

*Núria CORRALES MAGÍN*

---

AMOR Y MELANCOLÍA EN “EL DEMONIO DE LA  
DEPRESIÓN”, DE ANDREW SOLOMON

*Trabajo Final de Carrera  
dirigido por  
Jorge MARTÍNEZ LUCENA*

*Universidad Abat Oliba CEU*  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
*Licenciatura en Psicología*

---

2012



*Si existe el infierno en la tierra,  
cabe encontrarlo en el corazón del hombre melancólico*

ROBERT BURTON



## Resumen

Las tasas de prevalencia de la depresión en la población no dejan de aumentar, pero la causa por la cual una persona desarrolla el trastorno, a pesar de las múltiples hipótesis existentes, todavía sigue siendo desconocida. Los servicios sanitarios se afanan por intentar reducir la sintomatología observable, para conseguir que pronto la persona recupere su vida social y laboral. Pero, ¿qué es lo que realmente subyace detrás de ésta enfermedad? ¿Cuál es el principal problema que debe hacer frente la mente depresiva?

Una de las cuestiones más reconocidas y manifestadas por la mayoría de los pacientes melancólicos es la imposibilidad que se siente frente al amor. No se puede amar, ni a uno mismo ni a los demás. Parece hacerse obvia la existencia de una correlación entre la capacidad de querer y de reconocerse como querido, y la depresión. Es precisamente este vínculo y la importancia del mismo, lo que se pretende abarcar y presentar en el siguiente trabajo. Para ello, se ha realizado un análisis de la obra de Andrew Solomon, *El demonio de la depresión*, dónde se recoge detalladamente qué es lo que sucede durante el padecimiento de esta enfermedad con respecto a la capacidad de amar y de sentirse correspondido, corroborándolo y ampliándolo, posteriormente, a través de distintas referencias literarias acerca de dicha patología. Finalmente se ha procedido, a través de Erich Fromm y su libro *El arte de amar*, al estudio o conceptualización del amor y a la jerarquía que ocupa este durante la vida de cualquier persona, para exponer así, las consecuencias de la carencia de este sentimiento y la necesidad del mismo para poder conservar una mente sana.

## Palabras claves

Trastorno mental – Depresión o Melancolía – Relaciones humanas - Aislamiento social – Amor o capacidad de amar
--

## Resum

*Les taxes de prevalença de la depressió dins la població no deixen d'augmentar, però la causa per la qual una persona desenvolupa el trastorn, tot i les múltiples hipòtesis existents, encara segueix sent desconeguda. Els serveis sanitaris s'esforcen per intentar reduir la simptomatologia observable, per aconseguir, el més*

*aviat possible, que la persona recuperi la seva vida social i laboral. Però, què és el que realment hi ha darrere d'aquesta malaltia? Quin és el principal problema amb el que s'ha d'enfrontar la ment depressiva?*

*Una de les qüestions més reconegudes i manifestades per la majoria dels pacients melancòlics, és la impossibilitat que se sent davant l'amor. No es pot estimar, ni a un mateix ni tampoc als altres. Es fa obvi així, la existència d'una correlació entre la capacitat d'estimar i sentir-se estimat, i la depressió. És aquest vincle i la importància del mateix, el que es pretén estudiar i presentar en el següent treball. Per a això, s'ha realitzat una anàlisi de l'obra d'Andrew Solomon, *El dimoni de la depressió*, on es recull detalladament què és el que succeeix en la capacitat que té la persona d'estimar i sentir-se estimat durant aquesta malaltia, corroborant-lo i ampliant-lo, posteriorment, amb diferents referències literàries sobre la patologia esmentada. Finalment s'ha procedit, a través d'Erich Fromm i el seu llibre *L'art d'estimar*, a l'estudi o conceptualització de l'amor i la jerarquia que ocupa aquest durant la vida de qualsevol persona, per exposar així, les conseqüències de la manca d'aquest sentiment i la necessitat del mateix per poder conservar una ment sana*

## **Paraules clau**

<i>Trastorn mental - Depressió o Malenconia - Relacions humanes - Aïllament social - Amor o capacitat d'estimar</i>
---

## **Abstract**

*Prevalence rates of depression among the population continue to rise, but the reason why people develop the disorder, despite the many existing hypotheses, remains unknown. The health services are striving to reduce the observable symptomatology, in order for sufferers to quickly recover their social and working lives. But what really lies behind this illness? What is the main problem that the depressed mind needs to cope with?*

*Once of the most recognised and manifest issues for most melancholic patients is the impossibility that they feel in relation to love. They cannot love either themselves or others. It seems obvious that there is a correlation between the capacity to love and recognising oneself as loved, and depression. It is precisely this association and the importance of the same that the following study seeks to examine and present.*

*To do so, an analysis was made of Andrew Solomon's book, The Noonday Demon, which looks in detail at what happens regarding this illness with respect to the capacity to love and feel loved, subsequently corroborating and extending it to different literary references dealing with said pathology. Finally, Erich Fromm's book The Art of Loving is used as the basis for a study and conceptualisation of love and the hierarchy it occupies throughout a person's life, to thus reveal the consequences of the absence of this emotion and the need for the same in order to conserve a healthy mind.*

### **Keywords**

*Mental Disorder - Depression or Melancholy - Interpersonal relations - Social isolation - Love or capacity to love*





## Sumario

Introducción.....	11
1. La depresión: “una grieta en el amor”.....	15
1.1. Acerca del autor y su obra.....	15
1.2. La ruptura afectiva con la alteridad, una historia sin otro.....	18
1.3. La vergüenza y la culpa del que no se ama, un camino hacia la autodestrucción.....	22
1.4. La soledad del depresivo.....	25
1.5. El miedo a querer y la angustia de la pérdida.....	28
2. La “grieta en el amor” en otras obras literarias sobre la depresión.....	29
2.1. <i>Esa visible oscuridad</i> de William Styron.....	30
2.2. <i>La Campana de cristal</i> de Silvia Plath.....	33
2.3. <i>Una mente inquieta</i> de Kay R. Jamison.....	36
2.4. <i>Nacidos bajo el signo de Saturno</i> de Rudolf y Margot Wittkower.....	39
2.5. <i>Anticristo y Melancolía</i> de Lars von Trier.....	41
2.7. <i>Ensayo Z</i> de Jorge Martínez.....	43
2.8. <i>La moda negra</i> de Darian Leader.....	46
3. El amor como terapia.....	48
3.1. La fenomenología del amor de Erich Fromm.....	51
3.2. Una terapia eficaz.....	56
3.3. El antes y el después.....	62
4. Conclusiones.....	65
Bibliografía.....	71



## Introducción

Resulta incuestionable el hecho de que la depresión constituye, hoy en día, uno de los problemas más serios con los que se debe enfrentar la sanidad pública, tanto de nuestro país, como de la mayoría de los países desarrollados. Esta situación significa que, en las últimas décadas, este desorden afectivo ha sufrido un crecimiento en cuanto a repercusión social se refiere, estando así, más presente dentro de la población. Se calcula que actualmente existen más de 120 millones de personas en todo el mundo que padecen dicha patología, siendo además, la primera causa de las bajas laborales que se acometen en nuestro planeta (Martínez, 2011). Sean cuales sean los motivos de este notable crecimiento y del gran aumento de las tasas de prevalencia, la depresión nos la encontramos en todas partes, en nuestro entorno más familiar, en las amistades, entre los conocidos, en las historias o rumores del día a día, en el arte y en las distintas formas de cultura, e incluso también, en nuestros pensamientos o miedos más pesimistas.

Cierto es que a pesar de existir múltiples teorías explicativas acerca de este aumento de la depresión, todavía hoy desconocemos, a ciencia cierta, los motivos por los cuales esta enfermedad se encuentra tan presente. Sin embargo, cabe apuntar que en los últimos tiempos se han producido toda una serie de cambios sociales muy significativos, como pueden ser la quiebra de las estructuras tradicionales de la familia, la pérdida de las creencias religiosas que daban sentido a la existencia, la recreación de la vida en solitario, el ritmo de vida, la globalización, el aumento de la información o la presencia de la tecnología que han conllevado, indudablemente, a una serie de tensiones específicas vividas entre la población, que promueven, sin duda, la vulnerabilidad a padecer dicha dolencia. Tal vez por todo ello, sería importante que nos cuestionáramos las consecuencias que puede acarrear esta contaminación socioafectiva, en la que nos vemos inmersos y que nos acecha constantemente de distintas formas, en nuestras vidas. Quizá, si nos ocupáramos de nuestros apegos, de nuestro amor vivido y compartido con los demás y con nosotros mismos, como nos ocupamos de trabajar o de comer, estaríamos fomentando una vida afectiva saludable, reduciendo así, la vulnerabilidad a padecer la depresión. Con todo esto no se pretende afirmar en este estudio que aquellas personas que cuidan su vida socioafectiva están eximidas de sufrir melancolía, sino que al igual que aquel que no fuma tiene menos posibilidades de padecer cáncer de pulmón, aquel que trabaja con su vida afectiva tiene menos riesgo de pasar por una crisis depresiva.

Así, una de las ideas que pretende alcanzar el presente trabajo hace referencia a la importancia de cultivar nuestros afectos y nuestras relaciones con los demás, pues tal y como veremos, la melancolía y el amor, o mejor dicho, el alejamiento de éste, guardan una estrecha relación. De este modo, y a diferencia de la gran mayoría de enfermedades mentales o físicas, en la depresión, todas las formas de amar que tiene el ser humano quedarían gravemente afectadas, y es por ello que este sentimiento guardaría una relevancia muy significativa y distintiva de las demás enfermedades, llegándose a considerar, en algunas ocasiones y según algunos autores, como una patología del amor. Por lo tanto, el objetivo o la hipótesis a demostrar sería que, tal y como afirma Solomon, en la melancolía se daría una patologización de las distintas formas de amar que posee el individuo, así como también de los vínculos afectivos que establece con las demás personas. En el caso que consiguiéramos mostrar esta estrecha vinculación entre amor y melancolía, se deducirían de ella toda una serie de consecuencias terapéuticas a tener presente ante cualquier situación clínica. Pues el amor, no es un sentimiento o un impulso marcado solamente por nuestra predestinación química cerebral, sino que depende de muchas otras características como pueden ser la voluntad, el esfuerzo o la dedicación, en las que el enfermo puede interferir o mediar.

Para ello hemos dispuesto un primer apartado donde a través de una definición dada por Andrew Solomon, en la que se expone la depresión como una “grieta en el amor”, y siguiendo siempre al mismo autor, se desarrollarán toda una serie de características que generan una pérdida significativa de la capacidad de amar, provocando así en el depresivo un alejamiento progresivo de cualquier forma de amor. De este modo, y a través del análisis de estas particulares que se suceden en el paciente melancólico, y que corresponderían a la incapacidad de dar o recibir afecto, a la baja o nula autoestima, al sentimiento de soledad y al miedo ante una posible pérdida, iremos viendo poco a poco, como este sentimiento de amor va desapareciendo en dicho desorden afectivo. Posteriormente, se procederá a corroborar y ampliar la visión del primer capítulo a través de distintas referencias literarias o cinematográficas sobre la melancolía, como pueden ser *La campana de cristal* de Sylvia Plath, *Una mente inquieta* de Kay R. Jamison o *La moda negra* de Darian Leader. Seguidamente, se presentará la fenomenología del amor de Erich Fromm, recogida en su obra *El arte de amar*, que nos acercará un poco más al significado y a la implicación o importancia que tiene dicho sentimiento en la vida de cualquier ser humano. Y finalmente, a través de toda la información expuesta

durante el estudio, intentaremos demostrar que el amor debe formar parte de cualquier terapia que pretenda ser eficaz en el tratamiento de la depresión.

Se ha creído conveniente abarcar ésta temática porque en un mundo donde cada vez la soledad está más presente, y donde el tiempo de dedicación al otro o al amor humano escasea, las posibles consecuencias, como pueden ser una mayor vulnerabilidad a padecer alguna crisis melancólica, deben ser al menos tratadas y/o expresadas. Cada persona es libre de escoger cómo emplea su tiempo, pero al menos es importante que todos conozcamos los posibles riesgos de nuestras elecciones. Uno está en todo su derecho cuando decide no cuidarse la alimentación, pero sabe que se expone a la obesidad, al colesterol o a la diabetes, entre muchos otros problemas físicos que puede conllevar la mala nutrición. En la enfermedad mental las consecuencias de no cuidarnos parecen ser menos visibles, pero no por ello dejan de estar ahí. Si además de ello, de olvidarnos de cuidar nuestra vida afectiva, emotiva y psíquica mientras estamos sanos, nos olvidamos también, una vez aparece la enfermedad mental, de prestar atención a lo que corresponde, estamos totalmente perdidos ante cualquier tratamiento. Es por ello que en el caso de la depresión, donde las carencias afectivas quedan tan gravemente alteradas, el amor y los vínculos afectivos que se establecen con la alteridad deben ser considerados más que nunca.



# 1. La depresión: “una grieta en el amor”

## 1.1. Acerca del autor y su obra

Andrew Solomon, nacido el 30 de octubre de 1963, es un destacado escritor neoyorquino que padeció una tremenda e incapacitante depresión. Gracias a su autobiografía, publicada en inglés por primera vez en el año 2001, conocemos gran parte del infierno que vivió. Para que podamos hacernos un poco a la idea del abismo en el que se vio sumergido por la enfermedad que le acechaba, el autor explica en sus memorias, cómo su principal y probablemente única inquietud durante aquel periodo, era la de debatirse entre una vida insoportable o un “suicidio totalmente justificado”. Así lo rememoraba en su obra; “imaginaba casi de manera constante mi propio funeral” (Solomon, 2003, p. 228), pues parecía ser, en medio de aquel insondable dolor, la única opción posible.

Tras ésta fatal experiencia y a causa de la misma, decidió empezar a investigar acerca de éste trastorno del estado de ánimo que, según la OMS, afecta ya a más de 120.000 personas en todo el mundo, y cuya incidencia en la población sigue en aumento de forma alarmante, siendo sobre todo el mundo occidental y los niños que viven en éste los que más se resienten de este crecimiento (Solomon, 2003). Durante su investigación, y gracias a la gran respuesta que recibió de los lectores tras la publicación de un artículo acerca de esta patología en la conocida revista *New Yorker*, decide escribir *El Demonio de la Depresión*, una especie de atlas de dicho trastorno, tal y como nos indica el título del libro en su versión inglesa; *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. En él describe cómo fue su vivencia personal con la depresión mientras que nos sumerge en un extenso recorrido por los distintos aspectos de dicha dolencia, utilizando siempre diferentes testimonios de personas que, de una manera u otra, tienen relación con el trastorno; ya sea porque lo han padecido de forma directa o indirecta, o porque son clínicos e investigadores que han dedicado su vida, o parte de ella, al estudio de la enfermedad.

Por este trabajo Solomon recibió en el año 2001 el *Premio Nacional del Libro* en Estados Unidos, siendo también finalista en el 2002 del distinguido premio *Pulitzer*, al mismo tiempo que la obra era incluida en la lista del *The Times* de Londres como uno de los 100 mejores libros de la década. En mi opinión, no es de extrañar que esta obra haya recibido dicho reconocimiento ya que el autor, a través de un recorrido de más de 800 páginas por el sombrío y desgarrador mundo de la

depresión, logra plasmar de forma muy ajustada a la realidad cómo viven las personas afectadas por este trastorno afectivo, no solo en el aquí y en el ahora, sino que consigue romper las barreras del espacio y del tiempo realizando y utilizando estudios de otras culturas y épocas, intentando así desgajar poco a poco el estigma social que envuelve el término depresión.

Sin embargo, la magia de esta obra reside más en la forma de tratar la problemática que en la cantidad de información que se nos brinda. Es verdad que, si nos dedicáramos a hacer una búsqueda exhaustiva, mucho del contenido que presenta el libro podríamos encontrarlo en manuales de psiquiatría o psicología, pero Solomon va más allá de la pura sintomatología que se observa en un paciente deprimido y sin ser clínico relata la parte más vivencial y/o experiencial de la depresión, todo ello con un uso del lenguaje al servicio de la comprensión del texto.

Así, dejando de lado los criterios diagnósticos del DSM-IV, manual de referencia de psiquiatras y psicólogos para el diagnóstico de enfermedades mentales, el autor nos define éste trastorno afectivo de la siguiente manera:

La depresión es una grieta en el amor. Para ser criaturas que amamos, debemos ser criaturas que nos desesperamos por lo que perdemos, y la depresión es el mecanismo de esa desesperación. Cuando sobreviene, degrada a la persona en lo más íntimo de sí misma y (...) eclipsa la capacidad de dar y recibir afecto. Es la soledad interior puesta de manifiesto, y destruye no solo el vínculo con los otros, sino también la capacidad de sentirse bien con uno mismo. El amor, aunque no es de modo alguno profiláctico contra la depresión, es lo que amortigua la mente y la protege de sí misma. (...) Cuando están animadas algunas personas se aman a sí mismas, otras aman a los demás, otras aman a su trabajo y otras aman a Dios; cualquiera de estas pasiones puede procurar ese sentido de vitalidad que es la cara opuesta de la depresión. El amor nos abandona de tanto en tanto, y también nosotros abandonamos al amor. En la depresión, la falta de sentido de toda iniciativa y de todo afecto, y la falta de sentido de la vida misma, se tornan evidentes. El único sentimiento que pervive en este estado de carencia de amor es la insignificancia. (Solomon, 2003, p. 17)

De esta manera parece que el amor o, mejor dicho, la incapacidad para acceder a éste en todas sus formas, debería ser un factor decisivo en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, esta característica diagnóstica no aparece de forma explícita en el manual de referencia de los clínicos o terapeutas, el



DSM-IV. Ciertamente es que, a medida que la psicología ha querido acercarse más a la ciencia separándose así progresivamente de la filosofía o de la posible “especulación existencial”, vocablos como “amor” pueden entrañar demasiada subjetividad; ya sea por la ambivalencia conceptual que puede derivarse del mismo término, sobre todo en nuestra sociedad, o por la experiencia que se tiene de él en función al propio sujeto que lo percibe, lo siente y/o lo vive. No obstante, por la importancia que parece tener el “amor subjetivo” para el autor del libro en el trastorno depresivo, y a pesar de que hablar de éste pueda representar “perder rigor científico”, vamos a asumir el riesgo y adentrarnos en esta concepción intentando soslayar en la medida de lo posible las limitaciones que puedan surgir al respecto.

Siguiendo a Solomon (2003) y desgranando un poco esta característica de la depresión que nos brinda en su libro, cuatro son los factores que ponen de manifiesto esta “grieta en el amor” (p.17): el primero correspondería a la imposibilidad que tiene la persona en dar y recibir afecto, es decir, la ruptura afectiva que se da con la alteridad; el segundo hace referencia a la baja o nula autoestima del sujeto depresivo o incapacidad de sentirse bien con uno mismo; el tercero se deriva en parte de los dos anteriores y respondería al sentimiento de soledad interior independientemente de la realidad exterior; y el último concerniría al miedo o desesperación ante la pérdida real o imaginaria de un ser querido o de algo deseado como podría ser, por ejemplo, la juventud.

Independientemente de cual sea la causa por la que sucede todo esto, causa que todavía hoy desconocemos a pesar de las múltiples teorías que existen al respecto, “cuando uno se encuentra deprimido requiere el amor de los demás, pero la depresión favorece actos que destruyen ese amor” (Solomon, 2003, p.195). Así, nos encontramos frente a uno de los muchos desatinos que presenta este trastorno, la necesidad de amar y ser correspondido que cualquier ser humano posee pero que en la depresión se hace más patente, frente al quebranto de la capacidad de amar, porque tal y como se nos advierte en *El Demonio de la Depresión*;

La soledad es deprimente, pero la depresión también provoca soledad. Si uno no puede funcionar, la vida se convierte en un caos; si uno no puede hablar y no experimenta ningún deseo sexual, y carece de vida social y amorosa, se enfrenta a situaciones de verdad depresivas (Solomon, 2003, p. 104)

A continuación nos detendremos un poco más en estas características mencionadas para poder desarrollar con más claridad la idea que el autor nos plasma en su obra, sin olvidar que, a pesar de esta separación conceptual, estas características no cursan de forma aislada las unas de las otras sino que se entremezclan, retroalimentándose y generando un estado de mayor dificultad para la comprensión de este trastorno, no solo para la persona que lo padece, sino también para los que se encuentran a su alrededor.

### *1.2. La ruptura afectiva con la alteridad, una historia sin otro*

Una de las historias que nos cuenta Solomon en su libro, trata sobre un joven que se le acercó un día en una de las reuniones de los grupos de apoyo, a las que asistía de forma regular, para decirle: “Me duele mucho el alma; sólo necesito relacionarme con otras personas” (Solomon, 2003, p. 288). La pregunta que probablemente nos asalte a la mayoría de nosotros al leer esta afirmación sea: ¿qué es lo que le sucede a una persona para que pueda llegarse a sentir tan extremadamente lejos del contacto humano? Si prestamos atención, esta sensación de desconexión con el mundo exterior se repite en la mayoría de los casos que recoge *El Demonio de la Depresión* pero; ¿por qué no se relacionan las personas depresivas si es verdad que tanto lo necesitan? ¿Qué es lo que les impide alternar con el otro? ¿Cuáles son los obstáculos que les niegan el contacto con la alteridad? Según el autor, esta ruptura entre el melancólico y el no melancólico tiene que ver con ambos sujetos, es decir, por un lado con el sujeto que padece el trastorno y por el otro con el sujeto que mantiene relación con el anterior. Veámoslo con más detalle. Parece evidente, según la mayoría de la literatura acerca de la depresión, que el sujeto que padece dicha enfermedad sufre una ruptura con la realidad externa procurándole un aislamiento o ensimismamiento físico y emocional que le imposibilita la empatía o resonancia emocional con las otras personas. No obstante, este retraimiento puede verse reforzado, en muchas ocasiones, por el entorno del individuo porque tal y como nos señala Solomon (2003); “a los amigos de una persona deprimida les cuesta mucho comprender (...) a la mayoría de las personas no les agrada ser testigo de la desdicha ajena, y son pocas las que pueden aceptar la idea de que la depresión es independiente a la realidad externa” (p.120). De esta manera, nos encontramos ante una situación verdaderamente difícil de enmendar, pues como veníamos diciendo, ambas partes dentro del proceso comunicativo o expresivo se ven afectadas o alteradas ya que, como muy bien señala Solomon (2003), “La depresión es incoherente con la realidad privada e inexplicable en el marco de la

propia realidad pública”. (p.602). Detengámonos ahora para ver con más detalle cada una de las realidades que viven los sujetos de dicha relación.

Por un lado tenemos al sujeto que padece la enfermedad que, como ya hemos visto, sufre una ruptura con el entorno, es decir, con el mundo exterior, incluyendo, claro está, a las personas que en éste habitan. Esta quiebra con la realidad conlleva en sí un pavoroso aislamiento que conduce, directamente, a un ensimismamiento total hacia ese sentimiento de “vacío interior” propio de este trastorno. De repente, el melancólico se encuentra en un universo carente de emociones o sensaciones procedentes del otro, privado por tanto, de la capacidad de dar y recibir amor. Solomon (2003) nos lo cuenta así:

Otras emociones caen también en el olvido (...) la fe en el amor y en la capacidad de amar. (...) Se pierde la capacidad de fiarse de los demás y no quieres que te toquen, e incluso dejas de afligirte. Con el tiempo uno llega a estar ausente hasta de sí mismo (p. 25).

Este retraimiento que padece el depresivo se hace extensible a todas las esferas que constituyen al ser humano. Así, la cognición, el apetito, el afecto, la voluntad e incluso la misma acción, se verán alteradas. Claudia Weaver, una joven de unos treinta años que padece depresión desde la infancia, recuerda de la siguiente manera como sintió o experimentó esta inhibición de todo su cuerpo durante la primera crisis; “me hallaba perdida en mis propios pensamientos, casi inconsciente de los demás. (...) Detestaba que me tocaran, abrazaran o besaran, incluso si se trataba de los miembros de mi familia” (Solomon, 2003, p. 268). A causa de todo lo dicho hasta ahora, especialmente, de este fuerte embotamiento de las capacidades cognitivas, el melancólico experimenta una pérdida muy significativa de las habilidades sociales dificultándole, si cabe aún más, la relación con la alteridad que ya venía fuertemente afectada por el ensimismamiento. Ahora, ya no solo se encuentra en una situación donde su propia persona le mantiene alejado del otro, sino que, además, siente que carece de las habilidades imprescindibles para que, en el caso de tener o querer acercarse al otro, no pueda hacerlo o le cueste demasiado como para intentarlo en el estado de ánimo en el que se halla. Para Solomon (2003), durante la primera crisis depresiva que padeció, “Era en extremo difícil recordar, pensar, expresar y entender, aspectos imprescindibles para relacionarme con los demás” (p. 136), pues sus habilidades para comunicarse con el prójimo habían desaparecido, distanciándolo un poco más, del camino que te acerca al amor y haciéndose aún más grande esa grieta.

Expresiones como: “Cuando estaba con otra gente sentía que iba a desmayarme por la tensión que experimentaba” (p. 131); o “El solo hecho de hablar con alguien me agobiaba” (p. 271); o “Estar con la gente era la situación más agotadora que podía imaginar” (p. 271); son solo algunos de los muchos testimonios citados por Solomon (2003) en *El Demonio de la Depresión* que muestran o ilustran lo expuesto. Y es que no es difícil entender, en medio de toda esta situación en la que vive inmerso el melancólico, que el mero hecho de verse obligado a relacionarse con los demás le genere un estrés paralizante, pues en cierta manera los enfermos conocen, aunque solo sea de manera inconciente, sus carencias y limitaciones a la hora de vivir una situación social. Una mujer explicaba de la siguiente manera al autor del libro, cómo había abandonado todas las situaciones que implicaban relaciones sociales tras descubrir que su problema tenía que ver con el estrés:

Dejé mi trabajo; rompí con mi novio y nunca busqué de verdad otro; abandoné a mi compañera de habitación y ahora vivo sola; dejé de acudir a fiestas que terminan tarde; me mudé a una casa más pequeña; abandoné la mayor parte de mis amigos (...) ¿Es una locura evitar las conductas que a uno le enloquecen? (Solomon, 2003, p. 222)

No sabemos si es o no una locura, lo que si podemos afirmar es que la tensión experimentada por los enfermos durante los encuentros con los otros es extremadamente angustiante y patológica, por lo tanto, es comprensible que el melancólico quiera evitar esta sensación y sortee cualquier contacto social. Pese a ello, la solución no debería ser nunca abandonar la alteridad, pues en ella se encuentra la fuente de donde emerge el amor.

Otro factor que incide en ésta ruptura con la alteridad tiene que ver, según Solomon, con una especie de narcisismo que se procura el enfermo para poder seguir tirando hacia adelante, intentando así, en la medida de lo posible, caminar por la vida. Pues parece ser que toda la energía de la persona se centra en combatir la depresión, obstaculizándose una vez más, esa capacidad de amar que implica dedicación y entrega a la persona amada. Un ejemplo que nos puede ayudar a entender un poco más acerca de éste narcisismo, nos lo ofrece el testimonio de Laura Anderson (citada en Solomon, 2003):

En cuanto a citas, yo necesito que la gente con la que salgo pueda cuidarse por sí misma, porque personalmente hacerme cargo de mí

misma me exige una gran cantidad de energía, y no puedo responsabilizarme de alguien que se sienta lastimado por alguna nimiedad. ¿No es terrible sentirse de este modo en el amor? (p. 135)

Sin embargo, y a pesar de que el autor hable acerca de esta especie de narcisismo procurado, resulta muy difícil defender el concepto de narcisismo cuando la autoestima en la depresión es prácticamente nula. Pese a ello, la idea que se pretende expresar aquí es que, cuando una persona padece dicha enfermedad, entregarse o dedicarse a la alteridad resulta una misión prácticamente imposible, aunque para algunos, ajenos al mal melancólico, signifique una especie de egoísmo o egocentrismo.

Por otro lado, es importante mencionar en este apartado, aunque solo sea por encima, que las adicciones, según la literatura médica, tienen mucho que ver con los estados afectivos de la persona, y con los problemas derivados de las relaciones con la alteridad que hemos estado viendo hasta ahora. Según afirma Solomon (2003) “Los efectos depresivos de un trago ayudan a quien lo bebe a relajarse y manejar situaciones sociales sin sufrir una angustia paralizante” (p. 397). Es por ello que existe una gran comorbilidad entre la depresión y las adicciones, pues muchos enfermos recurren a distintas sustancias para intentar solucionar los problemas que se intuyen, como si se tratara de una especie de automedicación.

Para una mayor comprensión de todos los factores que hemos visto hasta ahora que privan al depresivo de la empatía o la resonancia emocional con la alteridad, podríamos clasificarlos de la siguiente manera: 1) ruptura con el mundo o con la realidad exterior, 2) ensimismamiento y/o retraimiento físico y emocional, 3) falta de habilidades sociales, 4) tensión o estrés que genera la relación con el otro por la dificultad que conlleva y 5) narcisismo procurado.

Veamos ahora qué sucede con el otro sujeto, es decir, con el que convive o se relaciona con el enfermo. Tal y como hemos explicado al inicio de este apartado, el entorno del depresivo se verá también alterado por la realidad que éste vive, pues las personas que no conocen de primera mano los efectos de esta enfermedad, les resulta prácticamente imposible empatizar o conectar con el melancólico y con la situación en la que se halla sumergido. Siguiendo al autor, algunos de los motivos por los cuales se hace difícil esta conexión empática, por parte del no-depresivo hacia el depresivo, tienen que ver con: la estigmatización social que envuelve y falsea el conocimiento del trastorno, tachando a éste, en muchas ocasiones, como

mera debilidad moral; la negatividad o el desánimo que desprende la persona afectada; y la incomprensión de la naturaleza de la misma enfermedad, que conlleva en sí, un cierto grado de incomodidad o tensión por no saber cómo se debe actuar frente al enfermo. Estos factores o la mezcla de todos ellos pueden generar, en algunas ocasiones, una situación de rechazo de algunas personas, ya sean familiares, amigos o conocidos, hacia el afligido, siendo éste último consciente de ello. Así lo formulaba Bill Stein, uno de los protagonistas del libro, en una entrevista con Andrew Solomon (2003) “Pienso –y tal vez me equivoque- que la gente me apreciará menos si expreso de forma abierta lo que me ocurre, pues todavía recuerdo que algunas personas me evitaban” (p. 134). No obstante, nos encontramos también con la otra cara de la moneda, es decir, con aquellas personas que no se dejan ahuyentar por el melancólico y su estado de ánimo dañino, intentando así ayudarlo en la medida de lo posible. En estos casos, “Fijar el nivel correcto de tolerancia es necesario, no sólo para el paciente sino también para la familia. Las familias deben protegerse (...) contra el contagio de la desesperanza” (Solomon, pp. 107-108)

Una idea estereotipada en la literatura de la enfermedad mental, pero no por ello menos cierta, se recoge así en *El Demonio de la Depresión*; “los locos son los mejores amigos cuando uno está loco, pues ellos saben cómo es estarlo” (Solomon, 2003 p. 117).

### *1.3. La vergüenza y la culpa del que no se ama, un camino hacia la autodestrucción*

Esta ruptura en el amor de la que venimos hablando hasta ahora no solo toma la dirección hacia el otro, sino que también se vuelve hacia uno mismo, despojándole sin compasión de toda iniciativa que conlleve una cierta autoestima. Uno ya no puede amarse y esta carencia de amor se acaba convirtiendo, generalmente, en odio. Un odio que genera la necesidad en la propia persona deprimida de autodestruirse, de desaparecer, de acabar con la identidad personal que nos suele otorgar el mero hecho de estar en el aquí y en el ahora. Según Solomon: “El odio a sí mismo puede provocar que una persona desee reducirse a la mínima expresión hasta desaparecer” (p. 312). Esta sensación de autoaniquilación es muy conocida por el propio autor que, como muy bien nos narra en su obra, en un intento de acabar con su propia persona mantiene relaciones sexuales furtivas con desconocidos para conseguir así, alcanzar su preciado y único objetivo, infectarse

del VIH. Posteriormente a esta época el escritor afirma; “No me cabe duda de que el comportamiento que adopté era en gran medida individualista y relacionado más bien con mis neurosis personales, pero la decisión de comportarme con semejante ansiedad por deshacerme de mi identidad es típica de la depresión” (Solomon, 2003, p. 124). Solo tras una crisis depresiva el sujeto podrá llegar a comprender, de forma consciente o inconsciente, que “ya no es el mismo una vez que ha adquirido la certeza de que no existe identidad que no pueda desintegrarse” (Solomon, 2003, p.143). Pues, para el autor, la depresión es como un arma que atenta contra aquella conciencia que tiene la persona acerca de ella misma y que la caracteriza como un ser humano distinto a los demás, y en cierta manera, es esta comprensión de uno mismo la fuente de donde brota el odio que se tiene el melancólico. Pero también es de donde nace el respeto y el amor que se tiene el hombre sano. Y para aquel que, como el autor, ha descubierto el significado de la destrucción de esa autoconciencia, el miedo a volver a desaparecer siempre estará presente.

Pero, ¿por qué se odia tanto el depresivo? ¿Cuáles son los motivos que le conducen a sentirse así? Dos son los conceptos o sentimientos que juegan un papel imprescindible en esta grieta en el amor: la vergüenza y la culpa. El primero nace del juicio del otro, es decir, de cómo te valora o qué piensa de ti y de las acciones que realizas, en un momento determinado, el prójimo; mientras que el segundo implica ya la internalización de lo anterior, generalmente en forma de severas autocríticas. Estos dos sentimientos, en la mayoría de los humanos, corresponderían a una especie de brújula moral dónde se encontraría una forma de corregir el rumbo cuando se anda equivocado. Sin embargo, en algunas ocasiones, como sucede en la melancolía, la vergüenza y la culpa se convierten en una especie de veneno que infecta a la persona por completo, generando así, una obsesión patológica que afecta directamente a la autoestima del sujeto. Veámoslo mejor con un ejemplo. En la depresión posparto, muchas de las madres expresan “su conmoción y decepción por no poder sentir el tipo de afecto extraordinario que el cine y la televisión han descrito como la esencia de la nueva maternidad” (Solomon, 2003, p. 313). Es por ello que muchas de las progenitoras caen en este tipo de depresión inducida por la culpabilidad de no experimentar, hacia el nuevo hijo, esos sentimientos que socialmente y culturalmente se esperan que nazcan. No se trata de que no quieran al recién nacido, sino de que creen que no le quieren de la forma esperada o deseada por su entorno, sintiéndose así, malas madres. De este modo, la vergüenza que surge en el melancólico como resultado de los prejuicios emitidos por el otro, de su “mirada acusadora”, acaba desembocando, en este caso, en una culpabilidad

patológica. Pues el depresivo hace suyo ese juicio externo del otro, lo internaliza y no se agrada, no le gusta lo que es, lo que ve, y se siente indigno de todo amor, incluso del propio, y por lo tanto, acaba llegándose a odiar.

Es evidente que en este punto la sociedad o la cultura en la que se halla inmerso el sujeto juega un papel muy importante. Existen una infinidad de teorías y/o autores que hablan acerca de ello, y además, “el abanico de prejuicios que cada país tiene con respecto a la depresión es inclasificable” (Solomon, 2003, p. 356). Es por este motivo, por la amplitud y la profundidad que implicaría tratar este tema, que no vamos a entrar en ello. Sin embargo, me gustaría apuntar una pequeña reflexión realizada por Solomon (2003) que considero de vital interés en este punto, pues según el neoyorquino “el supermodelo psicológico del siglo XXI es aún más peligroso que el físico” (Solomon, 2003, p. 39), generando así, toda una serie de exigencias en las personas, en cuanto a carácter se refiere, difíciles de aguantar. En esta afirmación se recogería muy bien la idea de que el precursor de muchas culpabilidades individuales, ya sean o no patológicas, podría ser este ideal occidental de “superman” o “superwoman” inalcanzable para cualquier ser humano real. Pero que a pesar de ello, nos avasalla constantemente desde los distintos medios de comunicación como el objetivo que debemos perseguir. Así, el supermodelo psicológico sería para la depresión, lo que el supermodelo físico representaría en la anorexia.

No podemos finalizar este apartado sin explicar antes la internalización del racismo y de la homofobia como claros ejemplos de esta vergüenza, culpa y odio del que venimos hablando hasta ahora. Según Solomon (2003):

Los niños que serán adultos homosexuales suelen ser educados en contextos heterosexistas y homofóbicos, y en una edad temprana empiezan a internalizar la visión negativa de la homosexualidad (...) muchos niños que se convertirán en gays son catalogados de ‘mariquitas’ o ‘maricones’. Han sido fastidiados, amenazados con la violencia física, aislados e incluso agredidos por otros niños. (...) Estas experiencias dolorosas pueden generar un ‘odio global y tenaz hacia uno mismo’ de difícil cura. Este problema de homofobia internalizada es similar en muchos sentidos al racismo internalizado y a toda clase de prejuicios internalizados (p. 363)



Queda claro que la internalización de cualquier prejuicio, “la duda sobre uno mismo basada en actitudes sociales dominantes, suele jugar un papel importante” (Solomon, 2003, p. 348) en esta enfermedad. De este modo, los índices de prevalencia de la depresión entre la población gay, por ejemplo, son más elevados que los de la población general, y aunque existen distintas teorías al respecto, parece ser que la explicación más plausible que se ha dado hasta el momento es la internalización de la homofobia por parte de la persona homosexual. De igual forma sucede con el racismo y con aquellos sujetos que lo padecen. Los testimonios recogidos en *El demonio de la depresión* explican cómo desde pequeños las actitudes discriminatorias por parte de los demás por razones raciales, les han generado heridas difíciles de sanar, e incluso en algunas ocasiones, les han llevado a odiarse a sí mismos. De este modo, y aunque creamos que hoy en día gracias al orgullo gay existe mucha más aceptación de la homosexualidad, o que la presencia del multiculturalismo ha generado la tolerancia de todas las razas por igual, el mundo sigue siendo heterosexual y racista (Solomon, 2003). Así, las tensiones que se derivan de todo ello generan en muchas personas la vergüenza y la culpabilidad de ser gay, blanco, negro o lo que se sea, desembocando, en algunas ocasiones, en trastornos depresivos. Según Solomon, en estos casos “las relaciones que prestan apoyo suelen ejercer un efecto terapéutico en los supervivientes del trauma, pues fomentan la seguridad y el amor propio, y refuerzan la noción de identidad” (Solomon, 2003, p. 364).

#### *1.4. La soledad del depresivo*

Retomando la idea que mencionábamos al inicio del capítulo, cuando hablamos del sentimiento de soledad que experimentan las personas que padecen este trastorno, insinuábamos que parecía ser la consecuencia natural del quebranto con el mundo que envuelve al melancólico. Sin embargo, no podemos asegurar con total firmeza esta consideración pese a la lógica que encierra, puesto que quizá, esta sensación de soledad pueda preceder a la ruptura con el exterior. Sea como fuere el orden temporal, lo que parece incuestionable es la relación existente entre dicho sentimiento de soledad y la patología depresiva. De esta manera, Solomon (2003) afirma:

La depresión es una enfermedad de la soledad, y cualquiera que la haya sufrido de modo intenso sabe que impone un aislamiento pavoroso, incluso para aquellas personas que están rodeadas de amor, pues en este caso se trata del aislamiento provocado por la multitud. (p. 381).

Junto con éste axioma nos encontramos además que ésta soledad que vive el melancólico no tiene por qué partir del contexto real del sujeto, sino de lo que éste percibe, siente o padece. Es como si la persona depresiva poseyera una “certeza de soledad” independiente del amor real al que tuviera acceso. Un convencimiento extensible incluso al resto de mortales. Un ejemplo que vemos en Woolf (1993 citado en Solomon, 2003) de esto dice: “la causa de su tristeza no era el hecho de que esas personas no se preocuparan por él, sino más bien una convicción más profunda: no era que él estuviese solo, sino que todo el mundo lo está” (p. 20). Así, nuestro cosmos se convierte, para el depresivo, en un lugar vacío de encuentros efectivos, dónde cada uno debe enfrentarse y caminar por la vida solo, independientemente del que tenga al lado, sin ayuda mutua, sin apoyo, sin sustento, sin gratitud, sin correspondencia, sin nada.

Merece la pena aquí hacer un pequeño paréntesis en el camino para indicar que uno de los factores que ha generado el crecimiento de esta enfermedad en occidente es, seguramente, el individualismo actual en el que vivimos sumergidos, una tendencia social que no diverge mucho de la sensación de soledad del melancólico de la que estábamos hablando. Solomon (2003), en su obra, nos lo presenta de la siguiente manera;

El individualismo, esa ruptura de nuestro ser con todo lo demás, ha denigrado la vida moderna (...) Tomo de Einstein la idea de que los humanos estamos trabajando bajo la “ilusión óptica” de que cada persona es un ser independiente de los demás y del resto del mundo material, y del universo, cuando en realidad somos partes interconectadas de éste. Para mi el cristianismo es el estudio de aquello que constituye el amor real, el amor útil, y la vocación de servicio. La gente cree que el cristianismo esta contra el placer, lo cual a veces es cierto, pero es partidario de la felicidad. (p. 234)

Es por ello que no nos puede resultar muy extraña esta creencia o visión que posee el melancólico acerca de la existencia humana, pues en cierta manera, esta se ve fomentada a nivel cultural, creando así un escenario social perfecto para que la “grieta en el amor” (Solomon, 2003, p. 17) sea, cada día, una realidad para más personas.

A pesar de todo lo explicado hasta ahora, debemos tener en cuenta toda una serie de teorías existentes de distintos autores que defienden la idea de que ante una

situación de soledad real, sea cual sea el motivo de ésta, la probabilidad de padecer depresión aumenta. Así, por ejemplo, “los hombres solteros, divorciados o viudos presentan un porcentaje mucho más alto de depresión que los casados” (Solomon, 2003, p. 317). Esta idea ya la encontramos tempranamente reflejada en Durkheim (1912 citado en Barraycoa, 2009) y su conocida teoría del suicidio. En esta obra se va mostrando poco a poco, y a lo largo del desarrollo de la hipótesis inicial, cómo las personas que viven en situaciones que fomentan el individualismo y la poca integración social, generando así una soledad real, tienen más posibilidades de suicidarse.

Por otro lado y en referencia a este sentimiento de soledad, Solomon (2003) explica un método nuevo que se está utilizando para apaciguar dicha sensación que, aunque a primera vista pueda considerarse bastante ridículo o absurdo, parece ser que para ciertas personas está tomando una cierta relevancia. Veámoslo en palabras del mismo autor;

Seth Roberts, del departamento de psicología de la Universidad de California, en Berkeley, tiene la teoría de que algunas depresiones están vinculadas con el hecho de despertarse solo, y que puede ayudar la experiencia de tener un busto parlante al cual contemplar (...) El alivio de la soledad, incluso aunque sea de esta forma patética, puede ser eficaz para mejorar el estado anímico. (p. 241)

De esta manera, la compañía, aunque solo sea de manera simulada y artificial, representaría una pócima perfecta para aquellos que carecen de apegos. Quizá ésta no sea la solución para muchas de las personas que viven sin afectos, amistades o vínculos fuertes. Sin embargo no deja de sorprender el hecho de que alguien pueda llegarse a sentir tan solo y aislado que, tan solo con la presencia de un busto parlante, pueda procurarse cierto grado de felicidad. Gillespie (2007) plasma esta idea en el cine a través del film *Lars y una chica de verdad*, donde se nos relata la historia de un joven solitario que encuentra, a través de una muñeca hinchable, la compañera perfecta para ahuyentar esa tremenda soledad que padece. Ciertamente es que esta película no deja de ser ficción, y que por lo tanto se aleja de cualquier fundamentación científica en la que debemos apoyar este estudio sobre la depresión. No obstante se ha mencionado porque encontramos en ella un ejemplo perfecto de lo que significa este método de simulación artificial de la compañía, pues al final el cine, como cualquier otro arte, no deja de reflejar la sociedad en la que se halla inmerso, y en algunos casos, los problemas que de ésta se derivan.

### *1.5. El miedo a querer y la angustia de la pérdida*

Otro de los factores que veíamos al comienzo y que tiene que ver con esta “grieta en el amor” (Solomon, 2003, p. 17), hace referencia al miedo o inseguridad que les genera a las personas con depresión amar, llegando incluso, en muchas ocasiones, a renunciar a tal sentimiento y a hundirse aún más en ese profundo aislamiento. Tal y como Solomon (2003) nos advierte en su obra; “amar significa ser vulnerable; rechazar o menospreciar la vulnerabilidad es renunciar al amor” (p.740). Sin embargo, es esta certeza la que induce al melancólico a temer al amor, pues, para éste, la fragilidad que implica el querer, se convierte en una sensación demasiado angustiante, al tener presente siempre la posible pérdida de la persona amada, y, por lo tanto, todas las consecuencias que de ello se deriva. Santo Tomás de Aquino escribió (citado en Solomon 2003, p.724); “el miedo guarda la misma relación con la tristeza que la esperanza con el placer” o dicho con palabras de Solomon (2003); “la angustia es la precursora de la depresión” (p. 724). Ciertamente es que la posible pérdida de un ser querido es algo que comprendemos y asumimos todos como factible en un futuro y esto nos genera cierta tristeza y/o sufrimiento. Sin embargo, es esta anticipación la que nos permite, según el autor, aferrarnos a las personas estableciendo así relaciones afectivas y efectivas. En cambio, para el depresivo, este sufrimiento o tristeza que lleva implícita el acto de amar, se convierte en una especie de pena patológica persistente, atascando así la capacidad de darse al otro.

Un tema que incide en esta pena patológica y del que se ha hablado mucho desde el psicoanálisis, tiene que ver con las personas que han experimentado traumas o heridas durante su infancia y se ven afectados constantemente por los mismos. Sabemos que: “Los traumas infantiles y las dificultades posteriores a que estos dan lugar pueden alterar la química cerebral. (...) Lo externo determina lo interno tanto como lo interno genera lo externo” (Solomon, p. 29). Un ejemplo de ello, aunque provenga de la etología, lo encontramos en unas investigaciones recientes realizadas con animales:

Los monos rhesus criados sin madre comienzan a agredirse a sí mismos más o menos a los cinco meses, conducta que mantienen a lo largo de toda su vida, aunque se los incluya en un grupo social. Al parecer, en estos monos los niveles de serotonina de áreas cruciales del cerebro están por debajo de lo normal. Lo biológico se correlaciona una vez más con lo sociológico (Solomon, p. 461)

Se hace obvio que una “grieta en el amor” (Solomon, 2003, p. 17) vivida durante la infancia, como puede ser la necesidad de una madre o la falta de vínculos afectivos, afecta directamente a la persona, incluso a nivel biológico. Además, puede generar en el humano este miedo a querer del que venimos hablando, pues en cierta manera respondería a un desengaño y sería una conducta aprendida durante la niñez que imposibilitaría, por miedo a una nueva pérdida, la relación con la alteridad. Tal y como leemos en *El Demonio de la Depresión*; “Los niños que desde un principio son privados de amor (...) suelen quedar incapacitados de forma permanente” (Solomon, 2003, p. 335), pues conocen muy bien qué significa perder o no tener afecto, y en cierta manera, se protegen de un posible mal futuro. Así sucede con las personas que han sido víctimas de abusos deshonestos durante la infancia, pues su mundo siempre ha sido inestable, sus sentimientos se han ido mezclando constantemente entre la ambivalencia del amor y del odio, desequilibrando poco a poco su personalidad e incapacitándolas de manera permanente para la confianza que implica amar. Otro ejemplo que nos muestra también la relación entre pérdida, infancia y depresión correspondería a un estudio que se ha realizado con población depresiva y que sugiere que “las tres cuartas partes de los suicidios consumados son protagonizados por personas que en la infancia han resultado traumatizados por la muerte de alguien muy próximo, en la mayoría de los casos uno de los padres (Solomon, p. 462). Así, podríamos decir a modo de conclusión y siguiendo a George Brown (citado en Solomon, 2003) que; “La depresión es una reacción a las pérdidas del pasado, y la angustia es una reacción a las pérdidas del futuro” (p. 482) que conlleva a vivir un presente carente de afectos y de amor.

## **2. La “grieta en el amor” en otras obras literarias sobre la depresión**

Con el objetivo de ampliar y profundizar acerca de esta visión que Andrew Solomon nos presenta en su libro y que hemos ido trazando a lo largo de todo el primer capítulo, se ha procedido a examinar esta quiebra en la capacidad de amar que sufre el melancólico en distintas obras referentes a la depresión, recogiendo visiones de autores de diferente índole para poder observar este trastorno desde distintas perspectivas, e intentar así, alcanzar el máximo de objetividad posible.

Entre los libros seleccionados nos encontramos con algunos escritos por profesionales vinculados al mundo de la psicología, psiquiatría o filosofía, de entre

los cuales destaca la autobiografía de Kay R. Jamison, *Una mente inquieta*, al ser la autora, además de terapeuta, paciente, y plasmando así todo lo vivido, junto con los conocimientos psicológicos de su profesión en una maravillosa obra. Otros textos que también nos ayudarán en nuestro cometido son las memorias de distintos escritores que han padecido el desorden afectivo, y que al igual que Solomon, han querido plasmar la experiencia vivida a través de su autobiografía, sumergiéndose así, en el oscuro mundo de la melancolía para detallar en profundidad todo lo que allí han hallado. Asimismo se han seleccionado novelas que narran vidas de personajes melancólicos, escritas por novelistas que conocen de primera mano la enfermedad, como es el caso de Sylvia Plath y su *Campana de Cristal*. Por otro lado, se ha querido reflejar y estudiar alguna narración proveniente del séptimo arte, y para ello se ha contado con el director Lars von Trier y sus películas *Anticristo* y *Melancolía*. Además, se ha incluido en ésta monografía el libro *Nacidos bajo el signo de Saturno* escrito por el matrimonio Wittkower, que estudia la depresión en el ámbito artístico, analizando distintos artistas que vivieron entre los siglos XVII y XVIII y que padecieron melancolía.

Así, con esta mezcla literaria sobre la depresión, nos adentramos al análisis comparativo entre la “grieta en el amor” de Solomon (2003, p. 17) y cada una de las obras que se presentan a continuación.

### 2.1. *Esa visible oscuridad de William Styron*

*Esa visible oscuridad* es el título que elige William Styron para designar éste maravilloso relato que hace acerca de la melancolía. Tomando como referencia su experiencia con la depresión y compendiando información procedente de distintas obras y autores, narra de manera muy dura, pero no por ello menos sincera o real, el doloroso transcurso de la enfermedad que le sobrevino a finales de 1985 cuando acababa de cumplir los sesenta años. Tras un insidioso inicio que lo arrastró directamente hacia “una tormenta de oscuridad” (Styron, 2009, p. 47) donde permanecería rodeado de vacío, dolor, tristeza y desesperación durante demasiados meses, y pasando también por un intento de suicidio con su correspondiente ingreso en un centro de salud mental, Styron consiguió despertar de esa pesadilla para volver a respirar, oír, ver, sentir, padecer, sonreír... en definitiva, para volver a la vida, al mundo real del que se había emigrado. Este escritor estadounidense falleció en el año 2006 a la edad de 81 años.

En esta obra se evidencian de forma muy clara muchos de los aspectos que hemos citado en el capítulo anterior pero que, gracias a la brillante prosa estilada por Styron, se conciben más plenamente hasta alcanzar una mejor comprensión, a veces incluso hiriente para el propio lector. Vayamos por partes, intentando, en la medida de lo posible, seguir las palabras del propio escritor que tan bien describen ésta patología. En referencia a la baja autoestima que siente el sujeto melancólico, es decir, a esa grieta en el amor que se da con uno mismo, el autor afirma:

El sentimiento de odio a uno mismo – o, por decirlo con menos rigor, la falta de autoestima – es uno de los síntomas más universalmente experimentados, entre las muchas temibles manifestaciones de la depresión, tanto físicas como psicológicas, y yo tenía una sensación general cada vez más intensa de inutilidad a medida que la enfermedad avanzaba (Styron, 2003, p. 14)

Sin embargo y a diferencia de Solomon, Styron incluye una idea nueva dentro de la concepción de la autoestima, vinculando ésta con el miedo o la angustia ante la pérdida. Así, los traumas vividos durante la infancia y su correspondiente fisura en el amor, no son los únicos que inciden en ésta pena patológica persistente generada por el pensamiento de la futura pérdida, sino que el odio y la desconfianza hacia uno mismo provocan, en muchos casos, el temor a la pérdida, no sólo de las personas que aman, sino también de todo lo que le rodea y pertenece al mundo real. Tal y como afirma el autor en *Esa visible oscuridad*:

La pérdida de la autoestima es un síntoma bien conocido, y mi propia conciencia del yo estaba al borde de la desaparición, junto con la confianza en mí mismo. Esta pérdida puede degenerar rápidamente en dependencia, y la dependencia en miedo infantil. Uno teme la pérdida de todas las cosas, de todas las personas cercanas y queridas. Hay un temor agudo al abandono. Estar solo en casa, aunque fuese por un momento, me producía pánico e inquietud extremos (Styron, 2009, pp. 55-56)

Pese a que el autor relaciona el odio a sí mismo con el miedo a la pérdida, debemos tener en cuenta que la madre del escritor murió cuando él tenía solamente trece años. Por lo tanto, este trauma infantil del que hablábamos anteriormente, en éste caso también se da, hecho que no hace descartar la visión de Styron, ya que ambos factores no tienen porque ser excluyentes. Es decir, que tanto la herida producida en la niñez como el desagrado de uno mismo, inciden o repercuten en éste miedo al abandono.

La ruptura con la alteridad es otro de los temas que se aborda en ésta obra, compartiéndose la visión con Solomon de que esa rotura se debe tanto al enfermo como al que rodea a éste. Por un lado tenemos a las personas que nunca han experimentado la enfermedad y que por lo tanto se les hace imposible comprender qué le sucede al melancólico:

Esto me lleva a referirme nuevamente a la naturaleza elusiva de esta enfermedad. Que la palabra “indescriptible” tenga que presentarse por sí misma no es fortuito, puesto que hay que destacar que, si el dolor fuese fácilmente descriptible, la mayoría de los incontables pacientes de esta antigua enfermedad habrían sido capaces de describir confidencialmente a sus amigos y a sus seres queridos (hasta a sus médicos) alguna de las dimensiones reales de su tormento, y quizás obtener una comprensión que por lo general ha faltado; esta incompreensión no se ha debido habitualmente a un fallo en la simpatía, sino a la básica incapacidad de la gente sana para imaginar una forma de tormento tan ajena a la experiencia cotidiana (Styron, 2009, pp. 22-23).

Esta “incapacidad para el lego de acceder a la esencia de la enfermedad” (Styron, 2009, p. 30), genera muchas veces en las personas sanas una serie de prejuicios que, junto con la negatividad que desprende el melancólico, las aleja de una posible relación con él. El autor recuerda en su autobiografía, cómo el suicidio de Primo Levi fue causa de grandes decepciones entre los más entusiastas seguidores, escritores y académicos de la época. “Era como si el hombre al que tanto habían admirado, y que tanto había soportado en manos de los nazis –un hombre de resistencia y coraje ejemplares-, hubiese demostrado con su suicidio una fragilidad, un desmoronamiento de su carácter que rehusaban aceptar” (Styron, 2009, pp. 35-36), demostrándose, una vez más, ese estigma que envuelve la depresión y que es la causa del rechazo que sufren las personas enfermas por parte de los demás.

Cierto es que “con la mente agónicamente vuelta hacia el interior” (Styron, 2009, p.47), poco puede hacer el melancólico para relacionarse con la alteridad. El ensimismamiento junto con la carencia de habilidades sociales que distinguíamos en Solomon, como fuentes primordiales en la grieta del amor con el otro, se repiten de nuevo en esta obra. De esta manera Styron (2009) considera que rasgos cognitivos como “la confusión, la pérdida de la claridad mental y los fallos de memoria” (p. 21) típicos de ésta enfermedad o “las respuestas lentas, cercanas a la parálisis, y la energía psíquica reducida casi hasta cero” (p.47), son algunas de las causas por las



que se desvanecen las destrezas en la comunicación. Es en éste momento cuando entra en juego esa metáfora denominada por el autor como la “del herido en marcha”;

(...) en prácticamente todas las demás enfermedades graves, un paciente que padece tal devastación tendría que estar en cama (...) Su invalidez sería necesaria, incuestionable y honorablemente alcanzada. Sin embargo, el paciente de depresión no dispone de esa opción y, por lo tanto, como un herido de guerra obligado a andar, se ve arrojado a las situaciones familiares y sociales más intolerables. Debe, a pesar de la angustia que devora su cerebro, poner una cara que se puede considerar aproximadamente la que se asocia con los acontecimientos corrientes y la compañía. Debe tratar de conversar, y responder a las preguntas, y de asentir como si supiera, y fruncir el ceño y, que Dios lo ayude, hasta de sonreír (Styron, 2009, pp. 59-60).

Ésta hermosa analogía empleada por el escritor de *Esa visible oscuridad*, simboliza con extraordinaria franqueza esa sensación que hallamos en muchos de los afectados de éste trastorno y la tensión que de ella se deriva. Una vez más, se hace evidente esa historia sin otro.

Finalmente, también encontramos en esta conmovedora narración ese penetrante sentimiento de soledad que ahoga el amor a la vida y que no depende, en muchos casos, de la realidad exterior que envuelve al melancólico. Según el novelista, durante aquellos largos e insoportables días, “físicamente, no estaba solo. Como siempre, Rose estaba presente y escuchaba mis lamentos con inagotable paciencia. Pero yo sentía una inmensa y dolorosa soledad” (Styron, 2009, pp. 45-46).

## 2.2. *La Campana de Cristal de Sylvia Plath*

Sylvia Plath fue una escritora estadounidense que destacó, principalmente, en el arte de la poesía. Pese a ello y como suele suceder en muchas ocasiones, su obra no fue reconocida hasta años después de su fallecimiento, siendo así en 1981, cuando se le concedió el premio *Pulitzer* por la recopilación de toda su obra poética. No obstante, durante su corta vida sólo publicó un volumen de poemas con el nombre *The Colossus* y una novela, *La campana de cristal*, parcialmente autobiográfica y dónde nos cuenta, a través de Esther Greenwood, la historia de su primera crisis depresiva al iniciar la universidad. Este libro fue publicado, en febrero de 1963, bajo el seudónimo de Victoria Lucas por decisión de la misma autora. Poco

tiempo después, tras su ruptura matrimonial y en un estado de enfermedad y pobreza, Sylvia Plath se suicidó asfixiándose con gas a la edad de treinta años, y dejando en el mundo a dos hijos muy pequeños.

*La campana de cristal* narra la historia de un año de la vida de Esther Greenwood, una chica de unos veinte años de edad que padece una severa depresión. En ella vemos cómo poco a poco esta enfermedad que padece la joven empieza a avanzar hasta que, tras intentarse quitar la vida en más de una ocasión, es ingresada en un centro privado de salud mental donde iniciará un tratamiento que le llevará a recibir incluso, esa terapia que tanto la aterroriza, la terapia electro-compulsiva. Finalmente, la protagonista de nuestra historia será dada de alta del psiquiátrico y regresará al mundo de la “gente normal” para enfrentarse de nuevo con la vida. Si extendemos un poco la narración autobiográfica de *La campana de cristal* utilizando la biografía de la misma autora, deduciremos que Esther, o mejor dicho Sylvia Plath, tras salir del centro pudo “rehacer” su vida aunque no por mucho tiempo, ya que sólo diez años más tarde, ante una nueva crisis, se arrebató la vida. Pero veamos cuáles son esas características descritas en la obra de Solomon (2003) que se reflejan en *La campana de cristal* de Plath (1995).

Desde el inicio de la lectura podemos intuir en la protagonista, un duro y marcado aislamiento social que irá progresando y poseyéndola a medida que Esther vaya empeorando en su enfermedad. Sin embargo, éste aislamiento al principio puede pasarnos un poco inadvertido, ya que la joven sale a menudo con sus compañeras y mantiene conversaciones con las distintas personas que constituyen su entorno. Pese a ello, si nos centramos en las distintas reflexiones que hace la protagonista durante sus encuentros sociales, descubrimos una cierta obligación en sus acciones para con los demás, junto con una especie de odio o aversión que nace de la relación y del compromiso que siente que debe mantener. No obstante, la autora no tardará mucho tiempo en reconocer y manifestar abiertamente en el escrito esta hostilidad que siente hacia el mundo humano y así, por ejemplo, nos narra durante su estancia en el psiquiátrico:

“Odiaba esas visitas porque sentía a los visitantes observar mi gordura y mi cabello fibroso confrontándolo con lo que yo había sido y lo que ellos querían que yo fuera, y sabía que se iban completamente confundidos. Pensaba que si me dejaban sola podría tener algo de paz” (Plath, 1995, p. 280)

En estas palabras, no sólo podemos ver que la joven quería o intentaba evitar al otro por la tensión que el encuentro le generaba, sino que también nos encontramos frente a esa ruptura en el amor propio que puede derivarse o acentuarse a través de la vergüenza y/o la culpabilidad generada por el juicio del entorno. Otro ejemplo de esta sensación procurada por la mirada del otro y de los prejuicios internalizados del melancólico, tiene que ver con el hecho de haber estado en el “manicomio”. Así, la joven afirma; “Y por supuesto, yo no sabía quién se casaría conmigo ahora que había estado donde había estado. No lo sabía en absoluto” (Plath, 1995, p. 334). Es por ello que surge la idea nuevamente en este relato de que, cuando uno está loco lo más accesible es relacionarse con gente que también lo está, pues son los únicos que parecen entenderte, y recordando a su amiga y compañera de psiquiátrico, Esther Greenwood nos explica: “A pesar de mis profundas reservas, pensé que siempre recordaría a Joan como un tesoro. Era como si hubiéramos sido reunidas a la fuerza por alguna abrumadora circunstancia parecida a la guerra o a una plaga, y hubiéramos compartido un mundo propio” (Plath, 1995, p. 310), ese mundo de la depresión tan desconocido, aparentemente, por aquellos que no la han experimentado en su propia piel.

Por otro lado, existe un momento en el relato donde la protagonista recuerda la muerte de su padre, cuando ella tan sólo contaba los nueve años de edad, y se da cuenta de lo siguiente: “pensé en lo extraño que era el que nunca se me hubiera ocurrido que sólo había sido puramente feliz hasta cumplir los nueve años” (Plath, 1995, p. 108). Nos encontramos aquí frente a esa característica frecuente en la depresión de la que nos habla Solomon (2003) y que hace referencia a los traumas infantiles, en éste caso a la pérdida en el pasado de su padre, como generadores de una fisura en el amor durante la niñez pero que todavía perdura en el tiempo, imposibilitando muchas veces el acceso al querer a causa del miedo y la ansiedad que produce pensar en la posibilidad de una futura pérdida del ser querido.

Finalmente, cuando la joven protagonista ya se empieza a recuperar de ese profundo aislamiento en el que se ha visto inmersa durante los últimos meses de su vida y debe, por lo tanto, irse preparando para salir del centro de salud mental y reencontrarse de nuevo con el mundo, se pregunta; “¿Como podría yo saber si algún día (...) en cualquier lugar, la campana de cristal con sus asfixiantes distorsiones no volvería a descender?” (Plath, 1995, p. 333). Esa misma campana que poco antes la mantenía encerrada, alejada de la realidad e incomunicada de los demás, “agitándose en su propio aire viciado” (Plath, 1995, pp. 256-257). Y la verdad es que

no lo podía saber. Pocos años más tarde esa campana volvió a bajar y a envolver la vida de Sylvia Plath, pero esta vez y a diferencia de la anterior, sucumbiría ante ella entregándose así, a una muerte programada por ella misma.

### 2.3. *Una mente inquieta* de Kay Redfield Jamison

La psicóloga norteamericana y catedrática de la Universidad de Harvard, Kay R. Jamison, ha escrito varios artículos y libros acerca del suicidio, la depresión y el trastorno bipolar, de entre los cuales nos encontramos con su autobiografía dedicada a la enfermedad afectiva que padece desde que era muy joven. Tal y como explica la autora en sus memorias, hablar acerca del trastorno bipolar que le acecha desde la adolescencia y hacerlo de dominio público, no ha sido tarea fácil, pues temía que publicar sus “locuras” pudiera tener importantes repercusiones en su trabajo de terapeuta y profesora en psicología (Jamison, 1996). Sin embargo, la psicóloga ha seguido ejerciendo y creciendo profesionalmente, siendo una más entre la mayoría de sus colegas de profesión pero siendo rechazada, probablemente, por algunos otros que consideran que no es compatible la enfermedad con la labor de terapeuta, como ya le había ocurrido en alguna ocasión antes de la publicación de *Una mente inquieta* (Jamison, 1995).

Como ya hemos mencionado, Jamison padece un trastorno bipolar que, a pesar de no ser lo mismo que el trastorno melancólico, incluye las crisis depresivas como uno de los dos polos de ésta enfermedad afectiva. Por ello la autora conoce de primera mano la realidad de éste desorden y lo define, atendiendo a la relación con el otro y con el mundo, de la siguiente manera;

La depresión es algo mucho más horrible de lo que puedan expresar las palabras, los sonidos o las imágenes (...) porque destruye las relaciones sociales a causa de la suspicacia, de la falta de confianza y de autoestima, de la incapacidad de gozar la vida, de andar, hablar o pensar normalmente, del agotamiento y de los terrores nocturnos y diurnos. Nada bueno puede decirse de ella, excepto que le permite saber a una lo que significa ser vieja y estar enferma, lo que es morir, lo que es tener una mente perezosa o carecer de gracia, de finura y de coordinación, lo que es ser fea y no confiar en las posibilidades de la existencia, en los placeres del sexo, en las exquisiteces de la música y en la habilidad de poder reír o hacer reír a los demás (Jamison, 1995, p. 215)

En estas hermosas pero tristes palabras de la autora, podemos observar de nuevo cómo el amor, y la esperanza que incluye éste, abandonan al enfermo para entregarlo al aislamiento y a la soledad que acarrea una vida sin el otro. Según la misma escritora, esto sucede principalmente por la desconfianza en uno mismo y en el mundo que te rodea, que conduce, inevitablemente, a la renuncia de todas las posibilidades que la vida te ofrece. Una vez el melancólico se ha quedado sin nada; sin amor, sin confianza o esperanza, sin otro, sin él mismo, la “pérdida del yo” (Jamison, 1995, p. 48) es una realidad. Así explicaba Kay R. Jamison (1995) las sensaciones experimentadas tras su primer episodio depresivo; “Envejecí rápidamente durante aquellos meses, como suele suceder con la pérdida del yo, con la proximidad de la muerte y con la lejanía de todo refugio” (p. 48), entendiendo como “refugio” el amor y la alteridad.

Ésta primera crisis que padeció la norteamericana aconteció tras el cambio de ciudad al que se vio obligada por motivos profesionales del padre, abandonando su entorno familiar y sus amigos y coincidiendo, además, con un estado de melancolía del progenitor, pues éste también padecía dicha dolencia. Es importante dicha mención porque tal y cómo veíamos en Solomon (2003), una fisura en el amor real, en el cariño del día a día, puede acarrear directamente esa “grieta en el amor” (p. 17) del melancólico, pues aquí ocurriría lo mismo que explicábamos acerca del trauma, y del posterior miedo a la pérdida o abandono futuro de los seres queridos que acontece. Se trataría de una especie de patologización de la pena. El depresivo, tras haber sufrido una pérdida, no sería capaz de enfrentarse de nuevo a la vulnerabilidad que conlleva amar, debido a la angustia y a la tensión que esto le genera, tal y como afirma Jamison (1995); “la pena, por fortuna, es algo muy diferente de la depresión: es sombría, horrible, pero en ella existe esperanza” (p. 152). En cambio, en la pena patológica el sujeto queda atrapado en un mundo de inseguridades, de desconfianza y de un inmenso temor que lo aleja cada vez más del amor. Ésta idea queda muy bien reflejada en el libro *Una mente inquieta* cuando la protagonista, tras la muerte repentina de su compañero sentimental, decide protegerse de cualquier mal que pueda acechar al amor, solo que esto significa aniquilar la capacidad de amar y huir de la realidad. Así, lo explica Jamison (1995);

El dolor acumulado y la incertidumbre que me causó la muerte de David, así como mi propia enfermedad, limitaron durante años mis expectativas de la vida. Me encerré en mí misma, atracando mi corazón para cobijarlo de cualquier contacto con el mundo (p. 154)

Pues se hace evidente, según todo lo explicado anteriormente, que “el humor y el interés en las caras de los amigos se convierten en miedo y preocupación” (Jamison, 1995, p. 73), dando paso una vez más, a una de las características principales de la depresión; la carencia de relaciones afectivas y la soledad que esto conlleva. Pero ésta falta de contacto con la alteridad, según la autora, y como afirma también Solomon (2003), es promovido también por las personas que rodean al enfermo. De este modo Jamison (1995) nos explica;

La gente no soporta permanecer a tu lado cuando estás deprimida. Puede que piensen que deberían hacerlo e, incluso, que lo intenten, pero saben y tú también, que eres aburrida hasta más no poder: irritable y paranoica y malhumorada y sosa y crítica y quisquillosa. Por más ánimos que te den, nunca son suficientes. Estás aterrada y aterras a los demás (p. 216).

Así, ésta soledad que siente el melancólico no se debería exclusivamente a su huida ante cualquier situación social, sino que los demás, muchas veces, favorecerían el aislamiento evadiendo la compañía negativa del enfermo. Pese a ello, puede ocurrir que la persona depresiva sienta que los demás lo rehúyen sin ser del todo verdad, sensación que nacería de la vergüenza o culpabilidad típica de éste desorden. La psiquiatra que atendía a Jamison escribió una vez en el historial médico;

«Se siente muy avergonzada de su estado y adopta la actitud de que sea cual sea la evolución de la depresión ‘no podrá soportarla’>>; <<La paciente rechaza a los demás cuando está deprimida, pues está segura de que su depresión les resulta intolerable» (p. 115)

La escritora considera que siempre, ante cualquier pensamiento o decisión, “se encuentran los sentimientos de vergüenza y culpabilidad que una puede llegar a sentir” (Jamison, 1995, p. 190), influyendo directamente sobre la conducta y el estado afectivo del enfermo. Así, estos dos sentimientos serían inseparables de la mente enferma y solo quedaría aceptarlos como compañeros del viaje hacia la oscuridad, e incluso, en algunos casos, como el de Jamison (1995), como acompañantes tras la recuperación, porque tal y como afirma en sus memorias: “he puesto al borde del colapso a los que amo y he salido adelante con la sensación de no poder recuperarme nunca de la vergüenza” (p.123).

#### 2.4. *Nacidos bajo el signo de Saturno* de Rudolf y Margot Wittkower

Existe una creencia muy arraigada en nuestra cultura que considera que el artista tiene cierta tendencia hacia la melancolía. Es decir, que posee un riesgo mayor o una sensibilidad más elevada a padecer éste trastorno que el de la media de la población. Según Styron (2009), “se ha demostrado de modo bastante convincente que los tipos artísticos (en especial los poetas) son particularmente vulnerables a este desorden, el cual, en su manifestación clínica más grave, lleva al 20% de sus víctimas por el camino del suicidio” (p. 37). Es precisamente ésta afirmación, ésta opinión generalizada de nuestra cultura, la que lleva al matrimonio Wittkower a cuestionarse sobre la personalidad del artista y a publicar, en el año 1963, una obra dedicada no sólo a la depresión y al suicidio de los virtuosos de la historia, sino al arquetipo o a la imagen que el público en general tiene en la mente acerca del artista y su temperamento. Sin entrar en las conclusiones a las que llegaron los esposales referentes a la “conexión entre el humor melancólico y un talento sobresaliente” (Aristóteles citado en Wittkower, 1995, p. 104), puesto que nos llevaría una gran dedicación y carece de importancia dentro de lo que se pretende analizar en éste trabajo, examinaremos esta quiebra en el amor en los distintos personajes que se citan en *Nacidos bajo el signo de saturno*. Sin embargo, debemos tener en cuenta que aludimos a genios que vivieron durante los siglos XVII y XVIII, lo cual nos lleva a deducir que mucha de la información que nos ha llegado de ellos está supeditada a las creencias y conocimientos de la época, existiendo así un riesgo considerable a que el estudio de dichas vidas carezca de cierta veracidad o profundidad, porque tal y como hemos repetido en muchas ocasiones, el estigma que envuelve la melancolía hoy en día interfiere tanto en la comprensión del trastorno como de la persona que lo padece, de lo que se sigue que en esos tiempos el problema debía ser mucho mayor, como también lo eran los tabúes con respecto a la enfermedad mental. Según Baglione (citado en Wittkower, 1995, p. 113), autor de la época encargado de escribir las memorias del pintor Aníbal Carracci: “Los que son apresados por esta enfermedad están sobrecogidos por el peso de sus pecados y atormentados por el miedo del castigo y la retribución; y en hombres de inclinación melancólica, la escrupulosidad puede conducir a una crisis total”. Posiblemente, ésta afirmación nos ayude a entender un poco mejor la idea que veníamos intentando plasmar acerca de la visión de la época y sus posibles consecuencias, sin embargo y pese a ello no dejamos de entrever ese sentimiento atemporal de culpabilidad típico del trastorno depresivo, aunque aquí éste esté supeditado a otras cuestiones como pueden ser la religión, la idiosincrasia de la sociedad existente o las

“enfermedades del alma” procedentes de la Edad Media como la “escrupulosidad”. Así, nos encontramos en éstos artistas con algunas de esas características que conferirían, según Solomon (2003), el título de melancólico a un sujeto. Veamos algunos ejemplos.

Carlo Dolci fue un pintor italiano del Barroco, conocido por sus pinturas de carácter religioso, del que se conserva aún una descripción bastante detallada y gradual de la depresión que le invadió escrita por Filippo Baldinucci (citado por Wittkower, 1995). Según el biógrafo;

Carlo empezó a sufrir incontables desgracias. Éstas fueron ocasionadas por un pernicioso humor melancólico que, debido a su naturaleza pusilánime, reservada y tímida, le había rendido tan completamente que ya no era posible intercambiar una palabra con él, ni mucho menos sostener una conversación. Únicamente se expresaba por medio de suspiros, el efecto visible de una mortal angustia del corazón (...) “y con una opinión equivocada de sí mismo, característica de los melancólicos (pp. 122-123)

En ésta definición que nos brinda el historiador acerca del pintor podemos observar claramente esa ruptura con la alteridad representativa de éste desorden, así como también apreciamos la visión distorsionada que se tiene de uno mismo. En todas y cada una de las biografías de los artistas examinados existe este alejamiento del mundo humano, llegando incluso a hablar en algunas de ellas de una “enfermedad amorosa” (Baglione citado en Wittkower 1995, p. 115) para referirse, en cierta manera, a esa grieta que según Solomon (2003) se da en el amor del melancólico. Así, al escultor Francesco Duquesnoy lo describen como una persona que “no quería que le trataran con familiaridad, evitando en todo lo que fuera posible las ataduras de la amistad”, cosa que lo hacía “poco querido y poco agradable” (Bellori citado en Wittkower 1995, p. 121); o al pintor Mastelletta como “enemigo de la compañía (...) enemigo de sus amigos, receloso de todos, se odiaba incluso a sí mismo” (Malvasia citado en Wittkower 1995, 116-117). A Francesco Bassano, el doctor inglés Timothy Bright, conocido por su tratado sobre la melancolía, lo describe como “en sus afectos, triste y lleno de miedo (...) rehúsa conocer y frecuentar a los hombres; se deleita más en la soledad y la oscuridad” (p. 107). E incluso al escultor alemán Franz Xaver Messerschmidt se lo considera “un poco dado a las rarezas que arrancan principalmente de su amor por la independencia” o de anhelar “vehemente la soledad” (Nicolai citado en Wittkower 1995, p. 125). Por lo tanto se hace obvio



que, independientemente de los prejuicios que se tuvieran al respecto de la enfermedad, la característica más observada del artista de esa época con propensión a la melancolía era ese aislamiento de todo afecto, esa ausencia de toda compañía y esa introspección que acarrearía consecuentemente una inmensa soledad.

Según Romano Alberti (citado en Wittkower 1995) “los pintores se hacen melancólicos porque, al querer imitar, (...) mantienen sus mentes tan abstraídas y apartadas de la realidad que, en consecuencia se vuelven melancólicos” (p. 106). Ésta teoría, a pesar de no poseer rigor científico alguno, no deja de ser muy sorprendente e interesante, pues encerraría esta visión que venimos dando del trastorno depresivo aunque de una forma un tanto peculiar, al seguir siendo la falta de contacto con la realidad externa uno de los impulsos principales en la depresión pero aquí provocado por la misma profesión del sujeto que lo aleja del mundo, lo que explicaría que el artista sería más propenso a padecer una crisis. Pese a ello y aunque desconocemos si la afirmación de Séneca referente a que “jamás ha habido un gran talento sin algún toque de locura” (citado en Wittkower 1995, p.101) carece o no de veracidad, en el caso de la depresión todos los virtuosos que hemos tratado decayeron profesionalmente a partir de sus respectivas crisis, abandonando prácticamente la totalidad de su trabajo, pues tal y como muy bien afirma Pelman (citado en Wittkower, 1995); “se necesita estar conectado con el mundo para expresar éste (...) solo la mente de un hombre puede ser creativa, jamás lo será la enfermedad mental” (p. 102).

## 2.5. *Melancolía y Anticristo* de Lars Von Trier

A medida que el término depresión va calando poco a poco en nuestra cultura, el séptimo arte parece sentir el deber, al igual que la literatura, de ir poniendo ésta enfermedad en el centro de algunas de sus narraciones. Así, nos encontramos en los últimos años en la gran pantalla con distintos metrajes que tratan, de manera directa o indirecta, ésta dolencia en creciente auge. Si tuviéramos que elegir entre todos los directores uno de los más representativos o que más se ha sensibilizado con el tema, tal vez nos decantaríamos por el danés Lars von Trier, puesto que, aunque el dramatismo y las profundidades del dolor humano siempre han estado presentes en todos sus trabajos, tras haber sufrido una crisis depresiva en el año 2007 que le apartó temporalmente del cine, escribió y dirigió dos films que reflejan hondadamente esa oscuridad que él tan bien conoce. *Anticristo* (2009) y *Melancolía*

(2011) fueron los títulos escogidos por el cineasta para transmitir sus secretos mejor guardados de la enfermedad. En la primera película el objetivo del director fue transmitir el miedo irracional y la pena patológica en su máximo apogeo. Trier inició el guión de *Anticristo* cuando empezó a sentirse un poco mejor de la crisis depresiva que lo amenazaba desde hacía ya más de un año, así que a modo de autoterapia comenzó a plasmar temores que lo acechaban, que lo obsesionaban y que lo recluían en un mundo interno de oscuridad. Hablando del largometraje, el danés afirmó;

Pase por una depresión hace dos años. Fue una experiencia nueva para mí. Todo, fuese lo que fuese, carecía de importancia, era trivial. No podía trabajar. A los seis meses decidí escribir un guión a modo de ejercicio. Era un poco como una terapia (...) No trabajé el guión como es habitual en mí. Añadí escenas sin tener una razón para hacerlo. Compuse imágenes sin pensar en la lógica ni en el dramatismo. A menudo surgían de sueños que había tenido en el pasado o que tenía entonces (citado en Dopazo, 2009)

Ésta película fue catalogada como cine de terror psicológico y la verdad es que a uno no le queda ninguna duda sobre ello tras haberla visto. Ningún espectador podrá sentirse cómodo ante el visionado de ésta obra completamente desesperante como la misma depresión. Una historia que parece, para muchos cinéfilos, atribuir la creación del mundo a Satán en vez de a Dios y donde el amor queda relegado a “los tres mendigos; la pena, el dolor y la desesperación” (Trier, 2009), junto con mucho temor y odio. Una peligrosísima mezcla de sentimientos que para una persona puede significar el Apocalipsis o el fin del mundo. Aunque las escenas o la misma trama en sí nos puedan parecer exageradamente macabras, cierto es que se observa perfectamente cómo el amor abandona a nuestra protagonista y las consecuencias que eso conlleva. E incluso podríamos llegar a decir que el director consigue transmitir, en muchos momentos al espectador, ese temor extremo y paralizante que padece el melancólico ante la posible pérdida o abandono del ser querido.

Por otro lado nos encontramos con *Melancolía*, un metraje que, tal y como afirma Von Trier (Citado en Dopazo, 2009), está más estructurado y trabajado que el anterior, consiguiendo así una comprensión en el espectador más amplia, tanto de la trama, como de los personajes. En este film, el Apocalipsis del que hablábamos en *Anticristo* acontece de forma real, tal vez expresando esa metáfora de destrucción personal, pues el meteorito *Melancolía* destruye por completo el planeta Tierra. A

diferencia de *Anticristo* que intenta reflejar la enfermedad en su máxima expresión y locura, en el sinsentido de los miedos y los temores, aquí se intenta plasmar simplemente la naturaleza de la depresión como un trastorno mental, tal y como lo explicó el danés en la presentación del film; “es una película no sobre el fin del mundo sino sobre un estado de ánimo” (citado en Arias, 2009). En éste caso, el melancólico, como muy bien nos anuncia el título del largometraje. En esta narración lo más significativo para nuestra “grieta en el amor” (Solomon, 2003) son las relaciones monocromáticas que se establecen entre la protagonista y su familia, sus amigos o compañeros y otros invitados de la boda, puesto que la historia transcurre principalmente en el día que se supone que debería ser uno de los más felices para el personaje principal, el día de su enlace matrimonial. Sin embargo y a pesar de los esfuerzos de la joven por intentar sonreír y estar bien con los demás, no vemos afectos o contacto humano real, sólo vemos a una mujer aislada de su momento, intentando evitar a cualquier persona que se le acerque, desapareciendo una y otra vez del convite, escondiéndose del entorno que le acecha y huyendo de cualquier situación que le genera angustia y tensión. La jornada acaba inevitablemente en la separación de los esposos. En la segunda parte del film las escenas son tremendamente tristes, vacías y penetrantes. No hay nada, solo la angustia de la hermana ante la idea de que el meteorito *Melancolía* pueda colisionar en la tierra, y la indiferencia de la protagonista que ya está muerta en vida.

## 2.6. Ensayo Z de Jorge Martínez

En esta obra de Jorge Martínez (2012) acerca del fenómeno zombi y de su éxito como metáfora de nuestro tiempo, se incluyen dos capítulos que muestran cómo definen determinados fenomenólogos los estados depresivos. En ellos encontramos muy bien recogidos y sintetizados todos aquellos aspectos que anunciábamos en el primer apartado acerca de la “grieta en el amor” (Solomon, 2003, p. 17) que vive y siente el melancólico. Aunque los nombres o las conceptualizaciones utilizadas aquí puedan ser un poco distintas a las empleadas por del autor del *Demonio de la depresión*, las ideas que se exponen en ambos libros no difieren mucho entre sí en cuanto a contenido. Así, hallamos en un primer lugar esa fisura que se da en el amor y en el contacto con el otro que, según recoge Martínez (2012), en éste desorden afectivo se correlacionaría con la “reificación del cuerpo vivido subjetivamente” (Martínez, 2012, p. 80). Esto sería como una especie de sensación que experimenta el melancólico acerca de su organismo, como si éste se hubiese cosificado y no permitiera al enfermo trascender más allá de sus propias carnes. “Se trata de la

pérdida de una de las funciones más importantes de nuestro cuerpo, la de hacer evidente a la alteridad” (Martínez, 2012, p. 80) afirma el autor. Y es que ésta ruptura que se da con la realidad y con el otro sería consecuencia sine qua non de esa incapacidad que posee el depresivo para la “empatía corporal con sus alrededores” (Martínez, 2012, p. 80), pues parecería como si se hubiesen perdido todos aquellos sentidos corporales que te ponen en relación con el mundo, y por lo tanto, con los demás. De ésta manera nos encontramos ante una situación dónde el melancólico ve alterada la parte afectiva, cognitiva, apetitiva y conductual de su persona, pues en cierta manera es como si la “hiper-corporalización” (Martínez, 2012, p. 81) del trastorno frenara u obstaculizara cualquier acto o impulso del sujeto afectado. Ya no queda lugar para la acción, para el encuentro con el otro, “el horizonte abierto de las posibles experiencias se hunde en una atmósfera cerrada” (Fuchs and Schlimme, 2009, citado en Martínez, 2012) y solo queda un terrible aislamiento.

Ésta “grieta en el amor” (Solomon, 2003, p. 17) con el otro, encuentra su punto más álgido ante “la pérdida sutil de la resonancia corporal o *afectabilidad* que media la experiencia emocional y la conexión afectiva con los demás” (Martínez, 2012, p. 81). Es decir, al no existir esa conexión física y/o emocional entre el enfermo y las personas de su entorno, el primero experimenta ese sentimiento de carencia de amor, no puede sentir o vivir el afecto, la ternura, el cariño o el apego de la familiaridad, la amistad o el compañerismo; tal y como afirman Fuchs and Schimme (2009, citado en Martínez, 2012), “se quejan de un sentimiento de que no sienten”, están vacíos, se ha producido incluso una “despersonalización afectiva” (Martínez, 2009, p. 82) que aflige de forma directa a la autoestima del propio sujeto melancólico. Es en este momento cuando entraríamos de lleno en ese título que le dábamos al tercer apartado del capítulo anterior; “la vergüenza y la culpa del que no se ama, un camino hacia la autodestrucción”. Parece que una vez más, nos encontramos ante la interrupción de la estima hacia uno mismo que, como ya hemos visto en Solomon (2003), se relaciona directamente con un excesivo sentimiento de culpabilidad.

Según Martínez (2012), la culpa nace del sentimiento de vergüenza generado por el juicio del otro, sin embargo, fruto de éste proceso aparece “la reflexión y la autoconciencia” (p. 129) en la persona. Es decir, el sentimiento de culpabilidad es la fuente de donde nace la “internalización de normas sociales”, (Martínez, 2012, p. 129) y es por ello que este sentimiento de culpabilidad “no es algo que se pueda entender como superficial en nuestra humanidad, sino que está vinculado (...) a

momentos esencialmente constitutivos de la propia auto-conciencia” (Funchs, 2003, citado en Martínez, 2012, p. 129). Tal y como explica el autor; “La culpa es el producto de la aparente interrupción del amor de los padres cuando uno no hace lo debido, es la profunda internalización del reproche de los demás: en ella, la condena externa se convierte en auto-condena” (Martínez, 2012, p. 129). Sin embargo, esta culpabilidad que actuaría como un principio de socialización en una mente sana, en la persona depresiva conduciría a un callejón sin salida. Así,

(...) el paciente melancólico está tan identificado con la culpa que es culpable *per se* (...) Se siente como siendo el centro de un <<mundo-de-la-culpa>>, en el cual cualquier cosa se convierte en un signo de su falta. No hay perdón, no hay remordimiento o reparación en el futuro; ser culpable comprende totalmente su ser (Fuchs, 2003, citado en Martínez, 2009, p. 131).

Asimismo, ésta sensación va muy ligada al miedo a querer del que hemos hablado desde Solomon (2003), no obstante, Martínez (2012) introduce un novedad en ésta visión, pues el melancólico aquí, temería una posible “interrupción del amor de los demás” que se uniría con la falta de la estima propia, pues parecería no ser digno de ser amado, y por lo tanto teme el “lógico” abandono sus seres queridos tal y como él mismo se ha abandonado.

Una idea nueva que explicaría también éste alejamiento de la persona depresiva de la alteridad contribuyendo a ensanchar esa grieta en el amor que venimos viendo, se recoge en éste libro de Jorge Martínez, *Ensayo Z*, y se refiere a la experiencia temporal que vive en el sujeto afectado por éste desorden. Según el autor, en la depresión el futuro desaparece, toda esperanza queda eclipsada por un pasado horrible que se hace permanente, y el presente está dominado por la falta de contacto con la realidad, lo que conlleva una desincronización entre el enfermo y las personas que le rodean. De este modo, los individuos que están inmersos en la melancolía no pueden cumplir con sus responsabilidades familiares o laborales, sus obligaciones deben ser efectuadas por los demás, no siguen los horarios de sueño o comida establecidos en su entorno, el acto de decidir o hacer queda relegado a otras personas. No pueden, así, comprometerse ante ninguna iniciativa o situación social. En definitiva, no viven dentro del reloj social (Fuchs, 2009, citado en Martínez, 2012, p. 85). Tal y como indica Anatrella (1994, citado en Martínez, 2012);

“En la mayor parte de los estados depresivos se constata que el Ideal del Yo adolece de incapacidad para dinamizar la personalidad e inscribirla en un proyecto, para innovar; en suma, se siente sin futuro. Si el ideal del Yo no encuentra continuidad en la vida social, alimentada por ideales universales y comunes, entonces el campo social, la relación con los demás y las consecuencias de los actos del individuo sobre la colectividad pierden su valor. Cada cual se queda a solas consigo mismo, como en un desierto” (p. 85)

Y con ello, llegamos a ese sentimiento de soledad del que habla también Solomon (2003) y todos los demás autores que hemos venido analizando hasta ahora. Solo que aquí Martínez (2012) añade una nueva idea a todo lo aportado, considerando ésta exclusión del “tiempo de sus coetáneos” que vive el depresivo como una de las principales causas de ésta soledad, pues su vivencia del tiempo le aísla del entorno, le hace vivir solo en su reloj, en su tic-tac, alejándolo de la capacidad de encontrar sentido a la vida que solo el otro te puede dar (pp. 85-86), porque, no olvidemos nunca que; “La mayor soledad y locura es la carencia de sentido” (Martínez, 2009, p. 125).

## 2.7. *La Moda Negra* de Darian Leader

El psicoanalista británico Darian Leader, en ésta obra *La moda negra*, expone una tesis un tanto distinta a lo que estamos acostumbrados a escuchar hoy en día cuando hablamos acerca de la depresión. Según el autor, la depresión no debe entenderse nunca en “términos de déficits biológicos” (Leader, 2011, p. 10), sino que debemos verla como un conjunto de síntomas que derivan de experiencias humanas de “separación y pérdida” (Leader, 2011, p.11). Es decir que “en el núcleo de la experiencia de inercia y de falta de interés en la vida de mucha gente está la pérdida de una relación humana muy querida o una crisis de significado personal” (Leader, 2011, p. 25). De esta manera, nos encontraríamos ante aquella visión que veíamos en Solomon (2003) referente al trauma sufrido, según la cual, el depresivo poseería un miedo patológico a querer que lo llevaría a un aislamiento afectivo, evitando, en la medida de lo posible, cualquier circunstancia que conlleve amor. Solo que en Leader (2011), y a diferencia de lo que veíamos en el *Demonio de la depresión*, esta pérdida, abandono o separación nos diría los porqués o la verdad del desorden afectivo que, según él, es lo verdaderamente importante para el tratamiento de la enfermedad. Pues todos los demás métodos empleados para “curar” al depresivo, como por ejemplo la farmacología o la terapia cognitiva-conductual con su

corrección del pensamiento negativo, errores cognitivos y distorsiones en la auto-observación, servirían solo para “deshacerse de los síntomas” (Leader, 2011, p. 180), pero tarde o temprano el problema volvería a surgir, ya que “la dimensión de la verdad es ahogada más que elaborada” (Leader, 2011, p. 180). Así, la importancia recae en esa pérdida que conlleva una alteración inevitable en el amor, ya sea el propio o el que se dirige hacia los demás, siendo ésta la “verdad” que debe surgir ante cualquier proceso depresivo para poder entender el sufrimiento de la persona (Leader, 2012).

Antes de continuar es necesario aclarar que para el psicoanalista la pérdida no solo hace referencia a un ser querido, sino que puede tratarse de cualquier pérdida real o simbólica que haya padecido el sujeto. Así, por ejemplo, alcanzar una meta que se persigue desde hace muchos años sería una pérdida del objetivo que te movía, envejecer representaría el abandono de la juventud, y el distanciamiento de nuestra pareja podría implicar que “la imagen ideal de nosotros como dignos de ser amados” fuese cuestionada por nosotros, y por lo tanto, pudiese desaparecer, es decir, perderse (Leader, 2011, p. 26). Éste último ejemplo representaría la “grieta en el amor” (Solomon, 2003, p. 17) hacia nosotros mismos, ya que atenta directamente sobre la autoestima de la persona, y éstos hechos que “involucran nuestra propia imagen” frente a los demás, suceden constantemente en nuestra vida diaria, pues somos valorados y cuestionados continuamente por nuestro entorno de distintas formas, y esto genera que nosotros también nos cuestionemos acerca de lo que somos y lo que queremos ser y transmitir (Leader, 2011, p. 26).

No obstante, si nos paramos a pensar un poco en todo lo que se ha dicho hasta ahora, nos daremos cuenta de que toda pérdida conlleva necesariamente una cierta tristeza, una quebradura en el amor de cualquier persona que sienta y/o padezca. Pero, ¿qué es lo que hace que algunos sujetos acaben inmersos en un estado de profunda depresión, mientras que otros, tras un tiempo de tristeza son capaces de superar la pérdida? Según el autor, los procesos inconscientes de duelo o melancolía son los que se encontrarían, normalmente, debajo de cualquier estado depresivo. Sin embargo, los matices que diferencian dichos procesos, son muy importantes a la hora de entender qué es lo que le sucede a la persona. El duelo sería, normalmente, la consecuencia lógica y el subsiguiente proceso de aceptación de una pérdida o abandono, en cambio la melancolía se trataría de un “duelo estancado o bloqueado” (Leader, 2012, p. 35) que acarrearía el desorden afectivo. Todos los sentimientos que surgen tras la pérdida, ya sea rabia, odio, ira, tristeza,

negación, vacío, impotencia, rencor, etc. se mezclan con nuestro amor por lo que se ha perdido, y ésta mezcla genera una incomprensión que se vuelve contra nosotros mismos. Según el autor, la persona “puede que encuentre difícil llorar una pérdida cuando sentimientos amorosos luchan contra la furia hacia la persona por haber muerto” (Leader, 2011, p. 41), pero el enfado es una reacción lógica que no debe ser bloqueada, pues sino puede ser la causa de muchos trastornos. Según el autor, “el hecho de que el afecto y el odio están tan cercanamente ligados en nuestra vida emocional es todavía (...) difícil de aceptar para la mayoría de la gente” (Leader, 2011, p. 42), y esta confusión emocional generada por la ambivalencia de sentimientos en una pérdida sería la causa principal de la melancolía.

Sin entrar más profundamente en estos procesos inconcientes de los que nos habla Darian Leader, pues conllevaría un análisis demasiado profundo para el tema que nos concierne verdaderamente en éste trabajo, es importante tener en cuenta aquí que, mucha de la terminología empleada por el autor difiere en gran parte de la utilizada por Solomon (2003), al mismo tiempo que algunas ideas son presentadas de manera distinta en cuanto a causalidad, o incluso, contenido de la información. Sin embargo, podemos ver de nuevo la importancia que se le otorga a la pérdida y la repercusión que tiene ésta sobre la capacidad de amar, pues en este caso sería el punto de partida del desorden afectivo, y el duelo patológico, la causa de la melancolía. Así, tanto en *El demonio de la depresión* como en *La moda negra*, nos encontramos ante personas cuya patología se centra principalmente en la alteración de sus sentimientos, y por lo tanto, cuyo amor queda totalmente damnificado. Según Leader (2011), “para el melancólico es la misma esencia de su ser la que es indigna o está mal, no solo sus rasgos superficiales” (Leader, 2011, p. 38). Por éste motivo una paciente del mismo psicoanalista se preguntaba; “«¿Puedo ser amada sin nada dentro de mí?»”, y la respuesta se la daba otra enferma del terapeuta; “«No tengo nada dentro de mí porque no amo»” (Leader, 2011, p. 40).

### **3. El amor como terapia**

Hasta ahora hemos estado viendo, tanto en *El demonio de la depresión* de Andrew Solomon (2003) como en las distintas obras presentadas, cómo una de las manifestaciones más significativas de éste trastorno del estado de ánimo es el alejamiento progresivo de todas y cada una de las formas de manifestación del amor. Tal y como veníamos distinguiendo, el sujeto siente que no puede amar, la capacidad para querer al otro, a uno mismo o a la vida queda gravemente afectada,



imposibilitándose así, cualquier relación que conlleve un cierto afecto. Veámos además, cómo éste aislamiento que se genera en el enfermo de melancolía y que lo separa de todo contacto humano y real, se nutre de diferentes estados o sensaciones, como pueden ser la culpabilidad, el embotamiento de las capacidades cognitivas, apetitivas o volitivas, la tensión o el estrés que siente durante las relaciones sociales, el retraimiento físico o la desesperanza, retroalimentando así, “ese aire viciado” que se respira debajo de la “campana de cristal” que envuelve totalmente al melancólico y que lo aísla del mundo (Plath, 1995).

Llegados a éste punto, y pese a todo lo dicho hasta ahora, es importante tener en cuenta que éste abandono del amor que experimenta el enfermo, y el vacío emocional y existencial subsiguiente, no debe tratarse nunca como algo inalterable o inquebrantable por el propio sujeto depresivo. Pues en el querer, características como la voluntad, el esfuerzo o la dedicación constituyen el motor de propulsión de cualquier acto que conlleve amor. Y pese a la gran enfermedad que oprime al depresivo, siempre cabe espacio para luchar contra la tiranía de esos sentimientos que esclavizan a la persona. Ésta es la idea que constituye el cometido del presente capítulo, siendo el objetivo evidenciar que “uno tiene sus genes, y eso no se puede modificar. Pero, a veces, puede controlar el modo en que se expresan” (Solomon, 2003, p. 100), así como también puede interferir frente a la sintomatología amenazante, pues como muy bien afirma Solomon (2003):

Considero que todos poseemos por naturaleza algo llamado voluntad, y rechazo la idea de predestinación química y el vacío moral que esto genera. Existe una unidad que incluye quiénes somos y cómo nos esforzamos para ser buenas personas, cómo nos desmoronamos y cómo volvemos a levantarnos (p. 774).

Cierto es que no todas las depresiones son iguales y que por ello, y tal y como sugieren la gran mayoría de autores que abordan esta temática, cuando nos encontramos frente a una persona que padece una crisis melancólica, debemos tener presente siempre que cada desorden afectivo debe ser considerado y tratado de forma exclusiva y en relación al sujeto que la padece. Pese a ello, nos encontramos generalmente con una convicción muy arraigada entre las personas que han vivido este desorden y que asienta la idea que venimos plasmando, pues según la mayoría de enfermos, cuando se ha sufrido la melancolía se comprende y aprende que el “doctor amor” (Areteo, citado en Solomon, 2003, p. 521), a menudo,

puede hacer frente, en cierto modo, a la desdicha. Así lo explicaba Andrew Solomon (2003) recordando sus vivencias con la enfermedad;

(...) nunca me encontraba solo. Por supuesto, yo no era un compañero divertido; y aunque ese profundo amor y la certeza de contar con él, no fueron en sí mismos la causa de mi recuperación, sin duda sin ellos no habría encontrado nada en mí que me diera fuerzas (...) (p. 115)

Podríamos decir así, que el amor sería para la persona depresiva, lo que la madre representa en la vida del recién nacido. Tanto el melancólico como el niño deben recorrer el largo camino hacia la vida, hacia un despertar en el mundo social y relacional, pero sin el soporte y el aguante que representa el amor incondicional, éste camino se volvería quimérico. Kay R. Jamison (1995) también nos revela ésta visión en sus memorias de la siguiente manera;

(..) el amor es para mí, la parte más extraordinaria de ese rompecoronas: ayuda a desterrar el miedo y la angustia, permitiendo al mismo tiempo la vida y la belleza y la energía. (...) el amor como sostén, como regenerador y como guardián. (...) Después de cada muerte aparente dentro de mi espíritu o de mi corazón, el amor ha vuelto a recrear la esperanza y a restaurar la vida. Ha convertido la inherente tristeza del vivir en algo llevadero y ha hecho evidente su belleza. De manera inexplicable y salvadora, ha sido manto protector y faro guía en las oscuras estaciones y en los climas rigurosos (Jamison, 1995, p. 214).

Tal vez haya llegado el momento de darle la vuelta al sentido de la explicación para preguntarnos acerca del amor, éste término que parece ser tan importante durante las fases depresivas y de recuperación o tratamiento. Pues este sentimiento, por la subjetividad que se le otorga, puede presentar demasiadas ambigüedades como para confundirnos acerca de la misma naturaleza que pretendemos alcanzar y reflejar aquí. Y aunque existen una infinidad de autores que consideran que el amor es un impulso afectivo que se da en las partes más oscuras de la conciencia, vamos a intentar demostrar que la vivencia amorosa responde a un principio que traspasa la esfera subjetiva. Es por ello, que vamos a intentar esclarecer en la medida de lo posible, y siguiendo al reconocido psicoanalista y humanista alemán Erich Fromm, todas las particularidades que encierra éste término o sentimiento, sin perder de vista el desorden afectivo que aquí nos atañe.

### 3.1. La fenomenología del amor de Erich Fromm

Uno de los autores más destacados dentro del campo del estudio del amor humano es el psicoanalista, psicólogo social y filósofo humanista de origen judeoalemán, Erich Fromm. Durante su larga vida, éste teórico publicó más de una treintena de obras donde se recogían sus principales ideas acerca de los principios de la naturaleza humana. Entre ellas, cabe destacar por la temática que aquí nos corresponde, “*El arte de amar*”, publicado por primera vez en el año 1959, donde se postula el amor como una respuesta al problema de la existencia humana, o expresado en palabras del mismo autor; “Trátase el amor como solución madura al problema de la existencia” (p. 34). Así, Fromm (2003) explica en su libro,

El hombre está dotado de razón, es *vida conciente de sí misma* (...) Esa conciencia de sí mismo como una entidad separada, la conciencia de su breve lapso de vida, del hecho de que nace sin que intervenga su voluntad y ha de morir contra su voluntad, de que morirá antes de los que ama, o éstos antes que él, la conciencia de su soledad y su “separatidad”, de su desvalidez frente a las fuerzas de la naturaleza y de la sociedad, todo ello hace de su existencia separada y desunida una insoportable prisión. Se volvería loco si no pudiera liberarse de su prisión y extender la mano para unirse en una u otra forma con los demás hombres, con el mundo exterior (p. 22)

De esta manera, a la pregunta que Graham Greene se formulaba acerca de “cómo se las arreglan todos aquellos que no escriben, componen o pintan para librarse de la locura, la melancolía y el miedo pánico inherente a la condición humana” (citado en Solomon, 2003, p. 12), Fromm respondería: aprendiendo el arte de amar. Solo a través de éste, una persona es capaz de dotar de sentido su existencia, alejándose así, de esa fuente de intensa angustia que surge de la condición humana de “separatidad” y soledad (Fromm, 2003). En éste sentido y en un tono un tanto más novelístico, Robert Louis Stevenson escribió;

Es la historia de nuestras amabilidades lo que hace que este mundo sea tolerable (...) Si no fuera por eso, por el efecto de las miradas amables, de las palabras amables, de las cartas amables... llegaría a pensar que nuestra vida es una broma del peor de los gustos (citado en Jamison, 1996, p. 148)

Aunque Fromm es un tanto más esencial en sus palabras que el escritor británico, la idea que encierran ambos autores no parece discernir en gran medida, pues la necesidad del hombre para que su vida no se convierta en una mera burla, no deja de ser otra que la de intentar trascender más allá de su corporeidad, abandonando así, “la prisión de su soledad” (Fromm, 2003, p. 2003). Al mismo tiempo, el psicoanalista alemán considera que, cuando se fracasa en éste intento de superar la separatividad a través del amor, la persona cae en la locura, pues “el pánico del aislamiento total sólo puede vencerse por medio de un retraimiento tan radical del mundo exterior que el sentimiento de separación se desvanece” y por lo tanto, la realidad externa deja de existir, desaparece (Fromm, 2003, pp. 23-24). Tal vez esta idea nos recuerde, un poco, a esa ruptura con el entorno que vivía el melancólico y su posterior ensimismamiento, pues en cierta manera, la representación de la locura que expresa aquí Fromm, no sería otra que la que venimos tratando en los dos capítulos anteriores.

Así, y tal y como explicábamos, en la depresión se da esa quiebra en el amor de la que hablábamos desde Solomon (2003), y aunque todavía hoy desconocemos las causas por las que sucede, sería motivo suficiente, según el autor alemán, para caer en la locura y alejarse de todo contacto real. Todas las demás características de la enfermedad, como la tristeza, la culpabilidad, el aislamiento, el sinsentido, la angustia o el retraimiento, no dejarían de ser consecuencias directas y lógicas de no poder superar, en algún momento dado, “la separación humana a través de la reunión del amor” (Fromm, 2003, pp. 23-24). Así, según la tesis que se expone en *El arte de amar*, nos encontramos ante una enfermedad de origen existencial, y aunque las formas convencionales de salud enfatizan más en la reducción de la sintomatología, como puede ser el sueño, el apetito o la productividad, si se deja de lado la parte más escondida de la patología, se puede correr el riesgo de que “la dimensión de la verdad sea ahogada más que elaborada” (Leader, 2011, p. 180), dejando que la raíz del problema siga subyaciendo frente a una mejora observable de la conducta del melancólico, aunque esto pueda suponer futuras recaídas.

Es importante aclarar aquí, que “El hecho de que algo sea de orden médico no implica que carezca de orígenes psicosociales” (Solomon, 2003, p. 100), pues tal y como explica Elliot Valenstein, profesor emérito de psicología y neurociencia de la Universidad de Michigan; “La mente no existiría sin el cerebro, pero la mente puede ejercer influencia sobre el cerebro” (citado en Solomon, 2003, p. 196). De éste modo y según los últimos estudios realizados, lo psicosocial produce, inevitablemente,

alteraciones biológicas o fisiológicas. Es por ello que cada vez se distingue menos entre depresión endógena y exógena, pues esta separación ha ido perdiendo sentido, no sólo por lo que se acaba de explicar, sino porque además se ha demostrado que la vulnerabilidad, o sensibilidad genética, debe ser siempre desencadenada por acontecimientos vitales externos, y aunque cada persona puede ser más o menos sensible a padecer la enfermedad, se estima que las dos terceras partes de la población pueden ser lo suficientemente propensas como para desarrollar el desorden afectivo. Por lo que se deduce de todo ello que lo verdaderamente importante, y donde se debe actuar desde la ciencia psicológica, es en el origen antisocial de la depresión, que en este caso, y según Fromm, sería la imposibilidad de acceder al amor, o lo que es lo mismo, de conocer y aprender *el arte de amar* (Solomon, 2003). Así, según George Brown (citado en Solomon, 2003), precursor del estudio de los acontecimientos vitales en la Universidad de Londres, “la mayoría de la gente puede caer en una depresión mayor si se da un determinado conjunto de circunstancias”, y por lo tanto considera que “La mejor defensa (...) es un matrimonio «lo suficientemente bueno», que asimile las humillaciones externas y las minimice” (pp. 106-108).

Hasta ahora hemos visto cómo la locura para Fromm significa no poder dotar de sentido la existencia humana, a través de la reunión con el amor. En la depresión, como ya hemos explicado, se pierde esa capacidad de amar y por lo tanto, es lógico, según el autor, que la persona enloquezca. El porqué de todo esto sigue siendo aún desconocido, pero lo que sí se apunta desde *El arte de amar*, es el hecho de que cada vez entendemos menos lo que significa e implica amar, es decir, que existe, a nivel social, un alejamiento progresivo de la comprensión de la misma naturaleza del amor, lo que explicaría el crecimiento de prevalencia del trastorno en la sociedad. Ésta confusión representaría una carencia del “deseo de fusión interpersonal”, un impulso que es el más poderoso que posee el ser humano y que constituye su pasión más básica, esa que sostiene la raza humana, la familia y la sociedad.

Es obvio que en la melancolía éste impulso queda mermado, pues tal y como leemos en la obra del psicoanalista alemán, “la incapacidad para alcanzarlo significa insania o destrucción” (Fromm, 2003, pp. 33-34). Pero, ¿qué es lo que realmente sucede primero, la carencia de amor o la depresión? Es decir, ¿El sujeto enferma y después aparece la grito en el amor, o viceversa? Puede que como sugiere Erich Fromm, el amor sea un arte y que cuando no se aprende aparece la melancolía. Pero también podríamos pensar que existe una correlación entre carencia de amor y

depresión pero que no hay relación de causalidad, e incluso podríamos creer que la carencia de amor y la depresión son lo mismo. Existen distintas posibilidades a este respecto, pero todavía hoy desconocemos la respuesta. Tan solo podemos afirmar en concordancia a esas inasequibles preguntas que la vivencia amorosa subjetiva del melancólico merma, y que por lo tanto, existe una carencia afectiva que debe intentarse resolver.

Así pues, parece que para la mente humana es importante contar con el amor. Por ello es necesario adentrarse en lo que entiende Fromm por éste concepto. Lo primero que debemos saber acerca del amor, es que éste es un arte, como la vida, y como todo arte hay que aprenderlo, hay que situarlo en una de las preocupaciones principales y dedicarle el máximo de tiempo y esfuerzo posible. Una vez que se alcanza la certeza de que el amor es dedicación y no instinto o impulsividad, como se aboga desde la visión más romántica del término, ya estamos preparados para comprender, tal y como se no indica en *El arte de amar*, que “el amor no es esencialmente una relación con una persona específica; sino que es una actitud, una orientación del carácter que determina el tipo de relación de una persona con el mundo como totalidad, no con un <<objeto>> amoroso” (Fromm, 2003, p. 65). Así, el amor es algo indivisible, es un rasgo que se une a la misma persona con el esfuerzo de ésta. Cuando un individuo es capaz de amar, no solo ama a un “objeto” en concreto, sino que ama a los demás, a él mismo, a los animales, a las plantas, a la vida. El amor, es el “núcleo” de donde se desprende el “amor a la vida en un ser humano” (Rainer Funk citado en Fromm, 2003, pp. 185-186). De este modo, es lógico entender por qué cuando aparece la quiebra en el depresivo, todas las formas de amor quedan afectadas, pues tal y como estamos viendo, éstas siempre son conjuntivas de una misma esencia. Algunos podrían pensar que el amor a uno mismo evidencia cierto grado de egoísmo y/o narcisismo, sin embargo, lejos de cualquier patología que se pudiera derivar de ello, este tipo de afecto es también necesario e imprescindible, forma parte de esa orientación de carácter, pues “El amor a sí mismo está inseparablemente ligado al amor a cualquier otro ser”, como muy bien se nos expresa ya en la Biblia; “Ama a tu prójimo como a ti mismo” (Fromm, 2003, p. 79-80).

En la melancolía la desaparición de la autoestima es un hecho, igual que lo es la incapacidad para entregarse al amor, y a la vulnerabilidad que todo esto representa. Según Fromm (2003);

(...) mientras tememos concientemente no ser amados, el temor real, aunque habitualmente inconciente, es el de amar. Amar significa comprometerse sin garantías, entregarse totalmente con la esperanza de producir amor en la persona amada. El amor es un acto de fe, y quien tenga poca fe también tiene poco amor (p.158).

Así, lo que parece verdaderamente importante “es la fe en el propio amor; en su capacidad de producir amor en los demás, y en su confianza”. Sin embargo, esta fe en garras de la enfermedad, se convierte en un miedo paralizante que incapacita al depresivo para realizar cualquier acto que implique querer. La capacidad de amar, como veíamos anteriormente, se desvanece. Como muy bien expresa Fromm: “que nos amen por los propios méritos, porque uno se lo merece, siempre crea dudas; quizá no complací a la persona que quiero que me ame, quizás eso, quizás aquello, siempre existe el temor de que el amor desaparezca” (p. 60). Este temor se vuelve en contra del melancólico, alejándolo de todo afecto. De éste modo, la separatividad no puede ser superada, y esto produce en el afectado, no solo esa angustia que describíamos al principio del epígrafe, sino también “vergüenza y un sentimiento de culpa” (Fromm, 2003, p. 23), apareciendo de nuevo, éstos dos sentimientos tan afines a la depresión. Por lo tanto, una vez más, la correlación entre la depresión y el amor vuelve a hacerse innegable.

Teniendo en cuenta todo lo expresado hasta el momento, no cabe duda de que existe una relación de retroalimentación entre la enfermedad depresiva y la imposibilidad de superar la separatividad a través del *arte de amar*, cuál es el orden cronológico de aparición, es una duda que aún está sin resolver. Tan solo nos queda añadir que,

Si el amor es una capacidad del carácter maduro, productivo, de ello se sigue que la capacidad de amar de un individuo perteneciente a cualquier cultura dada depende de la influencia que esa cultura ejerce sobre el carácter de la persona media. (...) Ningún observador objetivo de nuestra vida occidental puede dudar de que el amor –fraterno, materno y erótico- es un fenómeno relativamente raro, y que en su lugar hay cierto número de formas de pseudoamor, que son, en realidad, otras tantas formas de la desintegración del amor (Fromm, 2003, p. 105)

Tal vez esta afirmación, ahora que conocemos un poco más el vínculo que se establece entre el amor y la melancolía, pueda hacernos entender por qué ha aumentado de forma tan alarmante esta enfermedad en las últimas décadas. Sin

embargo, “tener fe en la posibilidad del amor como un fenómeno social y no sólo excepcional e individual, es tener una fe racional basada en la comprensión de la naturaleza misma del hombre” (Fromm, 2003, p. 165).

### 3.2. *Una terapia eficaz*

Una de las historias que más me impresionó durante la lectura de las distintas obras acerca de la melancolía, fue la de Phaly Nuon, una superviviente de la masacre de Camboya, que explica su experiencia con la depresión que padeció a consecuencia del infierno humano que le tocó vivir. Nuon cuenta cómo todas las mujeres afectadas se reunían para ayudarse entre ellas, y aunque al principio ni siquiera se hablaban, el hecho de estar juntas y compartir la desdicha en silencio, les ayudaba a seguir adelante (citada en Solomon, 2003). Según Karen Johansen, groenlandesa fundadora de los primeros grupos de ayuda a personas depresivas en su país, “la verdadera cura para la tristeza, consiste en prestar atención a la tristeza de los demás” (citada en Solomon, 2003, p. 380), de esta manera, la sanación de dicha patología estaría o se encontraría ligada a la alteridad. Este fue el secreto de las camboyanas, pero también el de la misma Johansen, pues en un país donde la extrema intimidad física exige una total reserva afectiva, la única solución que encontró la groenlandesa fue formar grupos de apoyo, donde por lo menos, a través de la ayuda y la compañía mutua, muchas personas encontraron una salida a la oscuridad. Es importante saber aquí que, en Groenlandia, este desorden afectivo afecta al 80 % de la población, y según afirma Solomon, el motivo de estas desorbitadas tasas no tiene que ver solo con el clima y la luz, sino que juega un papel importante el hecho de que hablar acerca de uno mismo, en esa cultura, este mal visto, conllevando, en consecuencia, un retraimiento emocional muy significativo (Solomon, 2003, p. 373). De este modo, la carencia de afectos entre los inuits constituiría uno de los motivos por los cuales ocho de cada diez personas sufren depresión. Por este motivo, el hecho de romper las barreras de separatividad para unirse al otro a través de los grupos de apoyo, ha generado una importante mejora en muchas de esas personas.

Otra de las poblaciones donde la depresión aparece con mayor frecuencia, es la de las personas que viven en la pobreza. Según Solomon (2003), “sus penurias económicas son sólo el comienzo de los problemas. Estas personas suelen tener malas relaciones con los padres, los hijos, los amigos y amigas, los esposos o esposas; (...) carecen de la experiencia de los buenos sentimientos” (p. 603). Éste



sería uno de los principales motivos por los cuales estas personas caen en la melancolía. Y es por éste motivo, que cualquier demostración de afecto, por poco que sea, para ellos se convierte en una potente medicina. En uno de los testimonios de una mujer pobre recogido en *El demonio de la depresión*, Solomon se cuestiona acerca de las causas que hicieron que ésta mujer tuviera una rapidísima recuperación sin ninguna intervención psicofarmacológica. Según el autor, la causa “en cierta medida fue, sencillamente, la firme muestra de afecto por parte de los médicos con los que ella trabajó” (Solomon, 2003, p. 615). Tal y como afirma la camboyana Phaly Nuon, “el amor y la confianza pueden ser una buena explicación” a muchas de las recuperaciones de esta patología, “y el hecho de saber que alguien se preocupa por uno es en sí mismo suficiente” para muchos de los enfermos (citada en Solomon, 2003, p. 615). Nos encontramos ante depresiones en las que el apoyo constante de los demás es suficiente para sacar, poco a poco, a las personas de su tristeza y soledad.

Otro ejemplo de ello lo encontramos entre la gente mayor, pues el hecho de que la misma sociedad considere la vejez como una etapa deprimente, provoca, generalmente, un efecto de abandono de esta población, provocando que los índices de la enfermedad se disparen entre las personas de la tercera edad. Un dato muy relevante que demuestra que este abandono y soledad que sienten estas personas es la principal causa de su melancolía, es el hecho de que “los ancianos que viven en residencias geriátricas tienen el doble de posibilidades de sufrir depresión que los que no viven en ellas” (Solomon, 2003, p. 336). De éste modo, cuando estos enfermos sienten que alguien se preocupa por ellos, la mejoría es rápidamente visible. Tal y como se recoge en *El demonio de la depresión*,

El control y las entrevistas que forman parte del seguimiento de un estudio (...) tienen un efecto significativo. La gente mayor se siente mejor cuando se les presta más atención. Los ancianos de nuestra sociedad deben de sentirse terriblemente solos para que la mínima respuesta que proporciona la sociedad sea suficiente para mejorar su estado de ánimo (Solomon, 2003, p. 337).

Tal vez una intervención psicofarmacológica en éstas personas mayores sea eficaz, pero ¿es siempre necesaria? Probablemente, en muchos casos, tal y como estamos viendo, bastaría con el amor, la dedicación y la ternura que se les pueda ofrecer, pues parece que una vez más, éste tipo de “terapia”, puede ser realmente efectiva. En la depresión infantil éste tipo de enfoque puede también ayudar a disipar o aliviar

la enfermedad. Ciertamente es que la poca atención por parte de los padres hacia los hijos o el hecho de que los primeros estén deprimidos, puede ser motivo suficiente para generar la enfermedad en los más pequeños, sin embargo, cuando se conjugan “la firmeza, el amor, la coherencia y la humildad” (Solomon, 2003, p. 326) en los cuidados de los progenitores hacia los niños deprimidos, la enfermedad, en muchos casos, remite. Tal y como anunciábamos anteriormente, los casos de depresión infantil se han disparado de forma alarmante. Durante las últimas décadas, en Estados Unidos, los suicidios de los niños de entre los diez y los catorce años se han incrementado un 120 por ciento, considerándose la ruptura de las estructuras familiares tradicionales y el horario laboral de los padres que aleja a éstos de sus hijos, algunas de las causas principales que explican éste gran crecimiento. Es por ello que la gran mayoría de los protocolos de tratamiento incluyen “el entrenamiento de los padres en intervenciones terapéuticas con sus hijos, intervenciones que deben estar basadas en el simple hecho de escuchar” (Solomon, 2003, p. 326), de prestarles atención, dedicación y afecto. Como muy bien expresa la reconocida psicóloga infantil londinense Deborah Christie, “uno sólo debe mostrarles que está con ellos (...) Y tiene que lograr que ellos estén con uno” (citada en Solomon, 2003, pp. 328-329). Así pues, los lazos afectivos en edades tan tempranas son fundamentales, no solo para prevenir ésta enfermedad, sino también para superarla una vez que el niño la padece. En el caso de Kay R. Jamison, estos vínculos afectivos adquiridos durante su infancia fueron totalmente necesarios para enfrentarse y superar sus crisis durante la madurez. Así lo explica en *Una mente inquieta*,

Los largos e importantes días de la infancia y de la temprana adolescencia fueron en su mayoría muy felices para mí y me proporcionaron una sólida base de calor, de amistad y de confianza. Estaban destinados a ser un poderoso amuleto, una pujante y positiva fuerza contrabalanceadora de adversidades futuras (...) Mi hermana no tuvo aquellos años, aquellos amuletos. No es sorprendente, quizá, que cuando ambas tuvimos que enfrentarnos con nuestros respectivos demonios, ella consideró la oscuridad como algo que llevaba dentro y que formaba parte de su ser, de la familia y del mundo. Yo, al contrario, lo tomé por algo ajeno (Jamison, 1996, p. 24)

No podemos afrontar nunca el problema de la depresión con una única respuesta válida para cualquier sujeto, sino que debemos contextualizarlo e interpretarlo siempre en función de las características personales del enfermo y de todas

aquellas circunstancias que le rodean. Por ejemplo, no podemos utilizar los mismos recursos de sanación para un melancólico que se encuentra en la fase aguda de la enfermedad, que para uno que está en las primeras manifestaciones de la fase moderada. No podemos encarar o tratar de la misma forma una depresión derivada de cualquier forma de abuso psicológico o físico, que una depresión inducida por sustancias (Solomon, 2003). Probablemente, esta terapia que venimos defendiendo basada en la seguridad y la confianza del amor sea más “eficaz” en algunos casos que en otros. Sin embargo, es necesaria en todas y cada una de las formas de manifestación de la enfermedad, pues como muy bien nos aclara Kay R. Jamison (1996) en su obra, “Los fármacos no hacen que resulte fácil el regreso a la realidad, te devuelven a ella de cabeza, bamboleando, y más pronto de lo que a veces eres capaz de soportar (...) pueden hacer que el cerebro vuelva a funcionar, pero no te devuelven a la realidad, no te dan el sentido, hay algo que tiene que ver con la palabra que es lo que realmente te ayuda” (p. 94).

Así, el amor poseería, indiscutiblemente, un efecto sanador, consiguiendo que la confusión adquiriera sentido, coartando los sentimientos y los pensamientos autodestructivos, y restituyendo, poco a poco, las ilusiones, el control y la esperanza. Éste es el cometido de algunas de las psicoterapias que se emplean hoy en día. Otras, sin embargo, se encargan solo de enseñar al paciente que la enfermedad es un pensamiento negativo, errores cognitivos y/o distorsiones en la auto-observación, y que si arreglamos esto solucionamos el desorden afectivo (Leader, 2011). Entonces, ¿para Phaly Nuon de Camboya, el único problema era que no pensaba positivamente cuando le habían matado a sus hijos, alejado de sus seres queridos y vejado constantemente? ¿Y los depresivos de los campos de concentración solo debían restaurar sus errores o distorsiones cognitivas para seguir adelante? Según el austriaco Viktor Emil Frankl (2005), neurólogo, psiquiatra y fundador de la logoterapia, lo único que mantuvo vivos a los supervivientes de Auschwitz y Dachau, campos de concentración donde estuvo recluido el autor más de tres años, fue el amor que sentían hacia aquellas personas de las que les habían separado, solo a través de ellos y de la esperanza de volver a reencontrarse cuando todo aquello acabara, podían encontrar el sentido para seguir luchando y no abandonarse a la muerte. Es probable que este ejemplo nos pueda resultar a la mayoría un tanto extremista, pese a ello, no deja de encerrar la realidad de que es necesario dotar al depresivo de sentido, ese sentido que solo se alcanza a través del amor (Fromm, 2003), pues si solo actuamos en la sintomatología que presenta la persona y no vemos el “síntoma como el portador de una verdad subjetiva”

(Leader, 2011, p. 181), nos estamos olvidando de la esencia de la misma enfermedad, ocultando sólo las manifestaciones conductuales y observables.

Muchos son los enfermos que explican que en el límite del acto suicida lo único que se encuentra son las personas amadas, aquellas por las que debes seguir peleando y las que aportan el destello de racionalidad y sensibilidad cuando estás a punto de acabar con la vida. Así lo recuerda William Styron (2009),

(...) en una corriente de veloces recuerdos, pensé en todas las alegrías que la casa había conocido: los niños que habían hecho carreras en las habitaciones, las celebraciones, el amor y el trabajo (...) Comprendí que todo eso era más de lo que yo era capaz de abandonar, así como también que lo que me había propuesto hacer con tanta deliberación superaba lo que podía infligir a esos recuerdos y, sobre todo, tan próximos a mí, aquellos con quienes esos recuerdos estaban vinculados. Y con la misma precisión comprendí que no podía cometer aquella profanación de mí mismo (pp. 62-63)

Cierto es que “la intimidad de la mente es una barrera infranqueable” (Jamison, 1996, p. 474) que constituye el máximo problema con el que nos encontramos a la hora de ayudar a una persona melancólica. Sin embargo, sabemos, por todo lo que hemos visto hasta ahora, que la depresión expresa algo, algo que no está bien, que no funciona en el interior de la misma persona, porque tal y como afirman Watson y Adrews (citados en Solomon, 2003), “fingir que uno necesita ayuda de los demás no necesariamente nos asegura esa ayuda: los demás son demasiado listos para ser engañados” (p. 737), pues para ellos la depresión respondería a una forma costosa, pero mucho más convincente y efectiva, de comunicación. Entonces, ¿que sería lo que quieren transmitirnos los enfermos de melancolía? Pues según estos autores, en un mundo donde cada vez tenemos que ser más independientes los unos de los otros, hecho que nos acerca a la soledad o al sentimiento de la misma, y por lo tanto a la depresión, éste desorden afectivo representaría la única forma de expresar la necesidad del otro para la supervivencia; el amor y la ayuda mutua (Watson y Adrews citados en Solomon, 2003). De este modo el sujeto enfermo, pese a sus grandes carencias de interacción con los demás, en cierta manera, se estaría pronunciando, pediría con su silencio un poco de amor, de apoyo y de comprensión, y aunque a menudo el mismo depresivo no es consciente de ello, sin este contacto humano se puede entrar en éste infierno pero no salir de él. De nuevo nos

encontramos frente a ese *arte de amar* que nos sugería Erich Fromm y que se ha demostrado, a lo largo de todo este capítulo, que es la base desde donde se debe iniciar cualquier tratamiento, pues sin él, rara vez podrá ser efectiva cualquier terapia que se emplee. De este modo, ¿qué es lo que pueden hacer aquellas personas que rodean al melancólico y que lo ven atrapado en su mente? Pues como diría Styron (2009),

Es muy importante que a quienes se hallan sitiados, quizá por primera vez, se les diga –se les convenza, más bien- que la enfermedad cursará y saldrán de ella. Un trabajo duro; gritar «¡levanta la cabeza!» desde la seguridad de la orilla al que se está ahogando es casi un insulto, pero se ha demostrado una y otra vez que si se persiste en dar ánimos –y se presta un apoyo igualmente constante y apasionado-, el que está en peligro casi siempre alcanza a ser salvado (p. 73).

Aunque es cierto que el amor solo no cura, que deben conjugarse otros factores como pueden ser la voluntad, el esfuerzo, la psicoterapia e incluso en muchos casos, los psicofármacos, sin él, como hemos visto, no existe nada en lo que apoyarse. Los sistemas médico-psicológicos, percatándose de ello, han incluido los grupos de apoyo, en muchos de los tratamientos, con el objetivo de sustituir la carencia afectiva que padecen muchos enfermos por una “triste comunión de sentimientos” que alivia la soledad y el aislamiento (Solomon, 2003, p. 287). Tal y como expresa Joe Rogers, testimonio directo de la depresión; “Las personas que están aisladas y perdidas suelen desesperarse por un poco de contacto humano”, y en estos grupos de ayuda se puede encontrar una buena forma de mitigar el vacío de esa inmensa soledad (Solomon, 2003, p. 728). Sea cual fuere la solución para que el enfermo no se sienta solo ante el dolor y la incertidumbre, este debe aferrarse a ella. El amor y la compañía siempre deberían ser el punto de partida de cualquier tratamiento que pretenda ser eficaz, pues de lo contrario, resultaría bastante fácil fracasar en la terapia que se le aplique al melancólico. Así pues, tal y como hemos ido viendo a lo largo de todo este escrito, tanto en la prevención, como en la depresión, como después de ésta, el amor es una pieza fundamental e imprescindible para cualquier persona que quiera mantenerse alejada de las profundidades de la melancolía, aunque a veces esta pieza no sea suficiente.

Finalmente, me gustaría acabar con un precioso ejemplo que expresa a la perfección el significado y la relevancia del amor incondicional, que hemos venido

plasmando aquí, durante la crisis depresiva. En éste caso recogido en *Una mente inquieta*, haciendo referencia al amor que mantuvo la madre de Kay R. Jamison (1996) durante los largos días de depresión de su hija;

Como una gata amorosa que agarra al gatito por el cuello, mantuvo bien abiertos sus ojos de madre y, si perdía demasiado el hilo, me llevaba de vuelta, emocional y geográficamente, a lugar seguro y me proporcionaba comida y sostén. Su increíble vigor logró abrirse camino lentamente en mi mermado corazón. (...) Sin mamá nunca hubiese podido sobrevivir. (...) Con su amor y con la firmeza de sus principios, ella me protegió de cada tempestad que se interpuso en mi camino (p. 112).

### 3.3. *El antes y el después*

Muchas son las personas que, tras haber pasado por una crisis depresiva, afirman haber cambiado su forma de entender la vida, su carácter y parte de sus valores. Es como si se tratara de una especie de metamorfosis personal, inducida por el hecho de haber conocido las profundidades del infierno humano, y, tras ello, haber vuelto de nuevo a la vida, a la belleza y al amor, otorgándole a la existencia un sentido desconocido para ellos hasta el momento (Solomon, 2003). Un ejemplo de ello lo encontramos en Kay R. Jamison (1996), que tras sus memorias concluye expresando no rechazar del todo su experiencia con la melancolía, pues gracias a ella ha aprendido muchas cosas importantes; sobre todo, a sentir de forma más intensa y a amar más y mejor. Es curioso que algo tan doloroso como es esta enfermedad, pueda hacerte descubrir nuevos horizontes, nuevas formas de encarar el futuro que está por venir, y, sobre todo, resulta un tanto chocante, que las personas que la han padecido coincidan, muchas de ellas, en sentir que gracias a esa experiencia son personas totalmente diferentes y mejores, y, a pesar de no querer volver a caer nunca en manos de la depresión, no rechazan haber experimentado ese sufrimiento, pues creen haber aprendido algo de lo que carecían anteriormente, y que ahora, les es totalmente necesario para ellos y para su “nueva vida”. Podría ser que esa creencia popular que afirma que *uno no sabe lo que tiene hasta que lo pierde*, fuese la explicación a esta metempsicosis. Sin embargo, es importante reconocer que siempre que se habla de un cambio tras el desorden afectivo, se hace referencia a esa palabra de la que llevamos hablando desde el principio, y que una vez más vuelve a aparecer en un contexto un tanto distinto, pero no por ello menos relevante, pues parece ser que los enfermos, una vez recuperados, entienden lo que significa e implica amar y lo importante que es para

sus vidas entregarse a ello, es decir, dedicarse, principalmente, a cultivar y trabajar toda su esfera afectiva (Solomon, 2003). En éste caso, la visión de los sujetos que han superado la enfermedad, no difiere en gran medida de la que nos explicaba Erich Fromm (2003) en su obra, pues para todos ellos es esencial trabajar *el arte de amar* para mantenerse sano y no caer en la locura. Uno de los testimonios más bonitos e ilustrativos de éste nuevo despertar, se recoge en *El demonio de la depresión* y dice lo siguiente;

El hecho de haber soportado una enfermedad tan catastrófica ha cambiado de forma permanente mi paisaje interior. Siempre me sentí atraído por la fe y la bondad, pero sin las crisis que sufrí no habría tenido el impulso ni la determinación moral de seguirlos (Solomon, 2003, p.791)

De este modo, la gran mayoría de los testimonios de la depresión recogidos en las distintas obras presentadas, afirman haber ganado y crecido mucho como personas con la crisis afectiva vivida. Según ellos, están mucho más cerca de sus padres, hermanos, familiares, parejas o amigos, pareciendo que, el hecho de haber conocido las profundidades les ha hecho comprender la importancia de cuidar las relaciones humanas. Algunos incluso afirman que haber experimentado la debilidad les ha convertido en personas mucho más tolerantes con los demás. Con todo ello no se pretende, en ninguno de los casos, considerar la depresión como una buena forma de aprender a ser mejor persona o a crecer en el amor, pues resulta evidente que nunca, bajo ninguna circunstancia, es necesario que nadie experimente ese dolor intenso que representa la melancolía. Simplemente tratamos de expresar que, como muy bien afirma Solomon (2003), “la depresión es soledad por encima de cualquier otra cosa, pero puede alimentar lo opuesto a la soledad” (p. 783). Así, en muchas ocasiones ocurre que se ama más y se es más amado tras la depresión vivida, tal vez porque se haya comprendido, qué significa vivir sin amor.





## Conclusiones

Nunca resulta fácil hablar acerca de la mente humana y de todas aquellas capacidades o facultades que la conforman. El motivo de esta dificultad recae en la gran complejidad de interacciones que se suceden en la misma psique y que son, además, invisibles a nuestra mirada, o dicho de otro modo, imperceptibles a través de nuestros cinco sentidos. Así, toda esta serie de disposiciones afectivas e intelectuales o no intelectuales, como pueden ser el raciocinio, el entendimiento, la percepción, la memoria, la emoción o la voluntad, solo pueden ser valoradas por los terapeutas en función de las conductas o comportamientos observables, de los pensamientos o sentimientos conscientes que pueden expresar los mismos pacientes, o en algunos casos, a través de pruebas o tests que han demostrado un alto grado de fiabilidad. De este modo, la seguridad o la certeza que puede otorgarnos, generalmente, la visibilidad de lo físico, en la enfermedad mental todavía hoy no existe. Eso significa que en el aislamiento que vive la persona deprimida, el juicio subjetivo del observador, ya sea éste un familiar, un amigo o el mismo terapeuta, juega un papel importante. Quizás por ello, la gran mayoría de melancólicos afirman que esta enfermedad solo es comprensible por aquellos que la han padecido. Sea como fuere, la dificultad para comprender qué se siente o qué se experimenta durante las crisis melancólicas es una realidad, y es por ello que debemos tener mucho cuidado a la hora de realizar aseveraciones, pues de lo contrario podemos caer en errores o conjeturas no demostrables. No es de extrañar que nos hayamos encontrado, alguna vez entre la literatura psicológica, con algunos de estos supuestos teóricos imposibles de verificar. Sin ir más lejos, durante la realización de este estudio, y a lo largo también de mi formación en psicología, he conocido algún que otro *gigante con pies de barro*, es decir, alguna elaborada teoría psicológica que carece de bases científicas sólidas. Por todo ello y teniendo en cuenta la información aportada y plasmada en este trabajo, podemos decir que el vínculo entre depresión y “grieta en el amor” es una realidad observada. Sin embargo, no podemos establecer una generalidad en el orden de aparición de estos fenómenos, así como tampoco podemos establecer causalidades entre la carencia de amor y el desorden afectivo. Lo que sí podemos afirmar es que la capacidad de amar y de sentirse amado es un factor que debe ser trabajado con todos los pacientes, desde cualquier terapia o perspectiva psicológica que se emplee. Pues la seguridad que otorga el amor al enfermo abre el camino hacia la lucha por la superación de la crisis depresiva. Ciertamente es que el amor es necesario tanto para el hombre sano como para el enfermo. Pero en la melancolía, y a diferencia de la gran mayoría de

enfermedades físicas o mentales, este sentimiento prácticamente se desvanece, y es por ello que debemos prestarle una atención específica y diferente a las demás patologías psicológicas. De este modo, lo que para la mente sana representa la magia del ser humano, el sentido de la vida, para la mente depresiva el amor encarnaría una especie de estigma que se volvería en su contra, quedando así, atrapada en una enfermedad impenetrable por las personas de su entorno. Así, uno de los principales objetivos de cualquier tratamiento sería, indudablemente, retornar a esa magia, a ese sentido de vida que solo el querer y el sentirse querido puede otorgar.

Ha quedado demostrado ya, que en toda depresión existe una alteración de la capacidad de amar y de sentirse amado del paciente, y que por lo tanto, hay una correlación entre dicha patología y el amor. Además, hemos visto también, como muchas depresiones remiten solo con el hecho de que el enfermo se sienta protegido y amado, como sucede, a menudo, con aquellas depresiones que se dan entre la pobreza, la vejez, la infancia o las personas que han padecido fuertes traumas, como puede ser, los abusos deshonestos, la muerte de un ser muy querido e incluso la vivencia de una guerra o de una masacre. Asimismo, y junto con todo lo mencionado, se ha expuesto que el aumento de la prevalencia de la enfermedad parece explicarse, principalmente, por el ritmo de vida que marca la sociedad contemporánea y que conlleva un alejamiento de todas las formas de relación y de amor tradicionales, junto con una disminución significativa del tiempo de dedicación a la vivencia amorosa. Y finalmente, hemos podido ver también, como los grupos de apoyo o los grupos que fingen la compañía y el cariño real, han demostrado efectividad en el tratamiento de la melancolía, así como que el origen psicosocial del desorden afectivo es el que adquiere más relevancia en los últimos estudios realizados. Entonces, una vez visto todo esto, ¿por qué no nos planteamos hacer más estudios acerca de esta relación entre la enfermedad depresiva y esa fisura que se da en el amor? Algunos autores consideran que la depresión es básicamente tristeza, otros creen que se trata principalmente de un problema con los neurotransmisores, incluso otros piensan que es una respuesta desproporcionada a un determinado estímulo ambiental. Aunque no podemos descartar ninguno de estos razonamientos, puesto que además no tienen porque ser excluyentes los unos de los otros, considero que la depresión es, ante todo, vacío afectivo, ya sea éste real o imaginario, y que por ello, debemos encaminar las investigaciones futuras hacia este hecho. Investigaciones recientes han demostrado que la oxitocina, producida naturalmente en el cuerpo y asociada a los sentimientos de amor y de confianza,

ayuda a proteger a los infantes de los efectos negativos de la depresión materna. Tal vez sea importante que estos estudios fisiológicos que se han realizado con niños, se intenten trasladar a toda la población, para intentar extraer así, conclusiones que respondan a esas preguntas, que nos hemos formulado, y que todavía están sin resolver, como por ejemplo, si existe correlación o causalidad entre la carencia de amor y la depresión, qué es lo que se da primero o si ambas cosas son lo mismo. Se podrían también realizar algunas investigaciones psicológicas al respecto, pues aunque la terapia interpersonal (TIP) es la que más ha estudiado estas relaciones sociales que se ven alteradas en la enfermedad demostrando su efectividad, existen ciertos aspectos que, según lo expuesto en este trabajo, dicha terapia no tendría en cuenta, como por ejemplo que no solo se trataría de relacionarse con la alteridad de forma efectiva, sino que deberíamos enseñar al paciente la naturaleza del amor humano que hemos reflejado aquí, favoreciendo además, actos que conlleven al depresivo a acercarse a este amor. De este modo podríamos hacer un estudio comparativo entre: un grupo de control, formado por sujetos depresivos que son tratados con distintos métodos (tratamiento psicofarmacológico, terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal...), y otro grupo homogéneo que se le aplique, además, psicoterapia de educación para el amor y tareas de ayuda o voluntariado a los más necesitados, reforzando así, no solo la confianza del enfermo, sino también esa capacidad de amor y de entrega al otro que parece ser la causante del sentido de la existencia.

Podrían surgir algunas dudas acerca de si se ha pretendido, a lo largo del trabajo, ensalzar o menoscabar cualquier terapia empleada para el tratamiento de la depresión. El objetivo perseguido no ha sido en ningún momento demostrar la efectividad de una terapia concreta o rechazar tratamientos existentes, sino exponer la necesidad de trabajar los vínculos afectivos de la persona deprimida, de establecerlos como base para cualquier proceso curativo. Además, no comparto la idea de aquellos autores que rechazan cualquier intervención psicofarmacológica, pues en algunos casos no existe otra opción viable. Imagínense a una persona que está en un estado de catatonía y que se le acerca el terapeuta para hablarle de cualquier cosa; de los pensamientos negativos, del amor, de sus relaciones sociales, de las distorsiones cognitivas, de sus sentimientos, etc. ¿Creen ustedes que va a reaccionar y a escuchar al psicólogo con atención? ¿Qué sus capacidades cognitivas están preparadas como para responder gracias a un esfuerzo enorme de la voluntad? En mi opinión existen algunas pautas de tratamiento extensibles a todos los enfermos de melancolía, sin embargo existen otras que deben adaptarse a cada

paciente en concreto. Existirán personas que necesitarán los fármacos y otras que no, algunas que los preferirán y otras que los rechazarán, pero lo más importante es actuar siempre en función del sujeto que se tiene delante y de sus necesidades. Al mismo tiempo, los tratamientos no tienen por qué ser excluyentes entre sí. Es decir, en el caso de un depresivo que se esté tomando medicación, no podemos alejarlo de la labor psicológica, o como venimos defendiendo en este trabajo, de la importante tarea que se debe realizar con los vínculos afectivos y el amor. Pues como muy bien afirmó una vez José María Sánchez García, médico especialista en psiquiatría y profesor de psicología de la depresión de la Universidad Abat Oliba CEU, cualquier cosa que pueda ayudar al paciente, siempre y cuando no sea negativo o perjudicial para él, bienvenido sea. Así, incluso podríamos decir que si por ejemplo un enfermo siente que el *yoga*, el *reiki* o la *acupuntura* le ayuda, ¿por qué debemos negárselo? No podemos dejar de lado todos aquellos métodos que han demostrado ser eficaces, pero considero que no por ello debemos excluir otras técnicas o procedimientos que puedan ayudar al paciente, aunque solo sea como mero efecto placebo. Por lo tanto, y teniendo en cuenta todo lo dicho hasta el momento, creo que no tenemos por qué cerrar las puertas a todas aquellas actividades o diligencias que puedan ayudar a las personas melancólicas a salir de su desdicha, siempre y cuando no resulten dañinas o signifiquen un abandono del tratamiento marcado por el terapeuta, así como tampoco podemos rechazar sistemáticamente una terapia concreta, pues en algunos casos puede resultarnos efectiva.

Por otro lado, la necesidad de tener presente la vivencia subjetiva del amor del depresivo y de trabajarla desde cualquier tratamiento que se aplique, tal y como veníamos defendiendo hasta ahora, es extensible a todas las depresiones. Ciertamente es que no podemos actuar igual ante una depresión leve, que frente a una moderada o que incluso una grave. Que cada depresión y que cada "grieta en el amor" debe ser tratada en función de la intensidad con la que se experimenta, de las posibilidades del paciente y de la realidad en la que éste se halla sumergido. Asimismo, resulta también apreciable el hecho de que para ciertas personas melancólicas o para algunos tipos concretos de la enfermedad, determinadas proposiciones o ejemplos que se han formulado durante este estudio pueden resultar poco válidos o incluso ineficaces. Así por ejemplo, cuando se ha hablado acerca de que algunos ancianos solo con el mero hecho de prestarles atención y cariño mejoran considerablemente, no se ha pretendido concluir afirmando que todos los tipos de depresiones deban tratarse utilizando el mismo mecanismo que para estas personas mayores. Sino que

el objetivo general ha sido demostrar que a través de diferentes sistemas, trabajar con los vínculos afectivos del melancólico es vital para la recuperación de cualquier sujeto que viva este desorden afectivo. Andrew Solomon decía que cualquier persona podría deprimirse si nadie pensara en él. Aquí decimos que cualquier tratamiento resulta más eficaz si existen personas que piensan en el enfermo, que le cuidan y que le demuestran su amor incondicional. Afirmamos que los pacientes que no cuentan con estos lazos afectivos y que carecen de familiares o amigos que los apoyen, se encuentran con una limitación trascendental para hacer frente al tratamiento, y que por lo tanto, la recuperación resulta siempre mucho más ardua y complicada. Señalamos, además, que los terapeutas deben tener presente en todo momento en qué situación se encuentra el melancólico con respecto al amor real, para poder así, responder en consecuencia. Y concluimos expresando que, a diferencia de otras enfermedades, en la melancolía el amor desaparece para el enfermo, y es por ello que debemos considerar este hecho como algo significativo y distintivo de las demás dolencias, siendo así, merecedor de una atención especial.

Finalmente me gustaría apuntar una pequeña reflexión, que aunque se aleje en cierto modo de la cuestión tratada, considero que es conveniente mencionarla. En las últimas décadas hemos visto cómo la prevalencia de este trastorno ha ido aumentando. Muchas han sido las causas que se han expuesto para explicar este fenómeno. Sin embargo, algunos autores apuntan que existe también un sobrediagnóstico de la enfermedad. Ciertamente es que puede resultar difícil, a veces, diferenciar entre tristeza y patología. Que los límites entre la lucidez y la locura pueden ser, en ocasiones, difíciles de diferenciar. Pero a pesar de ello, también es cierto que actualmente vivimos en una sociedad donde parece que cualquier atisbo de tristeza, se convierte directamente en una depresión, donde el Prozac es recetado más frecuentemente de lo que se debería, y donde muchas personas se hinchaban a pastillas para no asumir situaciones vitales que con esfuerzo y voluntad podrían superar. La depresión afecta a la conducta de la persona pero no a su carácter. La medicina o la ciencia pueden ayudar en la enfermedad, pero no pueden reinventar al sujeto. No pueden prescribir fármacos que actúen en la personalidad de éste y lo conviertan en un ser fantástico, lleno de cariño y de vitalidad. Los actos buenos, al igual que el amor, exigen, generalmente, esfuerzo y voluntad. Y es por ello que no podemos esperar que todas estas cualidades, que distinguen a los hombres, algún día estén a la venta en farmacias o laboratorios. Pues no se trata simplemente de una construcción química, sino que vivir es un arte y como tal implica trabajo, compromiso, responsabilidad, esfuerzo, dedicación, voluntad y otras

muchas características envueltas siempre de soplos de alegría, pero también de momentos intensos de tristeza. Pues si algún día consiguiéramos librarnos de esta tristeza, no solo acabaríamos con el amor, sino que también dejaríamos de lamentar las consecuencias de nuestros actos, y por lo tanto, nos terminaríamos destruyéndonos los unos a los otros. Acabar con la tristeza significaría propiciar una conducta desastrosa para el ser humano. Es por ello que debemos entender que la depresión no es solo un momento intenso de abatimiento, sino que es mucho más, es una enfermedad de la mente que debe ser abordada y tratada desde la medicina y/o la psicología, siendo muy importante diferenciarla siempre de esta tristeza de la que hemos hablado y que forma parte del ser humano.

## Bibliografía

### A) Fuentes primarias

Fromm, E. (2003): *El arte de amar*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Jamison, K. R. (1996): *Una mente inquieta. Testimonio sobre afectos y locura*. Barcelona: Tusquets Editores.

Leader, D. (2011): *La moda negra. Duelo, melancolía y Depresión*. Madrid: Sexto Piso.

Martínez, J. (2012): *Ensayo Z. Una antropología de la carne perecedera*. Córdoba: Berenice.

Plath, S. (1995): *La campana de cristal*. Madrid: Espasa Calpe.

Solomon, A. (2003): *El demonio de la depresión*. Madrid: Punto de lectura.

Styron, W. (2009): *Esa visible Oscuridad. Memorias de la locura*. Barcelona: La Otra Orilla.

Trier, L., V. (2009). *Anticristo*. [video]. Dinamarca: Zentropa Entertainments

Trier, L., V. (2011). *Melancolía*. [video]. Dinamarca: Zentropa Entertainments, Memphis Film, Slot Machine, Bim Distribuzione, Eurimages, Trollhättan Film AB y Arte France Cinéma.

Wittkower, R. y Wittkower, M. (1995): *Nacidos bajo el signo de saturno. Genio y temperamento de los artistas desde la Antigüedad hasta la Revolución Francesa*. Madrid: Cátedra.

### B) Fuentes secundarias

Arnáiz, J. (2009, 9 de abril). *La grieta en el alma*. Madrid: La Razón. Recuperado en <http://www.larazon.es/noticia/depresión-la-grieta-en-el-alma>

Arias, I. (2011, 4 de noviembre). *Melancolía, el fin del mundo según Lars Von Trier*. Madrid: Europapress. Recuperado en <http://www.europapress.es/cultura/critica-00656/noticia-melancolia-fin-mundo-lars-von-trier>

Barraycoa, J. (2009). *Tema 3: Sociedad y Cultura*. Apuntes de clase para el título de Licenciado en Psicología Clínica. Universidad Abat Oliba CEU, Barcelona.

Dopazo, A. (2009, 25 de agosto). <<Anticristo>>. *Una polémica crisis en el infierno*. Alicante: Diario información. Recuperado en <http://www.diarioinformación.com/fin-de-semana/2009/08/25>

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Breviario. (2002). Barcelona: Elsevier Masson.

Frankl, V.E. (2005): *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Fundació Enciclopèdia Catalana (2008). *Gran enciclopèdia de la llengua catalana*. Consultado en <http://www.enciclopedia.cat>

Gillespie, C. (2007). *Lars y una chica de verdad*. [video]. EEUU: Sidney Kimmel Entertainment / MGM

Martínez, J. (2011, 24 de octubre). *Es mucho peor no escribir*. Madrid: Wordpress. Recuperado en <http://inficcion.wordpress.com/2011/10/24/es-mucho-peor-no-escribir/>

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Consultado en <http://www.rae.es>

Vallejo, J. (2006): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson

Woolf, V. (2003): *La Señora Dalloway*. Madrid: Cátedra.