intento en su casa o en otro lugar donde puede ser descubierto contrasta con el que escoge un entorno aislado en el que las posibilidades de rescate son escasas.

En las fantasías de suicidio coexisten ciertos factores: a) sentimientos de desesperanza o impulsividad elevada, b) trastorno psiquiátrico y c) acontecimientos vitales.

Dos elementos centrales en los intentos de suicidio son la desesperanza y la desesperación. Sin ser específicas de

las depresiones, pueden acompañar a otros síndromes: esquizofrenia, trastornos de ansiedad y enfermedades médicas. Así como la vergüenza y la humillación son factores que en ocasiones subyacen al suicidio.

Para ubicar al suicidio en un contexto psicodinámico, los clínicos deben entender la naturaleza del evento precipitante, las motivaciones conscientes e inconscientes y las variables psicológicas preexistentes.

Los traumas y duelos más frecuentes son: 1) el conflicto, la separación y el rechazo; 2) problemas económicos, y 3) enfermedades médicas. Los conflictos interpersonales, las separaciones y el rechazo son los factores estresantes que predominan en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque éstos siguen siendo importantes en la etapa media de la edad adulta, los problemas económicos son el factor principal para el grupo con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años. En pacientes con más de 65 años, las enfermedades desempeñan un papel protagónico y son el factor más frecuente en los mayores de 80 años.

La tasa de suicidios aumenta en pacientes mayores de 65 años. Inciden factores como el aislamiento social, la pérdida del cónyuge, la inestabilidad económica y el tratamiento inadecuado de las depresiones. Las características de esta población, incluyendo la depresión enmascarada (múltiples quejas somáticas o temores sin fundamento de padecer una enfermedad somática) y la seudodemencia (disminución ficticia de la capacidad cognitiva por un trastorno depresivo primario) hacen que muchas veces la depresión pase inadvertida.

La manera más eficaz de prevenir la conducta suicida es la detección precoz de la depresión, instaurando un tratamiento adecuado y evaluando el potencial suicida del paciente. Si éste es elevado, se deben tomar las medidas de contención correctas, como la internación psiquiátrica o domiciliaria.

SUICIDIO Y DEPRESIONES

Las depresiones constituyen la categoría diagnóstica más frecuente entre las personas que se suicidan. Aproximadamente el 15 % de los pacientes acabará consumando el suicidio. La mayor parte de los estudios de suicidios en las depresiones no establecen diferencias entre sus distintas formas o si están asociadas a otras patologías psiquiátricas, como puede ser el abuso de alcohol u otras drogas, y no consideran otros factores que inciden en el suicidio. La tasa de suicidio entre los sujetos con trastorno distímico es difícil de estimar, dada la imprecisión del diagnóstico.

La más alta incidencia de suicidios se presenta en el trastorno depresivo mayor, así como en la fase depresiva de la forma bipolar. En un estado de ánimo eufórico, en cambio, no suelen presentarse pensamientos autoagresivos, pero a veces la exaltación, al minimizarse la auto-crítica, puede llevar a un accidente mortal.

En las depresiones melancólicas donde predominan los pensamientos de tipo obsesivo y las ideas delirantes (culpa, ruina o hipocondría), el riesgo suicida es muy alto.

Múltiples estudios demuestran que un porcentaje elevado de pacientes depresivos que se suicidaron había consultado con un médico, muchas veces psiquiatra, en los seis meses anteriores al suicidio.

El riesgo suicida se halla presente en la depresión mayor en todos los momentos de su evolución. No obstante, existen períodos que parecen más propicios para la instauración de una ideación suicida. Así, la mayoría de los pacientes cometen el suicidio en las fases tempranas. Los momentos clave son el comienzo y el final de cada episodio depresivo, y el momento de mayor riesgo, los meses después de haber sido dados de alta del hospital.

En la depresión, muchos quieren morir para salir de la situación en que se encuentran atrapados y liberarse de la aflicción. Para desear matarse, sin embargo, hace falta un nivel adicional de pasión y cierta capacidad de ejercer

violencia sobre uno mismo. El suicidio no es producto de la pasividad, sino de la acción. Requiere energía y voluntad, además de la convicción de que el mal momento presente no acabará nunca y, como mínimo, una pizca de impulsividad.

Aproximadamente el 15 % de los pacientes depresivos cometen suicidio, y esto convierte a la depresión en una de las enfermedades más letales. Numerosos estudios que apoyan estas conclusiones se basan en resultados epidemiológicos extraídos de una mezcla de poblaciones tratadas y no tratadas. Hay abundante evidencia clínica de que la tasa de suicidios de la población que recibe tratamiento es inferior al 15 %. El trastorno depresivo mayor tiene un riesgo de suicidio 20 veces mayor al de la población general, así como los pacientes bipolares tipo I tienen un riesgo 15 veces mayor.

SUICIDIO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

La dependencia de sustancias (alcohol o drogas) aumenta hasta cinco veces el riesgo de suicidio. Aunque el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia, la mayoría de los suicidios se dan en personas que abusan de múltiples sustancias. Después de las depresiones, la dependencia de sustancias constituye el diagnóstico más frecuente en las personas que cometen suicidio.

El trastorno depresivo y el abuso de sustancias constituyen una combinación especialmente letal. Además, el riesgo de suicidio que comporta la dependencia del alcohol se ve aumentado con la intoxicación alcohólica aguda. El alcohol y otras sustancias pueden producir desinhibición, por lo que actúan como precipitantes del suicidio. Además, la desinhibición y la escasa capacidad de juicio asociadas al estado de intoxicación pueden provocar comportamientos de alto riesgo, como accidentes de tránsito y sobredosis.

En la evaluación de la ideación o la conducta suicida el clínico considera los rasgos demográficos mencionados

antes. También se tiene en cuenta el entorno personal y familiar del paciente, valorando el estado médico y psiquiátrico actual, se determinan sus logros y conflictos psicosociales y se consideran sus respuestas a tratamientos previos.

Al confeccionar la historia clínica de un paciente, debe investigarse la presencia de un plan suicida, prestando especial atención a los pasos realizados para poner en práctica dicho plan, así como evaluar su potencial letal. Hay que valorar la disponibilidad de medios, desde el almacenamiento de medicación hasta el de armas de fuego.² Debe preguntarse si el paciente ha realizado alguna acción específica para preparar su muerte, como la compra de un arma, hacer un testamento o regalar objetos de valor. También es importante indagar la presencia de otros síntomas asociados a un riesgo elevado de suicidio. Entre ellos se encuentran los síntomas delirantes, la anhedonía, la desesperanza y una intensa ansiedad.

Es fundamental obtener los antecedentes de tentativas suicidas, así como de violencia e impulsividad. Además, debe valorarse la presencia de adicción. Hay que determinar la motivación para buscar ayuda en general y tratamiento psiquiátrico en particular.

A continuación detallamos las recomendaciones de la OMS para realizar una correcta evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato y en el paciente que ha realizado un intento de suicidio reciente.

Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:

1. Ideación suicida (esporádica vs. persistente).
 2. Determinación (el suicidio es una posibilidad o ya ha decidido firmemente suicidarse).
2. Aquellos países en los que el suicidio por armas de fuego es un hecho ampliamente extendido, como por ejemplo los Estados Unidos, deben hacer mayor hincapié en este punto. En este país el 60 % del total de suicidios se realiza con armas de fuego, siendo este método más utilizado en los varones.

3. Plan suicida (cuanto más desarrollado esté el plan, mayor es el riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
4. Soledad (la falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).
5. Alcohol (su consumo limita la capacidad de autocontrol del individuo y puede favorecer la conducta suicida).
6. Dificultades sociales (la marginación, el desempleo o la falta de expectativas incrementan el riesgo; son especialmente preocupantes aquellos enfermos que dejan de sentirse identificados con la sociedad en que viven y sus valores -anomia-).

Evaluación de un paciente con un intento suicida reciente:

- ¿Fue peligroso el método elegido?
- ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método elegido?
- ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
- ¿Había posibilidades de que fuera descubierto? ¿Sintió alivio al ser salvado?
- ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o sólo quería morir? ¿Se trataba de un intento impulsivo o planeado?
- ¿Han cambiado las circunstancias psíquicas y vitales que determinaron el intento?

TRATAMIENTO DEL PACIENTE SUICIDA

La conducta suicida es un síndrome. Como tal, al tratarla es importante considerar la singularidad del paciente. Para el paciente la alianza con el clínico puede ser su único nexo de unión con la vida. Ambos deben llegar a un acuerdo con respecto a cursos de acción a partir de esta alianza. Si no existen suficientes garantías en la situación ambulatoria, debe considerarse la hospitalización. También es necesario

limitar el acceso del paciente a métodos potencialmente autodestructivos (entre los que se encuentran los fármacos antidepresivos).

No existe una terapia "específica para el suicidio" y los clínicos son cada vez más conscientes del valor de la integración de las diferentes corrientes terapéuticas (la de orientación psicoanalítica y la cognitiva).

En 1995, Gabbard dijo que "salvar al suicida era más importante que salvar la pureza teórica". Creo que teóricamente eso no es muy correcto. ¿Por qué no sería teórico salvar al suicida? Por otra parte, "salvar la pureza teórica" implica que todos los hechos son respondidos cabalmente por alguna teoría, y todos sabemos que no es así.

TERCERA PARTE

Tratamiento de las depresiones

9. TERAPIA PSICOANALÍTICA

No en una sino en varias acometidas, hemos situado la noción de depresión para este libro. *Situar una noción* es ponerla sobre el tapete, sobre la mesa de juego. La hicimos jugar. Nos jugamos haciéndola. *Situar una noción* es ponerla sobre la mesa de operaciones, pero no en la del cirujano sino la mesa virtual de las operaciones teóricas, es decir, en el campo del pensamiento, pero sin fijarla, dejando que cambien el mapa y la cartografía. Es fijar ordenadas y coordenadas en el trayecto teórico, que también es un viaje, donde Colón a veces se confunde y cree reencontrar lo conocido (las Indias) cuando se trata de algo nuevo (América).

Como soy psicoanalista, quizá no haya podido evitar algunos prejuicios de escuela a la espera de que los lectores o autores de otras escuelas los refuten y pueda (o no) ajustar mi posición.

Como también soy psiquiatra, he situado el tema de las depresiones desde el punto de vista psiquiátrico.

Y yo mismo estoy situado en tanto autor, como todo autor, lo reconozca o no. Situado por mi trayectoria. Una trayectoria es un magma del que se puede decir bastante: actualiza amores y odios con la clínica, con los textos, con el propio análisis, con la historia propia. Una trayectoria no es una mansa y dogmática creencia. Tampoco una elec-

ción hedónica, ni menos una elección fatalista, determinada por un primer *imprinting*.

LA HERENCIA: LASTRE O PATRIMONIO

Científicos, filósofos, etc., todos heredan. En el legado se reciben objetos valiosos y trastos viejos. Se heredan propiedades y hasta empresas. No se trata de administrar un patrimonio sino de ponerlo a producir. Para lo cual, en la vida y en la teoría, hay que abandonar la fascinación.¹ “La idea de herencia implica no sólo reafirmación y doble exhortación, sino a cada instante, en un contexto diferente, un filtrado, una elección, una estrategia. Un heredero no es solamente alguien que recibe, es alguien que escoge y que se pone a prueba decidiendo” (Derrida, 2001). Heredar teorías exige definir sus principios, sus métodos, dando cuenta de sus fuentes, sus referencias conceptuales, sus fundamentos y sus finalidades. Heredar es efectuar una lectura problemática, histórica y crítica, diferenciando entre la historia caduca y el pasado actual (los conceptos aún válidos).

“La discreta resignación de muchos discursos analíticos se asemeja más a la tolerancia senil de la decadencia que a la madurez crítica [...]. Si la asunción de una herencia implica trabajar para ganársela, no es tarea menor separar de ella lo inservible, lo que hace obstáculo a su despliegue

1. Umberto Eco (1987), ante la pregunta de cómo reflexionar sobre un pensador del pasado, responde: “Tomar en serio todo lo que ha dicho es como para abochornarse. Ha dicho, entre otras cosas, un montón de estupideces. Honestamente: ¿Hay alguien que sienta que vive como si Aristóteles, Platón, Descartes, Kant o Heidegger tuvieran razón en todo y para todo? [...] Cada uno ha tratado de interpretar sus experiencias desde su punto de vista. Ninguno ha dicho la verdad, pero todos nos han enseñado un método de buscar esta verdad. Esto es lo que hay que entender, no si es verdad lo que dijeron, sino si es adecuado el método con el que han tratado de responder a sus interrogantes”.

pleno, sabiendo que quienes nos hicieron el legado intentaron darnos lo mejor, pero no pudieron dejar de concebir lo mejor en términos de la época que les tocó vivir y de la historia que los marcó. En la necesaria combinación entre la filiación —que siempre se establece sobre la base del amor— y la capacidad crítica —que no implica destrucción sino des- construcción— reside el futuro de toda herencia” (Bleichmar, 2006).

No pocas veces la devoción a un autor produce cierta abulia que sólo sirve para glosar la obra sin arriesgar nada propio. Eso no es el “volver a pensar” de Bion. Eso es rumiar. “En la obra de la ciencia sólo puede amarse aquello que se destruye, sólo puede continuarse el pasado negándolo, sólo puede venerarse al maestro contradiciéndolo [...]. Una cultura detenida en un período escolar es la cabal negación de la cultura científica” (Bachelard, 1948).

¿Cómo producir un pensamiento anclado en la clínica capaz de desafiar consensos establecidos? Lo inquietante de las parroquias analíticas son sus encierros. Los adeptos no se interesan por las investigaciones de otras escuelas ni siquiera para rebatirlas. Un “adepto” se adhiere a una doctrina y establece una relación privilegiada con su grupo, separándose de su mundo habitual. Esa dependencia requiere un tipo de pertenencia particular y una modalidad relacional que supone regresiones varias. Diluye su singularidad en una identidad grupal: un microcosmos que posee un lenguaje, ritos y jerga.²

De noche, todos los gatos son pardos. Dicho de otro modo: la denominación “psicoanálisis” reúne prácticas heterogéneas. Lo “ortodoxo” ya no acerca a los psicólogos del yo y a los franceses.³ Los kleinianos, que se consideran baluarte

2. “Quien domina la jerga no necesita decir lo que piensa, ni siquiera pensarlo rectamente, de esto lo exonera la jerga, que al mismo tiempo desvaloriza el pensamiento” (Adorno, 1992).

3. ¿Cómo no desconcertarse ante la diversidad de los grupos que se autodefinen como psicoanalistas? Se puede ver el efecto combinado de la

del encuadre freudiano, no son considerados ortodoxos por el resto. Los lacanianos –que sostenían, en sus comienzos, un “retorno a Freud”– se alejan cada vez más de la técnica freudiana. Proliferan las descalificaciones: “ortopédicos y conformistas” (a los norteamericanos); “maternaje abusivo” (a los ingleses); “culto a la desesperanza” (a los lacanianos) y “alejamiento de la práctica” (al resto de los franceses) (Hornstein, 2003).

Si el psicoanálisis no es una reliquia y es contemporáneo, avanza. Avanza porque, desafiando los límites de lo analizable, pone a trabajar nuevos territorios, entre ellos, el de las depresiones. Abordar las depresiones es ponerse al día y dejar atrás la disociación entre teoría y prácticas (en plural). Mis colegas, sobre todo los más jóvenes, estaban yendo “al Polo con ropas de verano”,⁴ poco preparados para afrontar la clínica actual y sus apremiantes demandas.

EL PSICOANALISTA Y SU DIAGNÓSTICO

No somos robots que tratamos igual a todos los pacientes, ni una etiqueta nosográfica pone en marcha un programa específico. La nosografía es útil en tanto se constituya en una herramienta de penetración en la complejidad de la clínica y no en una sustitución generalizante.

influencia de los principales autores, de tradiciones culturales locales y de la modificación de las estructuras clínicas de los pacientes que ahora recurren al psicoanálisis. Hace algunos años la pregunta era: ¿un psicoanálisis o varios? Tendríamos que reconocer que el psicoanálisis hace cohabitar diversos modelos a pesar de las contradicciones que los oponen. “Veo la presente condición del pensamiento psicoanalítico en un estado de perplejidad, y me pregunto cómo podemos salir de esta situación” (Green, 2002).

4. “Cuando lanza a los jóvenes en medio de la vida con una orientación psicológica tan incorrecta, la educación se comporta como si se dotara a los miembros de una expedición al Polo con ropas de verano y mapas de los lagos de Italia septentrional” (Freud, 1930).

Mientras esperamos un acuerdo siquiera mínimo entre biologicistas y psicologistas, cada profesional tiene un diagnóstico para cada paciente. Y el psicoanalista tiene el suyo. El mío no es psicologista porque incluye el cuerpo y a veces el tratamiento farmacológico.

Cada profesional también tiene su pronóstico, su “conocimiento anticipado”, esa prognosis de la jerga médica y meteorológica. Y el clima suele rebelarse y revelarse como imprevisible.

Después de unas entrevistas, el psicoanalista cree saber qué tipo de tratamiento es el más conveniente para ese paciente, que es único, parecido a otros pero singular. Y comunica esa decisión a la persona. Ésta tiene que estar de acuerdo, a diferencia de un tuberculoso o de un implicado en un caso judicial, que son obligados por la ley a iniciar un tratamiento. No hay tratamiento más “negociado” que el psicoanálisis, donde está en juego la libertad personal.

El paciente puede decir que no y el analista puede decir que no, o sea, decidir que él no es el analista adecuado para esa persona. En esas charlas con el consultante intentamos prever nuestra capacidad de llevar adelante una relación transferencial, especialmente si es un depresivo. No es posible hablar de límites de analizabilidad sin hablar de los límites del analista. Su experiencia, su orientación teórica, entre otros factores, facilitarán o trabarán la escucha singular de este “analizado”.⁵

5. Analizado: definir al individuo en análisis ha generado interminables controversias. Así como “el orden médico” ha sido cuestionado, es útil reflexionar sobre el “orden psicoanalítico” y sus determinaciones corporativas. Revisar las apelaciones diversas a los “consultantes” es ilustrativo. El término “caso” busca sancionar una objetividad referida a la nosografía que hace desaparecer al sujeto en provecho de la categoría psicopatológica: “enfermo” hace aparecer una dicotomía entre lo normal y lo patológico; “cliente” revela demasiado lo prosaico de la inserción profesional; “paciente” –en apariencia más neutro– evoca una suerte de resignación pasiva de espera de cuidados que le serán prodigados. La tendencia actual es llamarlo “analizando” o “analizante” –que tiende

Existe un contrato "clásico". Lo que no existe es un contrato infalible. Una técnica única e invariable aumenta el número de los *inanalizables*, "analizables" por otra técnica.⁶ Hay personas que, dados sus beneficios secundarios, o sus modalidades transferenciales, o su carencia de vida fantasmática, o sus limitaciones para simbolizar, o sus monopólicas actuaciones o somatizaciones, no estarían en condiciones de beneficiarse de un análisis estándar.⁷

Sobre la base de la teoría de la complejidad y su noción de "sistemas abiertos", he postulado (Hornstein, 2003) el psiquismo como sistema abierto. A tal psiquismo no puede sino corresponderle un contrato abierto. Suponer que un contrato⁸ puede ser infalible implica varias ideas erróneas. Una idea errónea es suponer que las ideas sobre las cosas son las cosas. Otra, que las cosas no cambian. Otra, que las ideas no cambian. Otra, que el psicoanalista es infalible.

El contrato abierto no es perfecto. Pero sí es el mejor contrato que podemos ofrecer, como psicoanalistas contemporáneos, a nuestros pacientes, sustentado en una actualización constante, que por supuesto no consiste en cambiar de opinión según los vientos de la moda, sino en nuestros atravesamientos por lecturas y prácticas.

Por suerte, los contratos son más "elásticos" que lo que se dice. Porque si un contrato fuera rígido, si no fuera irresponsable sería ridículo. Es irresponsable no socorrer a alguien pudiendo hacerlo. Es ridículo presentar como

a sustituir a analizado—y que subraya el carácter activo del que—desde el diván—es el protagonista casi único del trabajo analítico. Cada uno de estos términos condensa múltiples significados ideológicos (Hornstein, 2000).

6. Analizables o terapeutizables. La palabra me tiene sin cuidado.

7. Freud lo vio con el oro y el cobre. Lo que no hizo es una teoría del cobre (Lerner, 2001).

8. No está de más copiar la definición de "contrato". Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas.

actuales ciertas ideas acerca de la inanalizabilidad. Para usar una palabra vieja, se trata de evitar los escotomas.⁹

Cuando se idolatran los estándares, cualquier cambio en el contrato parece amenazante. El psicoanálisis "puro" u "ortodoxo", defensivamente, convierte las diferencias en deficiencias, en "debilidades". ¿Había que esperar a la teoría de la complejidad para darnos cuenta de que la débil es la posición de rechazar sin pensar, de no escuchar lo que pasa? La diversidad de dispositivos analíticos exige teorizar apuntalándose en esa multiplicidad sin pretender una técnica monocorde.

Cuando hay que abogar, abogo. Abogo por un "psicoanálisis de frontera", que conquista territorios. Lucho contra un "psicoanálisis retraído", soberbio, que actúa como si no hubiera nada importante que aprender, que a lo sumo basta repasar lo ya-dicho o lo ya-escrito.

Lo sabemos: el psicoanálisis "puro", "ortodoxo" o "clásico" es reduccionista.¹⁰ Sólo cree que unos pocos son aptos para el análisis. Y ese psicoanalista tiene la pretensión de ser "objetivo", espectador de un proceso que se desarrolla según etapas previsibles. A ese psicoanálisis rígido se lo presentó como una ortodoxia del heterodoxo Freud. Una "idealización" retrospectiva, sin asidero ni en sus textos ni en su práctica, como se adivina en las citas de este libro.

¿Es posible retacear o extirpar el compromiso afectivo del psicoanalista? La pregunta exige varias respuestas.

9. Zona circumscripita de pérdida de visión, debida generalmente a una lesión en la retina.

10. Confiesa Barthes (1978): "Es en efecto cuando divulgo lo privado de mí mismo cuanto más me expongo", pero lo privado cambia según la doxa a la que uno se dirige. Barthes diferencia: "si es una doxa de derecha es lo privado sexual lo que más lo expone a uno; pero sí es una doxa de 'izquierda', la exposición de lo sexual no constituye una transgresión; lo privado—en este caso—son toda una serie de rasgos burgueses que "contradicen lo que puede ser dicho, lo que se espera que uno diga". ¿Qué es lo inconfesable?, ¿y en relación con cuáles doxas?

Freud no trabajaba con todos los pacientes de la misma manera. Es decir, innovaba.

El psicoanálisis (freudiano y posfreudiano) "ortodoxo" se contracturó, produjo tics, rictus. El psicoanálisis fue esclavo de criterios formales: un mínimo de sesiones por semana, el uso del diván y un analista silencioso y limitado a interpretar. Responder a las preguntas del paciente, sostener una corta conversación amigable, dar la mínima información personal estaba vetado.

¡Qué paradoja! Una teoría alguna vez acusada de corromper las costumbres se había refugiado en una técnica estereotipada y aséptica para no reconocer su impotencia ante ciertos pacientes. Sin embargo, hace mucho que algunos analistas se permiten disidencias o, mejor dicho, trabajan con modalidades técnicas variables. Y otros, que suelen ser los mismos, se permiten pensar. ¿Por qué debería haber una cantidad fija de sesiones semanales? ¿Cómo se demuestra que una sesión semanal no sirve para nada? ¿Los pacientes son todos iguales? ¿El diván será para todos lo mejor? Y, yendo más a los estilos, a veces es eficaz un estilo activo, ocasionalmente de confrontación. A veces uno expresivo. A veces uno más silencioso e interpretativo. Con determinado enfoque un paciente se siente seguro y "contenido" y otro se siente amenazado.

Clásico es Cervantes. La palabra "clásico" intimida. ¿Qué se entiende por análisis "clásico"? ¿Un análisis que limita la implicación del psicoanalista? "Mediante su implicación subjetiva el analista multiplica potencialidades y disponibilidades en la escucha proporcionando una caja de resonancia (historizada e historizante) a la escucha" (Hornstein, 1993). No está claro a partir de qué, si no es a partir de su propia reserva inconsciente, podría el analista deshacerse de una escucha superyoica o sólo consciente para arribar a la atención flotante (Kristeva, 1993).

¿Qué es la *neutralidad analítica*? ¿Emplearemos la contratransferencia? Son nociones que serán repensadas si se repiensa la teoría. El analista es algo más que el soporte

de proyecciones y de afectos movilizados por la regresión del paciente. La contratransferencia revelará al analista no sólo su "saber" sino también su capital libidinal y relacional que remite a su propia historia. Lo dice bien Green.¹¹

Nuestra práctica es escucha analítica y mucho más. Es escucha analítica lo que se ha incorporado del sistema conceptual y determina la escucha y la falta de escucha. Porque nuestra práctica también está hecha de (y es hacedora de) representaciones, imágenes, sentimientos que produce el estar sumergido en la relación transferencial (contratransferencia).

Pontalis (1977) distingue varios niveles de contratransferencia:

11. "¿Cómo entender la evolución que llevó a los psicoanalistas a moderar sus pretensiones, renunciando a un purismo que terminaba convertido en obstinación un tanto mortífera?". La tarea es actualizar las ideas directrices de la práctica. "Tampoco me parece recomendable adoptar una actitud glacial e indiferente frente a los esfuerzos en ocasiones denodados que realiza el paciente. Lo importante de alcanzar es esa actitud de neutralidad benévola clásicamente recomendada. Benevolencia y neutralidad no se contradicen entre sí. La primera consiste, esencialmente, en una actitud de receptividad comprensiva que no debe pasar a complicidad ni dejarse ganar por desalientos o irritaciones, que en su gran mayoría sólo acrecientan las inhibiciones del paciente. Receptividad, disponibilidad y humor parejo forman parte, sin lugar a dudas, de la configuración psíquica de un analista ideal que sólo existe en los libros y en la cabeza del propio analista. Y si bien le resulta difícil lograrlos, al menos sabe de qué lado poner todo el esfuerzo. Sin embargo, cuando decimos receptividad y disponibilidad, no nos estamos refiriendo sólo a la simple apertura del analista a las palabras del paciente ni a la recepción favorable de sus proyecciones gracias a una introyección que favorezca la identificación. Hablamos también de receptividad y disponibilidad del analista para con sus propias producciones inconscientes, que no sólo deberá tolerar sino también entender. A veces, y ésta es una nueva paradoja, resultará menos perjudicial para el proceso permitir la expresión de una reacción transferencial intensa —así sea negativa— y tener acceso a los movimientos internos que animan al analista; otras tantas pruebas de espontaneidad que contribuyen también a la comunicación psicoanalítica y más valiosas para el paciente que un discurso seudotolerante convencional que éste vive como artificial, como salido de un manual de técnica" (Green, 2003).

- *Contratransferencia originaria*: prerequisite de la práctica psicoanalítica.
- *Movimientos contratransferenciales*: son respuestas refractadas a los movimientos transferenciales. Irritación, angustia, placer remiten a la problemática del paciente. Ciertas palabras del paciente entran en resonancia con un punto sensible de la fantasmática del analista.
- *Posiciones contratransferenciales*: están asignadas por las puestas en escena fantasmáticas, pero se prestan a ser modificadas y desconstruidas en el psicoanálisis. Si el analista no lo logra, el proceso psicoanalítico se detiene.
- *Influencia contratransferencial*: el paciente suscita en el psicoanalista una parálisis del pensamiento, que puede implicar también al cuerpo. El psicoanalista se pasiviza y le resulta difícil representar, fantasear, asociar. Esta influencia contratransferencial genera un estado límite de lo analizable. La práctica debe estar a la altura de este desafío. De la doble función que nos constituye como analistas, la de intérprete y la de objeto-soporte de la transferencia, llega a predominar la segunda.

HISTORIZANDO

La iniciación de un análisis es un encuentro único, una interrelación de dos historias. Es obvio que el analizando trae su historia. En cambio, se suele escabullir que el analista la trae, aunque no la actúe. Una historia personal, teórica, analítica práctica, institucional y social. Ese comienzo es un trabajo compartido, no sin teoría, pero en el que las referencias teóricas pueden ser un obstáculo. Se necesitan oídos frescos. En el análisis "uno tiene que escuchar cosas cuyo significado sólo con posterioridad discernirá" (Freud, 1912). En tanto se privilegia cierta parte del

material (sea por la problemática particular del analista o por sus intereses teóricos) se corre el riesgo de no hallar nunca más que lo que ya se sabe.

Para iniciar un análisis debería producirse cierta concordancia entre analista y consultante acerca de tres premisas:

a) Que aquello por lo cual padece tiene una causa intrapsíquica. La interpretación que el consultante hace de su sufrimiento puede obedecer a una causalidad proyectiva, a una causalidad biológica o una causalidad subjetiva ("lo que me pasa tiene que ver con mi historia, con mis relaciones, con mis situaciones no elaboradas"). Que atribuya determinada causalidad está, si no determinado, al menos condicionado por el discurso cultural que genera cierta pretransferencia. b) Que el descubrimiento de esas causas permitiría afrontar de otra manera el conflicto. c) Que esa nueva tramitación de los conflictos aliviará de ciertos sufrimientos (Aulagnier, 1977).

¿Admitiría alguien que "aplica" el psicoanálisis en la clínica? Sin embargo, es frecuente que la historia singular sea reemplazada por lo universal. Y lo universal explica la depresión, no *esta* depresión. Sólo venciendo esa remisión lineal a los conceptos fundamentales (Edipo, narcisismo, castración, pulsión, deseo) llegaremos a situar cada fenómeno clínico en una realidad psíquica singular.

Ante un consultante, postulamos que es necesario para él que se torne pensable esa causa (su propia historia) a fin de poder generar un proyecto. Para ello es preciso que invista narcisísticamente su actualidad, pero también el tiempo futuro, valorizando su cambio, su alteración, ya que, a diferencia de un sujeto caracteropatizado, un sujeto en devenir sólo puede persistir tornándose otro, aceptando descubrirse distinto del que era y del que "debe devenir".

El sujeto, como el historiador, tiene que *hacer la historia*. Es decir, tiene que apuntalarse en el pasado, apropiarse de él y transformarlo. Una historia compleja, un entrevero

de historias (identificatoria, vincular, del narcisismo, de la sexualidad, de los síntomas, de los duelos, de los traumas). Y al historiador y al analista no les basta conocer una sola. No hay una historia principal a partir de la cual las otras se deduzcan.

Dar vueltas sobre el determinismo, el azar, el devenir, la recursividad en psicoanálisis, acometerlos una y otra vez, en distintos contextos y con distintas "sintaxis", me condujo a replantearme qué es la historia y qué es la historia en psicoanálisis. Hubo alguna vez una concepción ingenua de la historia. Hubo un psicoanálisis reduccionista. ¿Por qué abolir la historia o el psicoanálisis? La historicidad supone un sujeto capaz de pensar (y crear) su presente, su pasado y su futuro.

Historizar la repetición es hacer, de la repetición, un recuerdo. Recordar desactualiza el pasado al temporalizarlo. Convertir la historia en pasado permite un futuro que no será pura repetición, sino que aportará la diferencia.

Más que leerse, la historia se escribe, se construye. Se construye partiendo de las inscripciones del pasado, pero es el trabajo compartido el que generará *nuevas* simbolizaciones. No porque se vaya inventando cualquier pasado o se debe algo que ya estaba. La *historización simbolizante* se produce por la conjugación del recuerdo compartido y comunicado. Una historia transferencial es novedosa si y sólo si respeta la singularidad del analizando.

Tendremos que re trabajar nuestra noción de cambio. "Que todo cambie", como meta analítica, sería apenas menos dañina que la de "que nada cambie". El analizando se despojaría de sus parapetos: su historia, sus referentes identificatorios, su patrimonio como sujeto singular.

Oponer binariamente realidad a fantasía es una respuesta fácil, cómoda, anticuada.¹² No hay un tercero excluido. Hay realidad en la fantasía y fantasía en la realidad. Articular los acontecimientos históricos significativos y los

12. Quizá todo lo binario sea anticuado.

montajes fantasmáticos en los cuales se inscriben es asumir el riesgo de articular mal para llegar a articular bien.

Dijimos ya que el paciente atribuyó causalidades a lo vivenciado y que según ellas interpretó lo vivenciado. Ahora nos trae su historia, con algunos fragmentos obvios, comprensibles, y con muchos a descifrar, que son los que la hacen singular. Para conocidos autores, la verdad histórica es una mera fantasía, una proyección hacia el pasado. Descartan, porque no las ven, las relaciones entre los hechos (responsables de experiencias significativas) y las fantasías en el interior de las cuales se produce la inscripción de esos hechos mediante la realidad psíquica. Ustedes y yo vamos a encontrar esas relaciones. Vamos a decir cómo se añaden, a esa imbricación de hechos y fantasías, las infaltables interpretaciones del yo. La realidad psíquica es producto del mundo representacional así generado.

Historizar en psicoanálisis no es ofrecer al paciente un relato verosímil, coherente, que corre el riesgo de ser sólo una elaboración secundaria, una proyección de la teoría del sujeto a este sujeto particular, una fantasía del analista. ¿Por qué sacarse de encima aquello que se nos impone: las huellas de ese pasado concreto? El psicoanalista debe ser imaginativo—cuanto más imaginativo, mejor— en su manera de reunir el material. Otra cosa es imaginar el material.

Distinta es la posición de los "narrativistas".¹³ Aristóteles había hablado de verosimilitud en su *Arte poética*. Que Superman vuele no es verdadero sino verosímil, porque llegamos a creerlo. Y la mujer de César, que es verdaderamente buena, debe parecerlo, debe hacerlo verosímil

13. Laplanche (1999) describe bien esta posición: "Puede entenderse por 'narratividad' una aproximación al ser humano que otorga una importancia primordial a la manera como éste se formula a sí mismo su existencia bajo la forma de un relato más o menos coherente. [...] Desde el punto de vista de la práctica analítica, la actitud narrativa consiste en privilegiar, en relación con una rememoración del pasado o con una reconstrucción verídica de éste, la construcción de un relato coherente, satisfactorio, integrado".

para los demás. Psicoanalíticamente se trataría de construir un relato verosímil, una "verdad narrativa" que no sólo da forma al pasado sino que se convierte en el pasado. Se relativiza así la distinción entre "verdad narrativa" y "verdad histórica". A tal reconstrucción se le pide apenas que sea "llevadera".¹⁴

El tratamiento psicoanalítico es una historia de encuentros entre dos personas, en la que una preferentemente habla y la otra preferentemente escucha. El analizando, que habla, que pone el tema, confía en el analista. Es decir, cree que el analista puede solucionarle un problema. (Si ha leído algo de psicoanálisis, si es del "ambiente", su creencia será más sofisticada: el psicoanalista es alguien que sabe algo de él que él no sabe.) Supuesto saber que también le atribuye al otorrinolaringólogo y al mecánico, pero distinto. Un centro de baja presión que atrae el viento de la *transferencia*. En todas las otras relaciones del analizando hay "onda", transferencia, pero en el psicoanálisis es una herramienta: se trabaja gracias a ella y sobre ella. La asimetría debe ser transitoria. Se analiza la transferencia, se la cuestiona, para evitar que los dichos del analista sean palabra santa.

En la relación analítica emerge (lo paradójico es que hay que dejar que emerja) esa nostalgia por encontrar a alguien que sabe quién es el sujeto desde el origen, que conoce la totalidad de los deseos, de los placeres, de las angustias.

La transferencia remite a la historia, y la historia es la historia de las transferencias. Hemos hablado de magma y de trama. "El carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objetos resignadas, contiene la historia de estas relaciones de objeto" (Freud, 1923). Postularé que la subjetividad es la sedimentación de las transferencias producidas por los objetos investidos, que contiene la historia de lo que fuimos transferencialmente para esos otros.

14. A la idea de "construcción" no se le pide mucho más.

En la escucha de la singularidad histórica estriba la diferencia del psicoanálisis con las terapias sugestivas y morales, que pretendían eliminar los síntomas sin interrogarlos.¹⁵ El respeto por el patrimonio histórico intenta respetar la alteridad. Y, en la práctica clínica, el lugar de la historia está condicionado por el lugar que le otorgamos a la historia en la constitución del sujeto, por la consideración o no de la transferencia como un proceso histórico. También por nuestra conceptualización de la historia colectiva.

No bastaría decir que el proceso analítico es hipercomplejo. Hay que mostrar y demostrar el enmarañamiento de acciones, de interacciones, de retroacciones. Una forma de pensar compleja se prolonga en una práctica acorde que orquesta rigor metapsicológico y plasticidad técnica en vez de técnica rígida y confusión teórica con relación a los fundamentos. Apoyados en el paradigma de la complejidad, el programa deviene estrategia.¹⁶ Estrategia supone incluir la incertidumbre.

Defendamos la complejidad. No es que haya habido un triunfo aplastante de la complejidad y una derrota definitiva del reduccionismo. Cada día hay nuevos reduccionismos porque cada día hay nuevas complejidades. Por eso la polémica sigue viva, al menos donde la teoría sigue viva y al día.¹⁷

15. Le recuerdo al lector que las terapias sugestivas y morales todavía existen.

16. Un programa, en cambio, sólo es útil cuando las condiciones no se modifican ni son perturbadas. Un programa es algo que unos aplican y otros obedecen, algo que se presta a la "bajada de línea".

17. La cantidad de información de un sistema (la función *H*) es la medida de la información que nos falta, la incertidumbre sobre ese sistema, y es así como se mide la complejidad. Cuanto más se conoce el modo como los elementos están ensamblados para construir el sistema, más disminuye la función *H*. La complejidad expresa lo que no se conoce o no se comprende de un sistema pese a un fondo de conocimiento global que nos hace reconocer y denominar ese sistema. La complicación (en cambio) es un atributo de los sistemas artificiales, contruidos por el hombre que

El analista no comparte con el paciente todo lo que le pasa por la cabeza. En ese camino de frases (verdades, conclusiones) provisionales, una frase podría implicar un exceso de sorpresa sin proceso elaborativo. La palabra del analista no es para dejar estupefacto. La palabra del analista es partera. Es para que el paciente deje de estar estupefacto. En la vereda de enfrente, la palabra meticulosa, aséptica, demora el parto, la salida de la estupefacción. Un exceso de elaboración, una temerosa evitación de la innovación, conduce a la calma chicha, a la paz del sepulcro, es decir, a una ritualización u obsesivización del análisis.

Es más fácil decirlo que hacerlo: el psicoanálisis remite a una historia pero no repite una historia, en tanto que a la repetición se le sumen el recuerdo y la reelaboración. Conjugación ligazón erótica (repetición, transferencia) con trabajo de pensamiento (recuerdo y reelaboración). Si fuera mera ligazón erótica estaríamos en el campo de la sugestión.¹⁸ Si fuera mero trabajo de pensamiento (recuerdo y reelaboración sin repetición) caeríamos en el ritual sin sustrato vivencial. Una novela expurgada.

La interpretación, al realizar un desplazamiento en cuanto a la causalidad, reorganiza el campo de la significación. Su meta es que el analizando logre conjugar de otra manera los verbos *ser* (registro identificatorio) y *tener* (registro objetual) (Hornstein, 2003).¹⁹

El analista puntúa el discurso con intervenciones (y no sólo con interpretaciones). Liga elementos. Su trabajo de ligazón contrarresta el trabajo de desligazón de la pulsión

conoce su estructura y su funcionamiento. Se mide como el tiempo que requiere una computadora para ejecutar un programa (Hornstein, 2000).

18. La sugestión es un convencimiento "que no se basa en la percepción ni en el trabajo del pensamiento sino en una ligazón erótica" (Freud, 1921).

19. "El conocimiento del pasado —dice Nietzsche ([1887] 1967)— no es de desear sino cuando está al servicio del pasado y del presente, y no cuando debilita al presente, cuando desarraiga los gérmenes vivos del porvenir."

de muerte. Para ser eficaz, debe ser "superficial". Las interpretaciones "profundas" o sistemáticamente transferenciales no hacen más que reforzar la escisión.²⁰ Se trata entonces de posibilitar *simbolizaciones estructurantes* (Hornstein, 2003).

Siempre hay que optar. O nos refugiamos en la técnica "clásica" o, volviendo a optar, elegimos la técnica adecuada entre la diversidad que ofrece hoy el psicoanálisis. También, en el segundo caso, corresponde una actitud no intrusiva, que supla verbalmente carencias fundamentales,²¹ con miras a facilitar el despliegue, la contención y la perdurabilidad de procesos de simbolización novedosos.

Nunca machacaré lo bastante. Freud (1938a) advierte que la técnica debe adecuarse a la singularidad del paciente: "La medida de influencia que haya de considerar

20. Sobre el análisis en "profundidad" dice Green (1990a): "Es una técnica que tiene dos grandes desventajas. Por un lado provoca un forzamiento continuo de las interpretaciones, que conduce al paciente, tras un período de resistencia, a un vínculo terapéutico caracterizado por un *self* falso o a su erotización masoquista; el paciente nunca es dejado a su albedrío, siempre tiene que obedecer. Además, la plétora de interpretaciones representa una alimentación intelectual forzada que a mi juicio sólo puede llevar a un hambre interpretativa mórbida o a una anorexia casi total hacia el discurso del analista. [...] Los kleinianos, que se consideran como garantes de la pureza interpretativa porque evitan interpretaciones extra transferenciales o intervenciones no interpretativas, de hecho, pueden llegar a inducir un proceso de sugestión. Esto no significa, según espero que haya quedado claro, que proponemos un tipo de yo concebido a la manera de Hartmann, autónomo y exento de conflictos. Sustentamos la concepción freudiana del yo, que respeta la libertad del paciente y que recomienda proceder con arreglo a lo que el paciente es capaz de comprender de lo que le decimos en este punto temporal del tratamiento, o sea, permitirle elaborar e integrar dentro de un proceso de regresión-progresión, y así pasar de lo más superficial al nivel más profundo. Esto evita bloques de resistencia prematuros y duraderos o —a la inversa— quebrantos psicóticos, psicosomáticos y psicopáticos".

21. Soy consciente del riesgo de inducción de la dependencia y conozco los (a veces maternos) cuestionamientos al maternaje.

legítima estará determinada por el grado de inhibición del desarrollo que halle en el paciente. Algunos neuróticos han permanecido tan infantiles que aun en el análisis sólo pueden ser tratados como niños”.

Teoría y práctica deberían ser coherentes. Nuestra conceptualización de las depresiones ¿tiene o no tiene en cuenta el déficit? Si lo tiene, también debe tenerlo en cuenta el tratamiento. Entonces será lícito hablar de un “ambiente de sostén” para la clínica de las depresiones. La relación analítica contribuye (estamos viendo de qué modo) a reparar el defecto. Facilita la edificación de nuevas estructuras y posibilita que se retome el curso psíquico interrumpido por los traumas tempranos.

Algunos han afirmado que la provisión de una escucha cuidadosa y de una interpretación adecuada son suficientes para promover cambios en las depresiones. Otros piensan al proceso analítico como compensatorio de fallas en la primera infancia. La tarea analítica consiste en demostrar al paciente que la confianza es posible intentando compensar las carencias sufridas. La atención se centra en los primeros vínculos.

En medio de Babel, hay un escaso denominador común: ciertas carencias o excesos generaron heridas narcisistas. Una madre que no fue suficientemente buena es paliada por un analista apto para compensar esa falta. La carencia de cuidados elementales es paliada al reproducir estados y sensaciones infantiles. El aislamiento verbal es paliado por un analista que habla. Y el paliativo deja de ser mero paliativo cuando el analista se atreve a teorizar sobre el déficit.

Hubo implicación subjetiva del analista en la psicología del *self* y en la práctica de Winnicott. Pero en este libro se trata de otra cosa. Para Kohut, la subjetividad del analista posibilita una escucha empática. Para Winnicott, el análisis debe proveer un “ambiente de sostén”, posibilitando que emerja el “verdadero *self*” del paciente. Al pensar en términos de detención del desarrollo asumen que el analista tiene que neutralizar ciertos déficit. La implicación subje-

tiva exige un analista comprometido con el analizando no sólo en la interpretación del pasado sino en el descubrimiento (y producción) de otras modalidades relacionales. No se trata sólo de un desarrollo detenido sino de la producción de una historia. Desarrollo supone el despliegue de lo ya presente. Historia apunta a permanencia y cambio (sólo pensable desde la aceptación de lo nuevo).

Los que abordaron la terapia analítica de las depresiones forjaron conceptos todavía operativos: identificación proyectiva (Klein); constitución del *holding* (Winnicott); transferencia narcisista, en vertientes especular e idealizada (Kohut); preservación de la integridad narcisista (Kernberg); suplir carencias fundamentales (Balint). Tal vez el mayor aporte de estos autores estuvo en la clínica. Modificaron la técnica “clásica” porque el analizando no era “clásico”. Digámoslo sin pudor: Cervantes es clásico porque está muerto.

EL “ESQUEMA”: MUCHO MÁS QUE UN ESQUEMA

Vamos a sacarle el jugo a un fragmento de *Esquema del psicoanálisis*. El lector se encontrará con notas que fui tomando durante años y cuya lectura de corrido puede resultar fastidiosa. Le recomiendo algo parecido: leerlas en días distintos. He puesto números entre paréntesis.

Volvamos a echar ahora una ojeada panorámica sobre la situación en que hemos entrado con nuestro intento de aportar auxilio al yo neurótico (1). Este yo no puede ya cumplir las tareas que el mundo exterior, incluida la sociedad humana, le impone (2). No es dueño de todas sus experiencias, buena parte de su tesoro mnémico le es escamoteado. Su actividad está inhibida por unas rigurosas prohibiciones del superyó (3), su energía se consume en vanos intentos por defenderse de las exigencias del ello (4). Además, por las continuas invasiones del ello, está dañado en su organización (5), escindido en el interior de sí (6); no produce ya ninguna síntesis en regla (7), está desgarrado por aspiraciones que se contrarían unas a otras (8), por conflictos no tramitados (9), dudas no resueltas

(10). Al comienzo hacemos participar a este yo debilitado del paciente en un trabajo de interpretación puramente intelectual (11), que aspira a un llenado provisional de las lagunas dentro de sus dominios anímicos; hacemos que se nos transfiera la autoridad de su superyó (12), lo alentamos a aceptar la lucha en torno de cada exigencia del ello (13) y a vencer las resistencias que así se producen (14). Y al mismo tiempo restablecemos el orden dentro de su yo pesquizando contenidos y aspiraciones que penetran desde lo inconsciente (15), y despejando el terreno para la crítica por reconducción a su origen (16). En diversas funciones servimos al paciente como autoridad y sustituto de los progenitores, como maestro y educador (17), y habremos hecho lo mejor para él si, como analistas, elevamos los procesos psíquicos dentro de su yo al nivel normal, mudamos en preconsciente lo devenido inconsciente y lo reprimido, y, de ese modo, reintegramos al yo lo que le es propio (18). Por el lado del paciente, actúan con eficacia en favor nuestro algunos factores ajustados a la ratio, como la necesidad de curarse motivada en su padecer (19) y el interés intelectual que hemos podido despertarle hacia las doctrinas y revelaciones del psicoanálisis (20), pero, con fuerzas mucho más potentes, la transferencia positiva con que nos solicita (21). Por otra parte, pugnan contra nosotros la transferencia negativa (22), la resistencia de represión del yo (23) (vale decir, su displacer de exponerse al difícil trabajo que se propone), el sentimiento de culpa oriundo de la relación con el superyó, y la necesidad de estar enfermo anclada en unas profundas alteraciones de su economía pulsional (24). De la participación de estos dos últimos factores depende que tildemos de leve o grave a nuestro caso. Independientes de éstos, se pueden discernir algunos otros factores que intervienen en sentido favorable o desfavorable. Una cierta inercia psíquica, una cierta pesantez en el movimiento de la libido, que no quiere abandonar sus fijaciones (25), no puede resultarnos bienvenida; la aptitud de la persona para la sublimación pulsional desempeña un gran papel (26), lo mismo que su capacidad para elevarse sobre la vida pulsional grosera, y el poder relativo de sus funciones intelectuales (27).

Las tareas del analista son verbalizadas por Freud de muchas maneras. No vale la pena intentar una síntesis, ni

siquiera ponerlas en orden de importancia. Vale la pena, en cambio, confrontarlas.

- Aportar auxilio (1).
- Hacer participar al yo debilitado en un trabajo de interpretación puramente intelectual (11).
- Lograr que se nos transfiera la autoridad de su superyó (12).
- Alentarlo a aceptar la lucha en torno de cada exigencia del ello (13).
- Alentarlo a vencer las resistencias (14).
- Restablecer el orden dentro del yo pesquizando contenidos y aspiraciones que penetran desde lo inconsciente (15).
- Despejar el terreno para la crítica por reconducción hasta su origen (16).
- Servir en distintas funciones: autoridad y sustituto de los progenitores, maestro y educador (17).
- Mudar en preconsciente lo reprimido, reintegrar al yo lo que le es propio (18). (A esto Freud lo considera "lo mejor".)

En otro orden de cosas y en el mismo orden de cosas, dice sobre el yo:

- El yo "neurótico" no puede cumplir las tareas que la sociedad le impone (2).
- Su actividad está inhibida por rigurosas prohibiciones del superyó (3).
- Su energía se consume en vanos intentos por defenderse de las exigencias del ello (4).
- Su organización está dañada por las continuas invasiones del ello (5).
- Está escindido (6).
- No produce ninguna síntesis en regla (7).
- Está desgarrado por aspiraciones que se contrarían (8).

- Está desgarrado, además, por conflictos no tramitados (9) y dudas no resueltas (10).

En este texto de despedida están refrendados los vasallajes del yo tal como fueron descritos en *El yo y el ello* y retomados en 1932:

[El yo] sirve a tres severos amos, se empeña en armonizar sus exigencias y reclamos [...]; así, pulsionado por el ello, apretado por el superyó, repelido por la realidad, el yo pugna por dominar su tarea económica, por establecer la armonía entre las fuerzas e influjos que actúan dentro de él y sobre él.

La aridez de las notas tal vez sea sólo formal. Haré una lista ahora de aquellos factores cuya presencia actúa eficazmente en favor del tratamiento:

- Necesidad de curarse (19).
- El interés intelectual que hemos podido despertarle (20).
- La transferencia positiva (21).
- La aptitud para la sublimación (26).
- Y el poder relativo de sus funciones intelectuales (27).

Recordaré los factores que traban la cura o la desactivan:

- La transferencia negativa (22).
- La resistencia de represión (23).
- El sentimiento de culpa oriundo de la relación con el superyó y la necesidad de estar enfermo (24) (resistencia del superyó).
- Cierta inercia psíquica, cierta pesantez de la libido que no quiere abandonar sus fijaciones (25) (resistencia del ello).

VARIOS PSICOANÁLISIS O VARIOS EJES

En términos de Rosolato (1983), hay varios ejes (así llama él a las distintas prácticas) en el psicoanálisis.

1) El *eje tecnológico*, hegemónico en los Estados Unidos, privilegia la nosografía. El analista, que tiende a ubicarse como un técnico, evita confrontarse, mediante una sistematización exhaustiva de las variables en juego, a la singularidad de cada análisis. En este contexto, es coherente que se sobrestimen protocolos de verificación importados de otras disciplinas (medicina, biología, física).

2) El *eje del psicoanálisis al negativo* es contestatario frente al eje tecnológico. Se descuenta que el despliegue de la palabra hace advenir la "verdad". Sus seguidores más fundamentalistas consideran que la sola repetición de las sesiones permite acceder a la palabra "plena". Este eje no atiende las cinco resistencias descritas por Freud, quien desde 1895 aconsejaba no dejar librada al inconsciente la dirección de la cura.²² El psicoanálisis consiste en franquear tanto las actitudes sistemáticas de silencio absoluto como las de interpretación prefabricada.

Sin embargo, el análisis de las resistencias es inevitable ante los excesos de silencio, de transferencia negativa, de mecanismos de defensa masivos, de *actings* repetidos, cuando el paciente se refugia en una actualidad narrada periódicamente o en una queja perpetua, o cuando se limita a generalidades abstractas.

3) El *eje idealoducto* consiste en crear y galvanizar ideales compartidos, y predominó en las últimas propuestas de Lacan. Este autor enfatiza el carácter de enigma de la interpretación, de medio decir, de malentendido: "La interpretación es equívoca, no es para ser comprendida, sino para producir oleaje". El oleaje no está mal si sabemos qué

22. "Por otra parte, no es lícito sobrestimar su 'inteligencia' inconsciente ni confiarle la guía de todo el trabajo" (1895a).

hacer con el oleaje. Porque podríamos ahogarnos si la práctica, la del análisis idealoducto, incrementa el silencio en busca de idealización y si las interpretaciones se deslizan hacia nuevos oleajes por su enigmática polisemia.

El eje idealoducto se opone también al transgresivo. Y en ese oponerse, en su filo crítico, está su aporte más positivo.

No es posible considerar al psiquismo sin tomar en cuenta los vínculos sociales. El psicoanálisis no está exento, por supuesto, de recurrir a los ideales —sobre todo si éstos son inconscientes—, y se observa en el eje idealoducto algo parecido al “arte por el arte”, a la “literatura para escritores” y al morderse la propia cola. En muchos casos es un endogámico análisis para analistas, una participación en un grupo que adhiere a los mismos ideales. Está condenada *teóricamente* la identificación al analista (propia del eje tecnológico), pero de hecho la idealización del analista perpetúa una transferencia irreductible.

4) Consciente o inconscientemente, algunos analistas cambian. Si eso acarrea una modificación importante en la manera de conducir la cura, nos encontramos con el *eje transgresivo*. Muchas transgresiones no pasan de ser pequeñas desobediencias. Otras, después de unos años de rechazo, se convierten en un modo de pensar reconocido y en otro exponente del psicoanálisis tecnológico. Un ejemplo es el kleinismo.

Lo transgresivo no debe ser entendido tanto como ruptura de la técnica “clásica”, sino como una relación especial con las historias regionales y las corrientes que hegemonizan en un momento dado el psicoanálisis y definen la “ortodoxia”. En la década del sesenta, en Buenos Aires no ser kleiniano era transgresivo. Por el contrario, en los Estados Unidos Klein y Bion eran considerados transgresivos hasta hace poco tiempo.

Me detendré en algunas variantes del psicoanálisis transgresivo.

- 1) *Las técnicas activas*: su precursor ha sido Ferenczi. Se proponía abreviar la duración de la cura, propiciando técnicas flexibles. Su mérito es haber llamado la atención sobre los callejones sin salida del análisis pasivo y la rigidez que puede instalarse en una cierta “ortodoxia”.
- 2) *Las técnicas de compensación*: se ubican aquí las propuestas de Winnicott y de Kohut (entre otros autores).
- 3) *Las técnicas liberadoras*: su precursor es Reich. Se propicia una actitud antiintelectualista.

Las variantes son parte de las variaciones de todo análisis

porque tanto allí como en otros aspectos, las soluciones sistemáticas fueron seductoras en una primera instancia por su simplicidad de uso y su monolitismo aplicado a todos los casos. De hecho ellas evitan las dificultades de una comprensión diversificada y de una adaptación técnica consecuente (Rosolato, 1985).

Con menos sustento teórico que Freud, Ferenczi, Kohut y Reich enfatizan aspectos de la técnica que ya estaban en Freud como variaciones musicales, sin pretensión de independencia. Más aún, Freud orquestaba todos los ejes (tecnológico, idealoducto, transgresivo, al negativo) en su práctica. Quizá el ejecutante no pueda ser siempre el mismo. Y seguramente la canción no es la misma, porque tiene en cuenta las particularidades del paciente o del analista.

ARTICULACIÓN TEORÍA-PRÁCTICA

La teoría debe ser una caja de herramientas que apunta a transformar los dominios de problematicidad sobre los que se aplica. No se trata de construir sistemas como bellas totalidades autorreferentes, sino instrumentos.

Cuando la teoría, siempre humana, es demasiado humana, ¿será psicoanálisis psicoanalizarla? No pocas veces entre teoría y práctica, en vez de articulación, hay una desgarradura.²³ Algunos analistas, dice Mannoni, parecen pescadores ocupados en perfeccionar incesantemente sus redes sin servirse de ellas para pescar.²⁴ Toda elevación teórica que eluda la prueba de la práctica o toda enunciación que, asumiendo la modalidad de la certeza, exima el trabajo del analista de cualquier interrogación será mistificación.

Aunque compartimos la idea de que teoría y práctica deben ir a la par, se puede constatar su apartamiento. En cualquier disciplina, hay más practicantes que teóricos. La creatividad del practicante se da en la práctica. En psicoanálisis, los clínicos no sólo hablan de la clínica sino también de la teoría. Hay un enfrentamiento entre "clínicos" y "teóricos". Esquematizo. Los "teóricos" consideran que la única forma de establecer el análisis como ciencia es construyendo una axiomática cuya relación con la clínica tiende a esfumarse. Los "clínicos" se satisfacen con una teoría rudimentaria, apenas la indispensable para poder operar técnicamente, por lo que la práctica se degrada al rango de un artesanado más o menos empírico.

No siempre habrá interpretación, ya dijimos. Y cuando la haya, nacerá de la atención flotante, ese estado de gracia que no es exclusivo del psicoanalista y que consiste en ver con ojos limpios, en haber visto mucho y en cada caso mirar por primera vez. Una disposición de los cinco sentidos, más que de la vista o el oído. La atención flotante es lo contrario

23. "Toda vez que la patología nos muestra una ruptura o desgarradura, es posible que normalmente preexistiera una articulación" (Freud, 1932).

24. "Con cuánta frecuencia, cuando se piensa retrospectivamente en los propios casos o cuando se escucha a otro analista presentar los suyos, se tiene el sentimiento de que, bajo la influencia de ese saber de fichero, se ha quitado prematuramente la pasarela que une con la realidad y se ha dejado partir demasiado pronto el navío hacia el océano de la teoría" (Reik, 1930).

de la atención hundida, hundida por la pesantez del prejuicio. Garantiza una interpretación fresca, no rancia.

Hay que insistir. La interpretación analítica está fundada en la interlocución y escapa a un saber preestablecido, a la pretensión de una clave. No rechaza los recursos "apriorísticos" pero suavemente los tiene a raya. Sólo así podrá instalarse en el diálogo como escucha y ser soporte de la palabra del paciente.

En un momento, Piera Aulagnier acuña "teorización flotante". Hasta entonces no se había aludido tan bien a la movilización de todo aquello que conoce el analista respecto del funcionamiento psíquico. El analista es convocado por un enigma, un enigma que no resolverá pero que tiene que elucidar, expuesto a un pensar y a un hacer por medio de construcciones "teóricas" inevitables y peligrosas si se configuran antes de tiempo. Intenta navegar, constreñido por el pensamiento teórico y a la vez libertado por la teorización flotante. O se hunde cuando la teorización flotante se torna tan consciente, tan sistemática, que deja de ser flotante y la racionalidad se convierte en racionalización. O cuando, sin la necesaria restricción teórica, el tratamiento es pura espontaneidad, puro oleaje.

Analizar no es fácil. En este caso, requiere dilucidar qué función tiene la "teoría" en la escucha y qué violencia puede ejercer en el desarrollo asociativo del analizando. Nuestro trabajo nos confronta al riesgo de la "violencia secundaria", a la que antes llamábamos abusos de transferencia. La ejercemos cuando no escuchamos al otro en su alteridad, cuando nos atribuimos un poder de transformación que desconoce lo propio de ese sujeto.²⁵

25. Esa violencia secundaria "puede ser ejercida a través de la interpretación a ultranza y, podríamos decir prefabricada, o a través de la persistencia de un silencio que vendrá a probarle al analizando que en el encuentro no hay intercambio de saber, y que lo que él dice no aporta ningún nuevo pensamiento al analista" (Aulagnier, 1979).

Evitar las teorizaciones rígidas no es evitar la teoría. Y gustar de algunos temas más que de otros no es hacer reduccionismo. Cuando se acepta una persona como paciente, ya no caben los gustos. En la clínica, la escucha lo obliga a poner entre paréntesis sus intereses teóricos no sólo en beneficio de la singularidad del tratamiento sino también en beneficio de la construcción de sus propios pensamientos.

METAS DE LA TERAPIA ANALÍTICA

Si los psicoterapeutas dicen que los pacientes de 2006 no son los pacientes de treinta años atrás, si la OMS declara con números un aumento de la depresión, es porque el hombre-en-comunidad ha cambiado.²⁶ La noción de cambio les incumbe a los epistemólogos. Las metáforas, a los poetas. Es tan difícil que da lugar a que polemiquen los que no son ni epistemólogos ni poetas. Es tan abstrusa como la noción de "terminable" respecto del análisis. Me limitaré a mi condición de psicoanalista y psiquiatra.

Sólo se puede llamar "cura" o "curación" a un proceso cuya meta es el cambio y al resultado de este proceso. Quizá la noción de cambio está demasiado afectada por la de revolución y por la bipolaridad ideológica reforma/revolución. Vuelvo a recurrir a la teoría de la complejidad y a la clínica. En Fulano ha habido un cambio y otras cosas siguieron igual. Fulano dejó la empresa donde se sentía incómodo pero siguió siendo abogado, casado, sin hijos, fanático de Louis Armstrong, de Julio Chávez y de River. No ha habido revolución en él. ¿Era deseable que la hubiera?

En toda práctica, el "cómo" se subordina al "para qué", lo que conduce a reflexionar acerca de los ideales que están en

26. En *Práctica psicoanalítica e historia* (Hornstein, 1993) dije que entender una historia no es tomar partido por una estructura inmutable ni por un caos de acontecimientos aleatorios, sino conjugar lo que permanece y lo que cambia.

juego. Se puede diferenciar entre ideales intra-analíticos y extra-analíticos. La cura debe considerar los ideales colectivos, entre ellos el religioso, el pedagógico (civilizar al niño), el médico (curar), el social (normalizar), el estético y el político.

La enfermedad psíquica no tiene las mismas características que la enfermedad orgánica. El biologicismo quisiera borrar del mapa al psicologismo (y viceversa). Algunos, en el afán de independizarse del "orden médico" (a veces sin conocerlo bien), declaran desinteresarse por la curación. Sin embargo, lo que corresponde es analizar lo obvio. Se critica al modelo médico por su pretensión curativa,²⁷ su control ideológico y su legitimación del orden instituido. Y esa crítica a veces redundante del "orden médico" derivó en esa etiqueta, en muchos eslóganes y, lo que es más importante, en una actitud casi fóbica frente a la curación.²⁸

Pero los eslóganes son apenas gritos de batalla. ¿Queremos plantear la curación en términos "estructurales"? También los médicos son estructuralistas. Para ellos, el sentimiento subjetivo de bienestar del paciente tiene relativa importancia. El estado clínico se evalúa por *tests* de laboratorio cada vez más complejos.

¿Nos parece poco o nos parece mal la curación sintomática? Pues tampoco para la patología médica la desaparición de un síntoma implica la desaparición del proceso patológico. El síntoma es manifestación de un trastorno estructural, que es la verdadera etiología. ¿O tememos que la desaparición de síntomas prive al paciente de ciertas defensas y lo exponga a un desorden estructural mayor?

27. ¿Podríamos decir restitutiva?

28. La crítica a la medicalización "ha culminado en una práctica sin proyecto de transformación, e incluso abstinente de todo compromiso con el dolor del otro. Tan errado desde el punto de vista teórico como inmoral desde el punto de vista de una clínica que opera en el interior mismo del sufrimiento humano" (Bleichmar, 2006).