

LA DEPRESIÓN: ENCRUCIJADA ENTRE LAS NUEVAS MODALIDADES DEL SER Y EL DISPOSITIVO FARMACÉUTICO

DEPRESSION: CROSSROADS BETWEEN THE NEW MODALITIES OF THE BEING AND THE PHARMACEUTICAL APPARATUS

Diego E. Londoño¹

Universidad de Antioquia, Colombia

Recibido: 20 de enero de 2013 - Aprobado: 20 de abril de 2013

Forma de citar este artículo en APA:

Londoño, D. E. (julio-diciembre, 2013). La funcionalidad de la entrevista clínica en la evaluación, diagnóstico e intervención neuropsicológica. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 278-297.

Resumen

Siguiendo la tesis del sociólogo Alain Ehrenberg, la depresión se instaló en las sociedades occidentales como una consecuencia de las nuevas modalidades del individuo. La emancipación y la soberanía individual comenzadas en el siglo de las luces trajeron consigo nuevos malestares de la mente. La neurastenia resume la primera “epidemia” mundial que muestra las consecuencias de estas mutaciones antropológicas. La neurosis y el psicoanálisis demuestran que la depresión y otras formas de sufrimiento de las personas ordinarias son el resultado de un precio a pagar por entrar en la civilización. Para Ehrenberg, la epidemia contemporánea de depresión es el rostro de un eclipse de la culpabilidad y el conflicto interior, favoreciendo una apertura de infinitas posibilidades y la consagración personal como nuevos ideales constitutivos de la personalidad y la identidad, siendo la depresión una disfunción o insuficiencia a convertirse en uno mismo. Sin embargo, las tesis de Ehrenberg no toman en cuenta el esfuerzo realizado por la industria farmacéutica y el dispositivo comercial y de mercadeo creado para modificar las costumbres y el saber médico, facilitando así la explosión diagnóstica y autodiagnóstica de este trastorno controversial.

Palabras clave:

Depresión, individuo, mercadeo, antidepresivos.

Abstract

Based on the thesis of the sociologist Alain Ehrenberg depression settled in Western societies as a result of the consequences of the new types of individuals. The emancipation and sovereignty from the beginning of the Century of Light brought new mind ailments. Neurasthenia is the first “epidemic” as a result of these anthropological mutations. Neurosis and psychoanalysis show that depression and other ailments in ordinary people are but the result of a price to pay when entering civilization. For Ehrenberg, depression which is the contemporary epidemic is the face of an eclipse between guilt and interior conflict, favoring an openness of infinite possibilities and the personal sacredness as new ideals which make the personality and the identity, depression is a dysfunction which does not allow one to become oneself. However, Ehrenberg’s theses do not take into account the efforts of the pharmaceutical industry or the marketing strategies created to modify costumes, nor the medical knowledge, facilitating the explosion of the diagnosis and self diagnosis of this controversial illness.

Keywords:

Depression, individual, emancipation, guilt, marketing, anti-depressive.

¹ Psicólogo clínico. Doctor en Psicología de la Université Rennes 2, Francia. Psicólogo clínico en consulta externa, Clínica la Inmaculada, Bogotá, DC. Miembro asociado Grupo Psyconex. Departamento de Psicología, Universidad de Antioquia, Medellín. E-mail: dlonfa@hotmail.com

Introducción

La Organización Mundial de la Salud estableció hace unos años que para el año 2020 la depresión sería la segunda causa de incapacidad en el mundo, después de las enfermedades coronarias. El trastorno depresivo unipolar, como se le llama oficialmente, ocupaba en 2004 la tercera causa de carga laboral y se espera que para el 2030 sea la primera causa de carga (WFMH, 2012). En el mundo habría aproximadamente hoy en día más de 350 millones de personas sufriendo de depresión. Desde finales de los años 60 del siglo pasado la prevalencia de la depresión unipolar viene en constante alza. En un país como Francia, desde los años 70 la prevalencia en la población general se habría multiplicado por siete hasta principios de los años 2000 (Pignarre, 2001). Entre 1980 y 1989 en EE.UU. las consultas por depresión pasaron de 2.5 millones a 4.7 millones. Demyttenaere et al. (2004) afirman que Colombia se presenta como uno de los países en el mundo con la mayor prevalencia de casos de trastorno mental, incluido el trastorno depresivo unipolar. Muchos expertos en la materia se preguntan a qué se debe este increíble aumento de esta enfermedad en el mundo entero. ¿Es acaso gracias a una mejora en los métodos diagnósticos o un mejor conocimiento de la enfermedad, tanto de su etiología como patogenia y semiología? ¿O es, como lo pensamos nosotros, a causa de una serie de transformaciones y mutaciones antropológicas y culturales en el mundo occidental durante los siglos XIX y XX, incluidas las aportadas por la industria?

Si lo vemos más de cerca, pero con una mirada más amplia, a finales del siglo XIX algo muy parecido ocurrió con la llamada “neurastenia” en la mayoría de los países occidentales. Una verdadera “epidemia” de neurastenia azotó buena parte de Occidente hasta la Primera Guerra Mundial para después desaparecer gradualmente como diagnóstico. El parecido entre ambas epidemias es bastante claro, y se debería más que todo a una serie de cambios sociales en el mundo en pleno proceso de industrialización y transformación política. La aparición del individuo y del individualismo como consecuencia directa de la Ilustración y de los procesos de laicización y democratización en la mayoría de Occidente, ocasionaron en gran medida esta “epidemia” de finales del siglo XIX. Desde los años 60 del siglo XX hasta nuestros días la historia se repetiría con la depresión de manera aún más holgada, particularmente con la puesta en marcha de la psicofarmacología y la aparición de los antidepresivos, así como las campañas mundiales informativas financiadas en gran medida por los laboratorios farmacéuticos.

Por consiguiente, podríamos entonces plantear dos hipótesis que irían de la mano: el gran auge de la depresión en la actualidad es el fruto de una emancipación del sujeto convirtiéndolo en lo que el sociólogo francés Alain Ehrenberg (1998) llama un “puro individuo”, es decir, no existiría más ninguna ley moral ni ninguna tradición, que le expliquen a ese individuo, desde afuera, quién tiene que ser y cómo se debe conducir. Se forja entonces un derecho a elegir su propio destino; empero, existe una presión para convertirse en alguien con identidad propia, devenir uno mismo.

Laboratorio de las ambivalencias de una sociedad en la cual el hombre de masa es su propio soberano, la depresión es instructiva en el sentido en que vuelve visible ese doble cambio de las coacciones estructurantes de la individualidad: del lado interior, ésta no se muestra más en términos de culpabilidad; del lado exterior, ésta no se impone más en términos de la disciplina.

Del punto de vista de la historia del individuo, poco importa que ésta designe un malestar de vivir o una verdadera enfermedad: la depresión tiene esto de particular, ella marca la impotencia misma de vivir, ella se expresa a través de la tristeza, la astenia (la fatiga), la inhibición o esta dificultad a iniciar la acción que los psiquiatras llaman la “inhibición psicomotriz”: el deprimido, acorralado por un tiempo sin futuro, está sin energía, apegado a un “nada es posible”. Fatigados y vacíos, agitados y violentos, en pocas palabras, nerviosos, medimos en nuestros cuerpos el peso de la soberanía individual. Desplazamiento decisivo de la tarea pesada de bien comportarse, la cual, según Freud, es la carga del civilizado. (Ehrenberg, 1998, p. 16-17).

Por consiguiente, de acuerdo con Ehrenberg, el desplazamiento de la culpabilidad se da ahora hacia el de la responsabilidad individual, acompañado esto de una decadencia de la idea del conflicto interior y de la interioridad misma, los cuales debutaron con el psicoanálisis y la psiquiatría dinámica junto con el descubrimiento del inconsciente; podemos ver en este caso a Ellenberger (1981). No obstante, a nuestro modo de ver, este proceso no se dio por sí solo. Si consideramos la depresión como aquello que el filósofo Ian Hacking (1998) llamó una “enfermedad mental transitoria” —es decir, una enfermedad mental que apareció en un contexto socio-cultural, en un periodo de tiempo y en un espacio geográfico delimitados, con un surgimiento, un auge y una decadencia hasta su total extinción (caso de la neurastenia)—, esta no lo hizo desde los años 60 simplemente a través de una transformación del individuo, la cual es difícil de aprehender y no explica todos los elementos que giran en torno a esta historia de éxito. Este éxito también es debido al gran esfuerzo de la industria farmacéutica y la manera como ésta mutó el saber médico-psiquiátrico, rediseñándolo y acomodándolo a los nuevos medicamentos de la mente que comenzaron a surgir a finales de la década de los 50. El capitalismo y su alianza con la ciencia, como nuevos sistemas de saber y de maneras de vivir y de pensar, de reconocer el mundo y sus perspectivas, se tornaron en elementos moldeadores de la interioridad del sujeto y de lo afectivo.

Las Luces y el individuo autónomo, dueño de su destino

La enfermedad mental adquiere una importancia considerable, justamente durante el periodo de la Ilustración y el Siglo de las Luces, y como consecuencia de este. Es el momento en el cual el sujeto se vio como el centro del mundo, indeterminado por esencia y poseyendo su propia organización. La Revolución francesa y la posterior secularización social llevaron a una aparente “muerte de Dios”, a que la religión y sus dogmas ya no pudieran exigir del ser humano una manera de pensar y de comportarse, de aprehender el mundo y las realidades, según sus preceptos. De este modo se aleja a la posesión demoniaca y al castigo divino —el loco como pecador, o la “falta moral”— como las causas de la enajenación mental, y se opta por una mirada médica y fisiológica.

Por ende, esa autoridad jerárquica natural representada por la Iglesia perdió su lugar y se deslegitimó; la Divina Providencia y el Estado monárquico ya no son los garantes de la regulación individual. Se inaugura, en consecuencia, la era de la autonomía individual, donde cada quien es capaz de dirigir su propia vida de manera responsable y racional, de intervenir dentro su comunidad, sin ningún sometimiento a fuerzas externas en su manera de actuar o de entender el mundo, el arte, la política, la vida, etc. El principio de la libertad para todos es inherente a esta concepción de la individualidad en Occidente. Lo que los otros esperan de este individuo es que actúe según nuevas reglas, nuevos códigos de ética, y esperan que éste lo haga desde su interior, que todo esto emane del sujeto, el cual será capaz de autorregularse y de autodirigirse, de controlar sus actos y sus movimientos, por consiguiente, sus intenciones.

De esta manera se concibió la locura como una enfermedad mental afectando la nueva libertad del individuo moderno.

El Siglo de las Luces es el de la razón pero también el de la felicidad: se tienen ahí las dos principales dimensiones del proceso de laicización que funda las sociedades modernas. Aparece en una época donde se constituye una esfera pública moderna, en la cual uno hace uso público de su razón privada con sus semejantes —según la tesis desarrollada por Habermas (1987)— y una esfera privada en la cual una *vida personal*, independiente de la autoridad divina o real, es el objeto de una inmensa literatura. El tema de la felicidad toma un nuevo valor, pues favorece “una atención hacia lo interiormente sentido (...) ya que los signos que son el placer y el displeacer deben permitir al hombre convertirse en el agente de su destino. (Ehrenberg, 1998, pp. 37-38).

La melancolía en la historia y el alienismo de los primeros años

Todo comienza en la antigua Grecia en la teoría de los humores (líquidos o fluidos del cuerpo y sus componentes) la cual se propagaba en la medicina de aquel entonces. Hipócrates creía que la melancolía (literalmente la “bilis negra” en griego) venía del bazo y era el carácter de uno de los cuatro humores que componen el organismo. Los melancólicos tenían una bilis negra; los otros tres humores que constituyen los estados de ánimo eran la sangre que venía del corazón (la persona sanguina o de carácter jovial), la flema del cerebro (flemático o carácter linfático), y la bilis amarilla del hígado (carácter “bilioso” o ansioso). El médico griego Areteo de Capadocia ya había establecido la relación entre manía y melancolía en el siglo I d. C.; la melancolía era un estado donde prevalecían algunos signos como la irascibilidad, la tristeza o la sumersión en un abatimiento profundo. Quien portaba la bilis negra se caracterizaba por un dolor profundo acompañado de tristeza, el *splen* —en griego significa literalmente el bazo— es una palabra que se derivaría en inglés *spleen* y que significa el órgano en cuestión. Pero en el siglo XIX, Baudelaire le dio a la palabra un significado que se le atribuye al estado de ánimo descrito por los griegos en la antigüedad: el asco y el aburrimiento de la

vida. Durante el Romanticismo la melancolía era la expresión misma del artista y del genio, como ese elemento trágico y sublime de la vida de esos grandes, como los poetas malditos, Goethe o Chateaubriand, entre muchos otros.

Desde el Renacimiento aparecieron muchos autores en lengua inglesa que escribieron sobre la melancolía. Uno de los primeros escritos es el de Timothy Bright, quien en 1586 publicó *A Treatise of Melancholy (Tratado de la Melancolía)*, inspirado en el personaje homónimo de la obra *Hamlet* de William Shakespeare. Bright describió este sentimiento:

las perturbaciones de la melancolía son la tristeza y el miedo, y el aumento de estos: tales como la duda, la falta de confianza y el desespero, a veces la rabia y a veces feliz en apariencia, a través de una risa falsa y sardónica, tal fue el humor dispuesto para procurar tales diversidades. (1586 / 1940, p. 102).

Más tarde, en 1621 el sacerdote Robert Burton, alias Demócrito junior, nos libra su autoanálisis, *The Anatomy of Melancholy, what is it?* Este escrito es un retrato de su vida de melancólico y propone varias formas de tratarla. A diferencia de la obra de Francis Bacon —quien también habló sobre el tema—, Burton sitúa su escrito alrededor de su ego y de su ser. Su idea de la melancolía estaba muy ligada a las creencias de la época de los estados de ánimo, “bilis negra”. Según Burton, la melancolía era responsable de los amores locos y las pasiones salvajes, las pasiones y el fervor religioso, el frenesí de los alienados, el éxtasis de los místicos, y las ideas de autores tales como Shakespeare o Milton.

La melancolía puede ser de orden estético, ético, teológico, incluso erótico, al igual que la manía. Hay dos grandes formas de melancolía: una, la tendencia general considerada por los filósofos, los artistas, los mundanos y sociólogos como una forma de expresión general; y la otra, como aquella que constituye una subestructura psicopatológica determinada, a la cual se le prefiere el nombre de psicosis maniaco-depresiva (Arce Ross, 2009).

Sin embargo, la melancolía y la manía griega y del Renacimiento tienen más o menos que ver con la manía y la melancolía, tal como se entienden hoy en día. Los nuevos conceptos de la melancolía y la manía moderna tienen poco más de cien años, e incluso hoy en día han sido modificados por la farmacopea y las transformaciones antropológicas. Esto será durante la edad temprana de la psiquiatría que Philippe Pinel, el primero al final del siglo XVIII, traerá la melancolía al alienismo, más tarde llamada lipemanía por el alumno de Pinel, Jean-Etienne Esquirol, quien la calificaba de delirio parcial, es decir, sólo tenía uno o una serie de objetos como tema, a diferencia del delirio general, la manía. Los cambios de humor no eran tan importantes, según Pinel, la melancolía era la base y podía tener dos caras: una “hinchada de orgullo” y “poder ilimitado” (manía), y otra “de abatimiento pusilánime” y “profunda consternación” (melancolía). El elemento común entre los dos estados era el delirio parcial. Esquirol prefirió forjar el nombre de monomanía (*monos* que significa uno, y *manía*,

locura) para referirse a las personas con este cambio de estados humorales, transición del estado de exaltación al de reducción y embotamiento. Los contemporáneos a Esquirol llamaban melancolía a cualquier delirio parcial con fiebre. Él construyó entonces una taxonomía a partir de este concepto colacionándolo con la idiotez, la manía y la demencia, y define el delirio como:

Un hombre delira cuando sus sensaciones no están relacionadas con los objetos exteriores, cuando sus ideas no están en relación con sus sensaciones, cuando sus juicios y determinaciones no están relacionadas con sus ideas, cuando sus ideas, juicios, determinaciones son independientes de su voluntad. (Esquirol, 1838).

El delirio parcial lipemaniaco hace a la persona muy sensible e irritable, las cosas más básicas generan en ellos un sentimiento de angustia o dolor, todo lo más común parece algo nuevo o extraño. La sensibilidad, concentrada en un solo objeto, parece abandonar los órganos, y la persona no se concentra más que en un objeto quien absorbe toda su atención; hay quietud del cuerpo, rigidez, silencio. Como Esquirol ha señalado, no es un dolor que se agite o se queje, sino que se calla y es impasible.

Las enfermedades mentales: la locura maniaco-depresiva

En 1854, el psiquiatra Jean-Pierre Falret describe una enfermedad mental que llamará la locura circular, caracterizada por una variación regular de la manía a la melancolía con un intervalo lúcido. Lo que para él era preponderante en esta enfermedad era la manía, como estado general, la depresión y un estado lúcido que debían alternarse durante un largo periodo, que podía ser toda la vida del paciente. El interés de su trabajo está también en la observación de los síntomas de cada acceso del círculo patológico. El término depresión posee para él una utilidad lógica, en la medida en que después de la presión maniaca sigue lógicamente un estado de depresión o desinflamiento de la presión ejercida anteriormente, sin constituir esta un intervalo lúcido.

Años más tarde, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin, retomó esa enfermedad y habló de un grupo disparate de estados que abarcan desde la locura periódica circular de Falret, hasta estados separados donde sólo se observaría una manía simple o alguna forma de melancolía o de amencia. También observaba algunas disposiciones patológicas del humor, pero para Kraepelin todos estos cuadros clínicos correspondían a un único y mismo proceso, así se establecieran subtipos o se estabilizara alguna forma más definida (Kraepelin, 2012). Asimismo, estos cuadros poseerían rasgos comunes, a esto él lo llamó la locura periódica maniaco-depresiva, esto es, estados que podían alternarse durante un largo periodo y estar separados por un intervalo de lucidez, o estos estados también podían ser mixtos, es decir encontrar características de la manía y la melancolía mezcladas dentro de un mismo periodo.

Según Kraepelin (2012), la melancolía puede presentarse igualmente sola sin estar acompañada de un intervalo lúcido o de una fase maniaca, y sin embargo el diagnóstico y pronóstico es el

mismo. Ella puede ser “simplex” con una inhibición psicomotriz sin alteraciones perceptivas ni ideas delirantes prominentes, con un estado de ánimo dominado por una sensación de desánimo y desesperanza, o de angustia y desasosiego; de “estupor”, en donde la inhibición llega al estado de estupor con una turbación profunda, abulia, mutismo, inmovilidad; “gravis” parecido a la “simplex” pero con alteraciones perceptivas e ideas delirantes de inculpación y de damnación; la “paranoide”, donde se mantiene el juicio, pero existen ideas de persecución; la “fantástica” muy similar a la “gravis” con iguales ideas de inculpación, de aniquilación, de condenación, con estados de ánimo de desaliento y de angustia, pueden tornarse violentos o furiosos; y finalmente la “confusional”, donde prima un enturbiamiento de la conciencia, principalmente alteraciones sensorceptivas, el paciente no reconoce a sus allegados, los confunde con otro ser, hay prevalencia de estados oníricos, desorientación, lentitud y torpeza.

Para Kraepelin era la terminación de la enfermedad (generalmente el fin de la vida) la que definía en realidad la enfermedad como tal. En la locura maniaco-depresiva se está condenado a las recaídas y a una terminación deficitaria. Si Kraepelin no la llama locura maniaco-melancólica es porque para él se trataba en muchas de las ocasiones de estados depresivos, sin necesariamente ser estados delirantes o con alteraciones perceptivas (alucinaciones), que resumían disminuciones psicomotrices y embotamiento, muy diferente de la melancolía involutiva de tipo delirante o a la melancolía “simplex”, a la cual consideraba de todas formas como parte del grupo de la locura periódica maniaco-depresiva.

Otro personaje importante de este paradigma fue Jules Séglas (1895), quien identificó esa locura circular del lado de la melancolía, siendo esta la consecuencia de un proceso que él llama el “dolor moral”. Este está caracterizado por una cenestesia penosa; el hecho de sentir su cuerpo se vuelve una experiencia mortificante, modificaciones en el ejercicio de las funciones intelectuales, un trastorno mórbido de la sensibilidad moral traducido en una expresión de depresión dolorosa donde las ideas son fijas y monótonas. Lo que es fundamental para él es el estado emocional, los trastornos intelectuales y el dolor moral (en el sentido en que moral remite a psíquico). Para Séglas (1895) se trata de un síndrome que remite a varias enfermedades, pero que a su vez se puede encontrar en su forma pura y única, como delirio melancólico único. Para Séglas (1895) el dolor moral, la pena moral y los trastornos cenestésicos son el eje central a partir de los cuales la sensación de sí mismo a través de un estado de aniquilamiento profundo refleja la búsqueda incesante de una causa o de sus posibles consecuencias. El delirio melancólico también sería secundario y accesorio, es sólo una respuesta interpretativa a esos estados iniciales. Los desórdenes del cuerpo los asemeja a los de la célebre neurastenia de Beard: fatiga crónica, dolores, cefaleas, desmotivación general, zumbidos en los oídos, pérdida del apetito, desorden del sueño, ansiedad generalizada, disminución psicomotriz, etc. La cenestesia, como sensación de la existencia del cuerpo propio, generando un estado de bienestar, se

encuentra alterada y genera una sensación de malestar general corporal. Séglas (1895) nota igualmente la presencia de una sensación de centralidad, de encontrarse preocupado por algo exterior a él que inexorablemente lo condena, lo culpa o lo denigra, y lo cual afectará a las personas de su entorno, esto es a lo que él llama una marcha centrífuga o divergente de las ideas melancólicas. Todo se dirige inevitablemente de su ser hacia el exterior para afectar al resto de la humanidad. Los trastornos del pensamiento y el intelecto son también de gran importancia.

La neurastenia: la democratización del malestar de vivir

Los últimos veinte años del siglo XIX y los primeros del XX hasta la Primera Guerra Mundial, fueron un momento cumbre dentro del ámbito de la mente y el malestar subjetivo. En los EE.UU. nació una enfermedad llamada neurastenia o fatiga nerviosa, que se convertiría en una “pequeña melancolía”, no tan grave, no conduciendo a hospitalizaciones o internamientos en asilos, sin ese aspecto mortífero e invalidante de la gran melancolía que describimos más arriba. La neurastenia era un término genérico que incluía más de cincuenta síntomas, un conjunto vasto y heterogéneo; un trastorno nervioso (ya que era un desequilibrio de los nervios) combinación de un agrupamiento de síntomas nerviosos dispersos en la literatura nosológica europea y norteamericana, y que iba desde la sensibilidad del cuero cabelludo, pasando por la fatiga crónica, ansiedad y carácter irritable hasta las caries rápidas e irregularidades de los dientes. Esta enfermedad generó un gran furor en los medios burgueses y boyantes de las sociedades norteamericanas y europeas. En cada país se asentó de manera particular.

La neurastenia va a contribuir a una permeabilidad social de la enfermedad mental, a una especie de “democratización” del malestar mental, pasando de la psiquiatría asilar a una psiquiatría de ciudad (o medicina liberal privada), de la alienación mental a trastornos para personas “normales” u ordinarias. Un cierto número de transformaciones antropológicas, económicas y culturales de finales del siglo XIX en Europa y Norteamérica propulsaron esos cambios y la aprehensión del malestar psíquico no solo como elemento presente en los asilos, sino también en las grandes urbes, en las universidades, en las fábricas y las oficinas. La neurastenia, forjada por el médico George Beard (1881), fue calificada como el “trastorno de los tiempos modernos”, pues a diferencia de los otros trastornos mentales éste fue tal vez uno de los primeros cuya etiología u origen provenía de causas eminentemente externas al sujeto, y no de una degeneración heredada y transmitida en descendencia directa, la cual era la idea promovida mayoritariamente dentro de la medicina por aquel entonces. Este trastorno es el fruto de un agotamiento nervioso debido al *surmenage* y a la vida moderna, a la tecnificación y al alto rendimiento requerido en los oficios que empezaban a aparecer. Este mal afectaba a las clases medias y superiores de las urbes, a los profesionales intelectuales y a los jóvenes escolarizados en las universidades. Los literatos y los artistas estuvieron entre los primeros en proveer a las clases

intelectuales los modelos de identidad y de comprensión de sí mismo, promoviendo una superación personal, un ir más allá (el superhombre nietzschiano) de uno mismo y sus límites, separándose de la tradición y de la naturaleza (Ehrenberg, 1998).

El individualismo “democrático” y la promoción de un nuevo *self* asociado al mismo, fue en efecto percibido inmediatamente por los contemporáneos como una mutación esencial, que tocaba nada menos que con la condición humana. Este individualismo y esta figura original del *self* abrían la puerta a nuevos sufrimientos, en otros términos, a nuevas maneras de sufrir y sentir, completamente dependientes de las nuevas obligaciones como de las nuevas oportunidades de la acción (personal o colectiva) en el individuo que se descubría de repente “moderno”. (Castel, 2011, pp. 277-278).

La neurastenia fue la condensación y el origen de los trastornos funcionales, de lo desconocido y lo incomprendido por el saber médico: si no existía una lesión orgánica o fisiológica clara, no quedaba más remedio que ligarla a eventos externos al sujeto, convirtiéndose en un hecho moral total. Esto genera la idea de que la vida en sociedad puede enfermarlo a uno, es decir, se promueve el concepto de una socialización de la mente. Todo tipo de literatura derramó cantidades de tinta alrededor de este trastorno difícil de aprehender, que generó confusión y demasiada controversia dentro de la medicina y la psicopatología. Su decadencia fue progresiva hasta que al final de la Primera Guerra Mundial prácticamente desapareció, dándole entrada al psicoanálisis y a la neurosis como nuevos símbolos de tratamiento de la interioridad personal, y del malestar y la identidad (el conflicto intrapsíquico).

La neurosis freudiana

A través de la obra de Freud, nuevos aspectos, lejos de la neurología y la psiquiatría clásica, modifican la concepción puramente descriptiva de estas enfermedades para focalizarse en un nuevo lenguaje que se centra en los mecanismos de la formación de síntomas, es decir en su patogenia. El médico neurólogo, J.-M. Charcot, del Hospital de la Salpêtrière, propone una serie de elementos nuevos y originales sobre la histeria, los cuales Freud y Janet retomaron para sacar a esta entidad y otras de sus creaciones (la neurosis obsesiva y la psicastenia, respectivamente) del campo de la neurología, y llevar a ese grupo —la neurosis— al campo de la psicología y la psiquiatría como estructura psicopatológica. El gran avance de Charcot fue demostrar que una serie de fenómenos, principalmente las parálisis (pero igualmente las anestias o los dolores), se manifestaban en la histeria de manera muy diferente a las parálisis debidas a lesiones. Es esto lo que llevó a Freud más tarde a sacar a las neurosis del campo de la neurología y a la invención del psicoanálisis, que tanto influyó en el campo de la psiquiatría. Freud habló entonces de dos tipos de neurosis: las actuales y las de transferencia o defensa (que opondrá a las neurosis narcisistas o psicosis). Las primeras constan de la neurosis de angustia (de su propia creación), la neurastenia de Beard y la hipocondría, las cuales tendrían una etiología somática (tensiones y desórdenes de la vida sexual actual del paciente). Por otro lado, las neurosis de transferencia o defensa son las que se producen dentro del marco analítico y son la neu-

rosis obsesiva (también de su creación), la histeria y la fobia; estas están sometidas a la interpretación analítica y poseen una etiología psicológica y afectiva esencialmente; se puede explicar su formación gracias a la falla en los mecanismos defensivos que Freud se ocupa de explicar a lo largo y ancho de toda su obra (represión, censura, denegación, condensación, desplazamiento, etc.). Freud no limita —como el caso de Beard y la neurastenia— el malestar de la mente a causas externas como el *surmenage* o el exceso de trabajo; para Freud la interioridad y la abreacción del conflicto entre las mociones pulsionales (ello) y el proceso civilizador (superyó), son los métodos para llegar a la cura. Son neurosis de defensa puesto que la represión actúa como mecanismo para defenderse de la angustia y la culpabilidad generadas por ese conflicto interior. El exterior será por un lado el traumatismo y la filiación, y no lo hereditario, como anteriormente se decía.

Según Bercherie (2005), podemos afirmar tres puntos en relación con el psicoanálisis y su rebasamiento de la clínica psiquiátrica:

1. El mecanismo de formación de los síntomas tendrá un impacto en la nosología psiquiátrica y remodelará el campo de la neurosis y producirá una clara división entre las tres principales estructuras psicopatológicas: neurosis, psicosis y perversión.
2. Las formaciones del inconsciente van a sobrepasar el espacio clínico y psicopatológico para acariciar lo antropológico y la cuestión del sujeto humano en su división y su existencia.
3. Los significados atribuidos a los síntomas como parte de la clínica psiquiátrica, y las formaciones del inconsciente, tendrán un impacto significativo en la distinción entre lo normal y lo patológico, y van a postular preguntas trascendentales a la subjetividad en tanto que el síntoma se trata de lo más íntimo para cada sujeto (Bercherie, 2005).

Al mismo tiempo Freud va a abrir un debate en cuanto a la sexualidad y a la no satisfacción de los deseos sexuales, aportando de este modo un granito de arena más a esta emancipación del hombre del fin del siglo XIX y principios del XX. Ya no sólo es su propio dueño y agente de su destino, ahora es también libre de ejercer su sexualidad y sus maneras de gozar dentro del límite permitido por la psicopatología y la ley (no más allá de la heterosexualidad ni de la perversión). No obstante, el psicoanálisis abre el camino a una liberación sexual que tendrá lugar más adelante y da vía a nuevas formas de malestar relacionadas con ella.

Antes que nada, para Freud, entrar en la civilización tiene un precio: el individuo debe dejar a un lado sus deseos, pulsiones y satisfacciones, sacrificarlas y coartarlas hasta un cierto punto, para poder entrar dentro de la colectividad y hacer parte de la cultura que lo rodea. Este será un proceso de civilización al cual se verá sometido el hombre, a pesar de su aparente emancipación.

Según Freud (2009) las transformaciones de los procesos y evolución libidinal del individuo, mediante la formación del carácter, por un lado, y la sublimación y la renuncia a las satisfacciones pulsionales (la “frustración cultural”), por el otro, han facilitado la constitución de la neurosis como precio a pagar por entrar en la cultura. Privar al infante de ciertas mociones pulsionales y de goce, restringir la satisfacción sexual a la monogamia y a las relaciones con objeto y fin sexual consensualmente aceptados, son los caminos que la cultura trata de forzar para cada quien. Es una manera de regular el orden social y la colectividad.

La aparición de la segunda tópica freudiana, y principalmente del concepto de superyó o *superego*, permite entrever desde un cierto punto lo que la antropología y la sociología tratan como uno de los elementos *princeps* de la colectivización, la auto-coacción y el auto-control como medio de regulación y socialización mediante una imposición inconsciente sobre cada individuo de sus deberes y obligaciones morales. Si el hombre de la Ilustración y de la sociedad post-industrial se liberó del yugo de la religión y la monarquía, no se liberó de la coacción moral ejercida desde su propio interior. *El malestar en la cultura*, *Moisés y la religión monoteísta*, *Tótem y tabú*, son ensayos de Freud que dan a entender que el superyó no es sólo una instancia individual o colectiva, sino una sola y misma autocoacción a la vez intrapsíquica y social. Los componentes de la neurosis son a la vez los del individuo neurótico y los de la sociedad que lo obliga a someterse a ella, y que lo obliga a través de la culpabilidad a plegarse a una regulación que debe venir de su interior y que no parezca provenir de afuera.

Algo que parece generar tanto éxito al psicoanálisis a principios del siglo XX es haber ligado la técnica analítica con los mecanismos internos y externos socializadores y civilizadores, que de una forma u otra generan los malestares individuales. Sin embargo pareciera que para Freud está primero el individuo, existe un punto de vista individual supremo que condiciona al individuo social, y de la sociedad como una suerte de superyó que suplanta a la auto-coacción de forma psicologizada. Es decir, la auto-coacción aparece como un mecanismo patológico, el paso de lo psicológico a lo social, del individuo a lo social. El superyó es patológico si somos tomados uno a uno, y civilizador para los hombres tomados en su conjunto (Castel, 2012). Aquí podemos observar la importancia del concepto de neurosis en la formación del hombre del siglo XX, la neurosis como complejo de la libertad y la emancipación política y económica, dueño de su destino, pero neurosis también como aquella que hace al ser humano esclavo de su interioridad moral, del superyó y la coacción ejercida por este, acarreando todos los malestares que conlleva esta acción moralizante.

La neurosis depresiva, la depresión exógena y reactiva

Es el influyente psiquiatra de origen suizo, naturalizado estadounidense, Adolf Meyer quien bajo una concepción dinámica, prefirió el concepto de depresión al de melancolía. Para él se trataba de una baja o depresión de las energías vitales como reacción a las adversidades sociales y psicológicas quienes determinaban lo que afectaba al sujeto; asimismo consideró la depresión endógena (que algunos llamarían psicótica) de tipo melancólica y delirante. Meyer fue el primero en hablar de una “neurosis depresiva”, neurosis como reacción a una vivencia externa, la cual se convierte, gracias a los trabajos de psicoanálisis y de psiquiatría dinámica, en el prototipo continuista de la neurastenia. Igualmente, el psiquiatra alemán Lange (1926) propuso una distinción entre una depresión endógena o biológica, remitiendo a la melancolía clásica y alienista, y una melancolía exógena o psicógena de tipo reactiva y sin inhibición psicomotriz, con una tendencia a la proyección de la responsabilidad del trastorno a otros y sin antecedentes familiares. Sin embargo, Freud nunca habló de una tal neurosis depresiva o de depresión exógena, él habló de una depresión neurótica, lo cual es distinto. En “Duelo y melancolía” mencionó una forma de depresión de tipo neurótico, que remite a un síntoma (incluso a un estado normal pasajero), no a una enfermedad de pleno derecho o a una entidad nosológica tipo DSM. En “Inhibición, síntoma y angustia”, Freud (2007) se refirió a la depresión como una inhibición en su aspecto económico. La inhibición como una restricción o baja de las funciones del *ego*, ya sea por precaución, ya sea por empobrecimiento de energía. Para Freud la depresión no sería tanto un síntoma, puesto que un síntoma para él es el sustituto de una satisfacción pulsional no llevada a cabo, mientras que la depresión es una inhibición global del organismo el cual se ve obligado a restringir el gasto de energía. Lo vio como un suceso que puede ocurrir en cualquier forma de afección de la mente (o estructura psicopatológica), mas nunca como una enfermedad como tal. En esto el célebre psiquiatra Henri Ey (1948) siguió a Freud, viendo en la depresión una forma de insuficiencia, un déficit energético.

Esta idea de la neurosis depresiva va de todos modos a expandirse por toda la psiquiatría después de la Primera Guerra Mundial, pero tendrá un particular interés después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la psiquiatría pasa a la esfera privada y de consultorio (siguiendo el modelo del psicoanálisis) de forma masiva, principalmente en Norteamérica. A saber, ya no solo se ocupará de pacientes con patologías pesadas y complejas, o patologías de guerra (neurosis de guerra o traumática), ahora también tratará a la gente del común. Es particularmente un evento mayor quien hará que esa distinción entre depresión endógena y exógena se acentúe por corto tiempo y que la psiquiatría comience a tomarse en serio la depresión como una enfermedad de pleno derecho: la invención de la sismoterapia o *electroshocks*, utilizada por primera vez en 1938 en Italia. Una sismoterapia es eficaz para toda forma de melancolía o depresión, pero servirá más, o su utilización será más específica, según se trate de una depresión endógena o una reactiva-exógena. Para la primera el resultado será mu-

cho más óptimo, para la segunda, no tanto. Semiológicamente ambas poseerán, no obstante, similitudes y elementos en común: una pérdida de la estima de sí mismo, tristeza y disminución del tono muscular.

Finalmente, será gracias al descubrimiento de los antidepresivos en 1957, que la depresión ya no será diferenciada entre endógena y reactiva y que la dicotomía se desvanecerá; incluso la depresión comenzará a verse como la nueva patología de la mente de los sujetos “normales”, la patología de la disfunción y del déficit.

Los antidepresivos: el comienzo de una nueva era para la psicopatología y el comienzo de una epidemia mundial

El año de 1957 es crucial para la psiquiatría y para lo que nos atañe. Roland Kuhn en Suiza y Nathan Kline en EE.UU. van a descubrir los efectos antidepresivos de dos moléculas: la imipramina, de la familia de los tricíclicos (Kuhn), y la iproniazida, de la familia de los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAO (Kline). Mientras que Kuhn pensaba haber descubierto un medicamento específico contra una categoría natural, presente en el cuerpo humano: la melancolía o depresión endógena, un corrector del humor, Kline creyó haber descubierto un euforizante o psicoestimulante no específico, sino de uso global para cualquier tipo de depresión o de estado de ánimo depresivo o de energía empobrecida (siguiendo las tesis de Freud). Cada uno de estos autores hará su aporte a la manera como se debe usar el medicamento psicotrópico y la manera como se apprehenderá la depresión y su tratamiento.

La imipramina, para Kuhn, puede desenmascarar la depresión endógena y revelar su verdadero rostro. Por la forma como el psiquiatra suizo analiza el malestar psicológico, podemos comprender los efectos de esta droga; es a través de la empatía y el enfoque clínico existencialista de Kuhn —muy popular en la psiquiatría germanoparlante— que a través de la observación empírica se puede inferir el efecto de esta molécula; de lo contrario nunca se habría hecho este descubrimiento y mucho menos con el proceso impersonal que la investigación moderna introdujo algunos años más tarde (ensayos clínicos aleatorizados).

Si podemos identificar algo importante es la manera como la molécula se vuelve el garante de la existencia de un trastorno mórbido o una patología subyacente a través de los efectos inducidos por esta substancia, es decir, lo que se llamó la “prueba terapéutica” o “disección farmacéutica”. Healy (1997) deja entender entonces que si la molécula cura algo o reduce ciertos síntomas es porque la enfermedad existe como una entidad natural material².

² Esto ha permitido la proposición de hipótesis neurobiológicas al origen de la depresión; la idea es poder establecer de una vez por todas de que se trata de una entidad natural presente en el cuerpo humano y con marcadores biológicos específicos. Schildkraut (1965) fue uno de los primeros en proponer a partir de los efectos del antidepresivo sobre los neurotransmisores (catecolaminas), la idea de un desequilibrio en la producción de éstos últimos en pacientes depresivos como causa de dicha enfermedad. Esta hipótesis ha sido bastante debatida, y aunque es admitida por una gran parte de la psiquiatría, aún existen muchos expertos en la materia que se oponen abiertamente a ella y la impugnan bajo todas sus formas (ver Healy, 1997; 2008). Nada ha podido ser determinado consensualmente aún sobre esta hipótesis, ni sobre el hecho de que la depresión sea en efecto una enfermedad de origen orgánico.

Por otro lado, para Kline no existiría ninguna patología subyacente a la depresión, la depresión es única y autónoma y no es necesario buscar algún tipo de patología interna para diagnosticarla; el hecho de que cure toda forma de baja de ánimo o pérdida de energía es suficiente para arremeter contra esa dicotomía endógeno-exógeno; incluso los antidepresivos servirán para tratar todo tipo de síndromes y síntomas distintos a la depresión.

Ambas visiones van a cohabitar y a subsistir, particularmente hasta la redacción del DSM-III en 1980 cuando pareciera que la visión de Kuhn es la triunfante, especialmente, cuando la denominación para ese tipo de moléculas, “antidepresivo”, prevalece y dicta las guías prácticas y del saber de la medicina; por otra parte, eso generará una disputa al interior de la psiquiatría y la medicina general, pues para muchos esa denominación es errónea, ese tipo de molécula rebasa la indicación de la depresión. No obstante, la conceptualización de la depresión como una enfermedad de pleno derecho (trastorno depresivo unipolar o trastorno depresivo menor) que vehiculará el DSM años más tarde es la que se impondrá en la mayoría de la medicina, a pesar de los debates y las controversias sobre la definición, la semiología y la patogenia de este trastorno hartó polémico. Esto último se afianzará gracias al *marketing* y a los esfuerzos de la industria farmacéutica que permitirán que la depresión adquiera una forma, una cierta definición (débil y bastante cuestionada): depresión será cualquier trastorno (incluso funcional) que responda a un antidepresivo.

Una de las particularidades del concepto de depresión, como lo señalan Ehrenberg (1998) y muchos otros, es que justamente nadie sabe exactamente cómo definirla. Las definiciones abundan, su semiología es vasta, no homogénea, de una gran diversidad; su etiología se presta para todo tipo de especulaciones dependiendo de la corriente psicopatológica que la estudie. Puede ser una desregulación del humor, un estado de tristeza pasajero, una enfermedad de origen genético, un aprendizaje inadecuado, distorsiones cognitivas, etc. A pesar de las clasificaciones estadounidenses (DSM-III y posteriores) el caos prosigue, ahora —como lo señala el psiquiatra del ala más biológica de esta disciplina, Herman van Praag (1990)— la diferencia es que este caos está codificado y la confusión es de este modo disimulada.

El marketing de la depresión

Antes de continuar hay que señalar que Roche Laboratories (dueños de la iproniazida) y los laboratorios Geigy (de la imipramina) no querían invertir en estas moléculas antidepresivas, pues ambos sostenían que el mercado para estas sustancias era muy limitado, ya que había muy pocas personas depresivas —en el sentido pre-antidepresivo: el de melancolía y la locura maniaco-depresiva. Es increíble ver que por aquel entonces no se consideraba que existieran tantos deprimidos como para masificar la venta y el consumo de antidepresivos.

Pero va a ser el laboratorio Merck con su molécula la amitriptilina (Elavil[®], Tryptanol[®]), lanzada en 1961, que se comenzará a comercializar la depresión, se inventará un mercado, y el dispositivo farmacéutico comenzará a girar a toda velocidad. El primer libro sobre el tema se publicó por aquel entonces, *Recognizing the Depressed Patient*, de Frank Ayd (1961), donde se le enseñaba al público cómo detectar la depresión, decía que se puede diagnosticar en medicina general, y no solamente en psiquiatría, y, finalmente, alababa los efectos de la amitriptilina para esta condición en plena redefinición. La ventaja del libro de Ayd es que su investigación se llevó a cabo en un hospital general y no mental. Esta es una oportunidad para que Merck lance la depresión (en apariencia menos severa y de tipo neurótico) a escena. El laboratorio hará existir la depresión, ya sea mayor o menor, endógena o exógena; en cualquiera de los casos se podrá tratar con antidepresivo. Estas ideas tienen una fuerte influencia en muchos psiquiatras de habla inglesa, y autoriza a que estas moléculas (imipramina e iproniazida) sin duda adquieran el nombre de antidepresivo que Kuhn había propuesto, y no el de psicoestimulante o energizante. La idea, que ya comenzaba a coger fuerza por aquel entonces, era la de especificar el uso de un medicamento; un antibiótico sirve para combatir enfermedades de origen bacteriano, atacando la base de la enfermedad, se espera que un medicamento antidepresivo ataque una enfermedad depresiva, combatiendo las bases o fundamentos de esa enfermedad. El problema es que la depresión —o al menos lo que se conocía de ésta— se limitaba a los asilos psiquiátricos (mercado muy reducido), por consiguiente, era necesario buscar dentro de la literatura médica un trastorno o síndrome que sirviera para lanzar de forma masiva la existencia de esta enfermedad como algo típico y más común de lo que se pensaba: la neurosis depresiva y reactiva fueron las cabezas de puente para lanzar la depresión como la nueva enfermedad de la mente y el cuerpo, afectando a los individuos en mejor estado.

La relación directa entre estas moléculas y su efecto sobre la depresión endógena se aceptará rápidamente dentro de las costumbres médicas sin que importe mucho si esta asociación es justificable. Los laboratorios Merck van a pedir más de cincuenta mil ejemplares del libro de Ayd y van a distribuirlos a los médicos y psiquiatras donde se prescribía la droga. El *marketing* y el “*disease mongering*”³ son dos fuerzas que actúan para anclar la depresión en las prácticas médicas, para transformar los estados de ánimo de tristeza o la melancolía en enfermedad psiquiátrica, biológica y tratable con medicamentos. Como dijo Healy (2008), Merck no sólo vendió un medicamento, vendió un concepto. La firma crea videos pedagógicos en los cuales muestran cómo los médicos deben examinar a los pacientes con depresión y cómo los deben tratar (Healy, 2008).

³ Este término se refiere a la “venta de enfermedades”, y no quiere decir que haya una invención de enfermedades por parte de los laboratorios, simplemente es la idea de que existiría una sustancia o medicamento sobrevalorado, y cuya venta está por encima de los verdaderos beneficios que trae esa sustancia. Esta ha sido una de las maneras a través de las cuales el dispositivo farmacéutico ha logrado promover conceptos y aumentar el diagnóstico de enfermedades, particularmente las de tipo psiquiátrico y mental.

No obstante, el éxito comercial de los antidepresivos y de la depresión no fue tan importante como la llegada de los antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina) en la década de los 80. Si la depresión tiene mucha fuerza en los países anglosajones y, posteriormente, en el resto de los países industrializados, es porque a principios de 1990 la American Psychiatric Association en los EE.UU. y el Royal College of Psychiatry en el Reino Unido, pusieron en marcha la mayor campaña de lucha contra la depresión en la historia, financiada principalmente por las compañías farmacéuticas. Las campañas se desarrollaron en hospitales, colegios, universidades, centros comunitarios, oficinas y empresas, y en ellas advertían al público sobre los riesgos y las desventajas de poseer esta enfermedad, las maneras de observarla y diagnosticarla en cualquier persona desde sus primeros síntomas, y la mejor manera de confrontarla y tratarla. Estas campañas masivas suministraron un lenguaje, una manera de nombrar y darle un significado al malestar por el cual atravesaban miles de personas; todo a través de una jerga médico-psiquiátrica que se volvería la norma y entraría en el lenguaje común, en especial cuando en 1993 fue publicado en Norteamérica un libro controversial, convertido en *best-seller*, *Listening to Prozac* de Peter Kramer (1993), con el cual la palabra Prozac® accedería al lenguaje común convirtiéndose en sinónimo de metamorfosis de sí mismo, potencializador del carácter, esteroide de la personalidad, corrector del humor y de desequilibrios neuroquímicos, cura contra el malestar de vivir. El ideal del *self-made-man* anglosajón es llevado a su paroxismo con esta molécula. Ahora no solamente las personas tenían la capacidad de identificar y nombrar ese dolor moral, sino que se les ofrecía la capacidad de tratarlo, de mostrar qué tan común es lo que tienen, de no sentirse avergonzadas, de compartir su dolor con su entorno y de ser los artífices de su propia sanación. *Listening to Prozac* desculpabiliza el consumo de antidepresivos, y lo ofrece más allá de la indicación médica, como un medicamento de *comfort* para sentirse mejor, para ser la persona que siempre se deseó ser. Estas campañas no tuvieron nada de sorprendente en apariencia, sino es porque la financiación de las empresas farmacéuticas nunca fue desinteresada.

La aparición de los fármacos serotoninérgicos (ISRS), en especial el Prozac®, es importante en la historia del desarrollo de la depresión como enfermedad nueva de la medicina (y lo que es más importante, ¡de la sociedad de consumo!), y potencial fuente de beneficios para la industria farmacéutica. Este nicho podía no haber prosperado debido a la dificultad para dar cuenta directamente de los efectos de los antidepresivos. Si la clorpromazina (el primer neuroléptico) mostraba resultados espectaculares en poco tiempo en pacientes psicóticos, los efectos de los antidepresivos, en especial los ISRS, son más difíciles de observar, toman más tiempo, y no siempre son experimentados por el consumidor o vistos por el prescriptor de la misma manera. Sin embargo, gracias a los esfuerzos y al ingenio de los consultores en *marketing* de los laboratorios donde se desarrollaron los primeros ISRS, la historia fue diferente.

Conclusión

De acuerdo con Ehrenberg, los años 60 serán un momento de quiebre a nivel de la concepción del individuo con respecto a los periodos precedentes. Las diferentes transformaciones políticas, los conflictos armados (Vietnam, Argelia, etc.), Mayo del 68, los primeros movimientos pacifistas y de protesta social (feministas, igualitaristas, antirracistas, etc.), todos estos movimientos sociales exigieron cambios en las costumbres morales, a través de una directa confrontación del individuo contra la sociedad opresora. El hombre soberano aparece como el nuevo ideal a alcanzar, pero este lo debe hacer por sí mismo, debe ser el gestor de su propia identidad y de su propio devenir, con sus propios recursos internos. No alcanzar o no realizar estos deseos impuestos por la nueva manera de vivir y de pensar, exponen al sujeto al fracaso, a la insuficiencia y a todo tipo de malestar psíquico. El antidepresivo viene como respuesta a esta incapacidad, a esta imposibilidad de ser uno mismo y de convertirse en uno mismo tal y como su ideal se lo dicta. La edad del alto rendimiento y la competitividad, y de la realización imparables de los deseos, es la que parece presentarse delante de nuestros ojos.

Para Ehrenberg, en el campo psicopatológico, las nociones de conflicto y de culpabilidad parecen diezmarse en esta nueva era, en beneficio de las nociones de insuficiencia, déficit y de bienestar.

En efecto, las reglas tradicionales de regulación de los comportamientos individuales ya no son más aceptadas, y el derecho a elegir la vida que uno quiera llevar comienza a ser la norma de la relación individuo-sociedad, o al menos a entrar en las costumbres. Las relaciones entre lo público y lo privado se modifican notablemente: el primero aparece como la prolongación del segundo. En vez de la disciplina y la obediencia, la independencia a la atención de las obligaciones sociales y el apoyo sobre uno mismo [la idea de autosuficiencia]; en vez de la finitud y del destino al cual hay que adaptarse, la idea de que todo es posible; en vez de la vieja culpabilidad burguesa y de la lucha para sobrepasar la ley de los padres (Edipo), el miedo de no estar a la altura, el vacío y la impotencia que resultan de esto (Narciso). La figura del sujeto sale bastante modificada: se trata a partir de ahora de ser parecido a uno mismo. A partir del momento en que *todo es posible*, las enfermedades de la insuficiencia vienen a colocar, al interior de la persona, las rasgaduras que vienen a recordarle que *todo no es permitido*.

En la intersección de discusiones psicopatológicas y de esos cambios normativos, la depresión se posiciona como el reverso de esta figura del sujeto. Ésta asocia la melancolía de la edad clásica con la pasión igualitaria de los tiempos democráticos, aquellos donde, según la famosa expresión de Andy Warhol, cada uno tendrá derecho a su “cuarto de hora de celebridad”. La depresión es el drama de una nueva normalidad la cual es al mismo tiempo nueva normatividad. (Ehrenberg, 1998, p. 136-137).

Pero a pesar de la exactitud de las palabras de Ehrenberg, erran el blanco, la experiencia clínica ha demostrado que la “sociologización” del malestar mental tiene sus límites y tiende a dar respuestas muy generales y vagas, aunque no desprovistas de interés. La experiencia clínica muestra que el conflicto (división subjetiva) no ha desaparecido, todavía menos la culpabilidad, si algo demuestra la depresión es el mantenimiento de la culpabilidad bajo todas sus formas, que esta culpabilidad esté menos atada al incumplimiento de una norma que al incumplimiento de un deseo cons-

ciente, no la hace menos presente y menos fuente de depresión. El conflicto intrapsíquico tampoco pierde su lugar, en especial cuando el deseo del sujeto entra en contradicción con sus posibilidades de alcanzarlo, posibilidades reguladas por el Otro. Para una gran parte de la clínica psicoanalítica el depresivo es quien claudica frente a su deseo (ver López Herrero & Pérez, 2003); de alguna manera se podría uno preguntar ¿no existe culpabilidad ni conflicto para el depresivo? Ehrenberg afirma que la psicopatología y la nueva psicología clínica ya no se interesan en eso. En cambio, muestra que la “sociologización” de los estados de la mente y sus desvaríos no recubre todas las posibilidades de sufrimiento individual, ni tampoco acierta sobre la facilidad con la que gran parte de la población es manipulada en aras de un bienestar vanagloriado por los medios y el entorno, siendo la medicación masiva la respuesta. En esto el psicoanálisis insiste en sostener que el conflicto, así se desfase y se mueva del lado de no querer desear o de enfrentar un deseo ineluctablemente frustrante e imposible, se transforma en un nuevo conflicto y en una nueva fuente de culpabilidad.

Las explicaciones de Ehrenberg se quedan cortas, aunque rozan en cierto modo dentro de su libro con lo que para nosotros ha realmente propulsado la metamorfosis del saber médico y, por consiguiente, del saber colectivo y popular con respecto a la depresión. El *marketing* farmacéutico genera a su vez la demanda y el lenguaje para expresar esta demanda; a través de la medicina y los medios de comunicación provee las palabras y las expresiones para traducir, mediante significaciones comunes —que cada quien está en capacidad de llegar a entender y de apropiarse—, lo que se siente al interior de cada uno.

La industria farmacéutica es una hija del discurso capitalista, y en consecuencia, ancla al sujeto contemporáneo dentro de sus prerrogativas, lo amarra a sus preceptos y lo moldea según sus ideales de consumo.

Referencias

- Arce Ross, G. (2009). *Manie, mélancolie et facteurs blancs*. Paris: Beauchesne.
- Ayd, F. J. (1961). *Recognizing the depressed patient: with essentials of management and treatment*. New York: Grune & Stratton.
- Beard, G. M. (1881). *American nervousness, its causes and consequences: a supplement to nervous exhaustion (neurasthenia)*. New York: G. P. Putnam's sons. Recuperado de <http://archive.org/stream/americanervousn00bearuoft#page/n7/mode/2up>
- Bercherie, P. (2005). *Clinique psychiatrique, clinique psychanalytique. Études et recherches 1980-2004*. Paris: L'Harmattan.
- Bright, T. (1586 / 1940). *A Treatise of Melancholy*. New York: Facsimile Text Society.
- Burton, R. (1997). *Anatomía de la melancolía*. Madrid: A.E.N., Siglo XXI.
- Castel, P.-H. (2011). *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Obsessions et contrainte intérieure de l'antiquité à Freud I*. Paris: Ithaque.
- Castel, P.-H. (2012). *La fin des coupables. Suivi de Le cas Paramord. Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences II*. Paris: Ithaque.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P. et al. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590. doi: 10.1001/jama.291.21.2581
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob (poche). [ed. español: (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.]
- Ellenberger, H. (1981). *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books. [ed. español: (1976). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Gredos.]
- Esquirol, J.-E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Vol.I*. Paris: J.-B. Baillière.

- Ey, H. (1948). *Études psychiatriques. Tome 1. Historique, méthodologique, psychopathologie générale*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Freud, S. (2007). *Obras completas. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2009). *El malestar en la cultura*. Madrid: Alianza.
- Habermas, J. (1980). *Dominio técnico y comunidad lingüística*. Barcelona: Ariel.
- Hacking, I. (1998). *Mad Travelers: Reflections of the Reality of Transient Mental Illnesses*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. Cambridge: Harvard University Press.
- Healy, D. (2008). *Psychiatric Drugs Explained*. London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Kraepelin, E. (2012). *La locura maniaco-depresiva*. Madrid: Edición de Alienistas del Pisuerga.
- Kramer, P. (1993). *Listening to Prozac*. New York: Viking, Penguin Books.
- Lange, J. (1926). Ueber Melancholie. *Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 101, 293-319.
- López Herrero, L.-S. & Pérez, A. (2003). La cara oculta de la tristeza. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 87. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000300004&script=sci_arttext
- Pignarre, P. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie?* Paris: La Découverte. [ed. español: (2003). *La depresión: una epidemia de nuestro tiempo*. Madrid: Debate].
- Séglas, J. (1895). *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris: Asselin & Houzeau.
- Schildkraut, J.-J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*, 122(5), 509-522.
- Van Praag, H. (1990). The DSM-IV (depression) classification: to be or not to be? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 78(3), 147-149.
- World Federation for Mental Health (WFMH). (2012). Depresión una crisis global: día mundial de la salud mental 2012. Recuperado de <http://www.wfmh.org/2012DOCS/WMHDDay%20Packet%20-%20%20Spanish%20Translation%202.pdf>