

### **III JORNADAS PITIUSAS PRO-SALUD MENTAL**

**“Organización de la personalidad y sus desviaciones hacia la psicopatología”**

### **TALLER SOBRE LOS TRASTORNOS DEPRESIVO-ANSIOSOS DE LA PERSONALIDAD**

**ANA MINIERI PALAU**

**Agradecimientos:** En primer lugar quisiera agradecer al comité organizador de estas III Jornadas Pitiusas pro salud mental, que me haya permitido participar en representación de la Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica de Barcelona.

#### **Introducción**

En esta sesión de trabajo vamos a tratar el tema de los trastornos depresivo-ansiosos. A modo de introducción, vamos a recordar que en la actualidad hay una gran preocupación por la creciente incidencia del trastorno depresivo en la población, de tal manera, que la Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad y baja laboral en el mundo, tras las enfermedades cardíacas.

No obstante y a pesar de constatar en los centros de salud pública la alta frecuencia de consultas por depresión, resulta discutible su diagnóstico y, en consecuencia, su abordaje terapéutico basado prioritariamente en la medicalización, no siempre en correspondencia a la necesidad terapéutica del paciente, y a menudo debido a un automatismo defensivo del profesional potenciado desde la institución dónde ejerce (sobrecarga y excesiva presión asistencial, falta de tiempo para favorecer y estimular los recursos terapéuticos que surgen de la propia relación profesional-paciente como son la escucha, la contención, la empatía, etc.) De esta situación problemática se deriva otra consecuencia, no menos problemática, que es la cronificación de la medicación por parte del paciente.

Un primer objetivo a desarrollar en este grupo de trabajo será plantear, lo más claramente posible, qué entendemos por depresión, depresión clínica, personalidad depresiva o melancólica, y su relación con el duelo patológico. Cómo evoluciona un duelo sano. Intentaremos comprender qué papel ocupan los episodios de ansiedad asociados al trastorno depresivo. Los procesos de reparación y la terapéutica.

En los trastornos afectivos, se ha de considerar en qué grado queda comprometida la autoestima de la persona afectada. El narcisismo es un componente de la personalidad que ha de mantenerse dentro de unos niveles óptimos, en relación a uno mismo y a los demás. Cuando este equilibrio bascula a la baja, el trastorno tenderá a ser depresivo. Por el contrario, si bascula al alza el trastorno se acercará a la manía, reverso de la depresión.

Todas estas cuestiones serán abordadas teniendo en cuenta la vertiente evolutiva del individuo, centrada en el análisis de dos ejes primordiales: Los procesos de vinculación a los objetos relacionales primarios, cómo han sido las primeras relaciones en los primeros años de vida, y los procesos de separación, si se han producido pérdidas precoces, separaciones traumáticas o no.

**Metodología:** Al tratarse de un taller, y no una conferencia ni charla sobre los estados depresivo-ansiosos, se sobreentiende que vamos a tener que participar todos en el desarrollo de este tema tan interesante. Para poder fomentar esta participación he confeccionado el guión con los temas a tratar en forma de sucesivas preguntas que les iré lanzando para que puedan responder de manera espontánea, dejando que sus mentes asocien libremente y entre todos consigamos establecer una reflexión plural y diversa en opiniones. A la vez, para que la exposición gane en claridad, procuraremos tratar el tema desde los aspectos más superficiales (síntomas, manifestaciones externas de los estados depresivos, los contextos sociales, familiares, etc.) e iremos ahondando en forma de espiral en la comprensión de la psicodinámica del mundo interno y de la mente de la persona con depresión.

El término “depresión” es utilizado por la población de un modo muy extenso y cada vez va perdiendo mayor precisión en su significado. Por lo que es importante que hagamos el esfuerzo de responder a la pregunta

### **¿Qué es la depresión?**

Cada individuo tiene un determinado tono emocional y vital a lo largo del día (la eutimia), que es susceptible de sufrir oscilaciones. Cuando este tono vital se eleva hablamos de euforia y cuando sufre un bajón ya hablamos de depresión. Por tanto, en este contexto, la depresión hace referencia a un estado de ánimo que no necesariamente conlleva psicopatología, y que está caracterizado por un cierto sentimiento de tristeza, pasividad, desgana, desinterés, cansancio, aburrimiento, etc.

La depresión puede ser un síntoma que se da en diferentes estados psicopatológicos y estructuras de personalidad muy diversas, desde neuróticas o psicóticas, psicopatías, psicósomáticas. Así como un estado de ánimo frente a una enfermedad física.

### **¿Cuándo hablamos de trastorno depresivo o depresión clínica?**

Nos referiremos al trastorno depresivo, depresión clínica o melancolía a aquel cuadro en el que además de presentar un tono afectivo de tristeza, desesperanza, desgana general, falta de libido, pérdida del interés por aquellos aspectos de la realidad externa que antes producían satisfacción, etc. El individuo tiene una marcada baja autoestima, se siente amenazado en la seguridad y confianza en sí mismo, no puede reconocer sus capacidades, tiene una tendencia a hacerse autorreproches, intensos sentimientos de culpa, expresa una actitud autodestructiva (cuya máxima complicación es el suicidio).

A menudo, también suelen presentar insomnio a primeras horas de la mañana que revela cómo el contacto con su mundo interno resulta muy angustiante, y a medida que se levanta el día la

estimulación que recibe por parte del mundo externo le distrae de sentir que por dentro todo está estropeado, de la culpa, del reproche y de la amenaza interior. Por tanto durante el día, el paciente deprimido puede mejorar, se siente más aliviado.

En algunas ocasiones, la tonalidad afectiva deprimida no está reconocida por el paciente, la ha negado pero en su lugar aparece el malestar somático (molestias digestivas, sequedad de boca, dolor de espalda, etc.).

Una característica muy importante del cuadro depresivo es el desconocimiento de la causa de su estado, no hay conciencia de qué factores externos y/o internos le han llevado a esta enfermedad y malestar. Puede llegar a describir su estado emocional actual de ruina pero no sabe porqué le está ocurriendo, por tanto, una parte de él inconsciente está teniendo predominio y control sobre su parte consciente, y esto aún le provoca más desesperanza, impotencia, vulnerabilidad, irritabilidad, enfado, etc. Desde esta perspectiva, podríamos afirmar que cuánta más conciencia tiene el individuo de las motivaciones que desencadenan su depresión, mejor pronóstico tiene. Y aunque, se diagnostican depresiones como endógenas, resaltando el origen interno y biológico, resulta importantísimo poder hacer un trabajo con el paciente para ayudarlo a dar significación a lo que le está pasando. Desde este punto de vista, yo creo que la medicación como tratamiento único sería insuficiente.

Sus pensamientos están ligados a sucesos que desencadenan mucha culpabilidad y temor a castigos, puede haber fantasías de catástrofes casi delirantes (temor al fin del mundo, a guerras, a la miseria, etc.). Todas aquellas situaciones que suponen alegría y momentos positivos quedan fuera de su mente, tiene una gran dificultad en reconocer todo “lo bueno” que tiene o ha tenido.

Su conducta está disminuida, le resulta difícil todo: ducharse, vestirse, preparar la comida, ir al trabajo, etc.

Si el individuo no está muy desgastado y cronificado en su depresión, suele cursar con accesos de ansiedad intensa y difusa. Esto nos lleva a reflexionar sobre la siguiente cuestión.

### **¿Qué papel tiene la ansiedad en el trastorno depresivo?**

La ansiedad puede intervenir como un síntoma del trastorno depresivo en el sentido de alarma (“Inhibición, síntoma y angustia”, Freud 1926), de señal para advertir al Yo de un peligro, de una amenaza contra los cuales ha de prepararse defensivamente.

Más adelante, Melanie Klein (1948) denominará este tipo de ansiedad, “ansiedad paranoide” que surge reactivamente al conflicto interno entre las tendencias destructivas del bebé (pulsión de muerte) y sus tendencias de vida e integración (pulsiones de vida).

Posteriormente, W. Bion (1970) señalaría la importancia de las ansiedades catastróficas o de desintegración como riesgo ante las posibilidades de cambio y de desarrollo.

Las tres acepciones de la ansiedad pueden resultarnos válidas a la hora de considerarla como un componente de la depresión. El paciente que está entrando en un estado de depresión clínica, lo que significa que siente en su interior la fragilidad y la pérdida de equilibrio de su Yo, el temor a quedar destruido por su sentimiento de incapacidad. El cambio que está operándose en su interior anuncia la posible catástrofe y le desencadena ansiedad, tal como la describe Bion sin forma concreta, por lo que a pesar de sentirla intensamente no siempre puede darle un contenido y una explicación concretos, en ocasiones se dan fantasías y temores catastróficos, que pueden llegar a ser delirantes.

Cuando la depresión está muy cronificada y grave, el paciente no suele sentir ansiedad sino que presenta un fuerte retraimiento en el que se encierra y corta la comunicación con el mundo externo.

## **¿Qué factores precipitan la depresión clínica?**

Observando a la persona deprimida nos daremos cuenta de cómo su estado recuerda al de un bebé, en el sentido de que necesita una gran atención ante un sentimiento de desamparo y desprotección. Tiene una visión muy negativa y amenazante de todo, entra en un estado de mucha dependencia hacia el entorno el cual, a menudo y arrastrado por la preocupación, puede llegar a sobre estimular al paciente. Precisamente, en un momento de regresión en el que predomina el abatimiento, el cansancio, la falta de interés y energía, por tanto, lo efectivo es comprender y tolerar el sufrimiento acompañando y transmitiendo confianza.

El factor precipitante de la depresión siempre va asociado al sentimiento de pérdida, a veces se tiene conciencia de lo que se pierde, sería el caso de la depresión como síntoma secundario a una enfermedad que merma las capacidades del individuo, por ejemplo. En otros casos, la pérdida puede ser de una persona amada, del trabajo, pérdida económica, pérdida de ideales, etc. Y habría el grupo de depresiones que se producen ante situaciones de pérdida inconsciente, es decir, la persona no sabe ni lo que pierde, ni que está reaccionando a una pérdida (puede ser una respuesta diferida a una pérdida precoz o una reedición de sentimientos que se manifestaron en la infancia temprana) no se tiene idea de lo que está motivando la depresión y, por tanto, la vive como un estado que le sobreviene, fuera de su control y que le deja impotente.

Si consideramos como factor precipitante y primordial de las depresiones, las situaciones de pérdida, entonces los procesos depresivos estarán relacionados con los procesos de duelo, los cuales desencadenan unas determinadas reacciones emocionales a las que el individuo se ha de enfrentar y elaborar para salir del trance más fuerte o, por el contrario, salir más débil para proseguir con la vida y las consiguientes complejidades que conlleva y las futuras pérdidas.

Todo desarrollo vital conlleva pasar por situaciones de pérdida, ya sea en la familia, en el trabajo, con los amigos, etc. Asimismo, el crecimiento físico y psicológico ya es un proceso de cambio que va a implicar perder situaciones y relaciones para promover la entrada de otras nuevas. Esto significa que los episodios de duelo forman parte de la normalidad de la vida aunque supongan un sufrimiento que se ha de elaborar, y que ha de coexistir con otros períodos de placer y satisfacción.

### **¿En qué consiste el duelo normal?**

Hemos dicho anteriormente, que el duelo es una reacción emocional a una pérdida que puede ser muy importante, o ser una pérdida necesaria para promover un cambio positivo, o tratarse de una situación de intenso impacto considerada como traumática (Tizón, 2007). Cuando se produce una pérdida significativa en la vida de una persona, se constituye un período de vulnerabilidad durante el cual puede desencadenarse ansiedad y confusión por no saber aún el alcance emocional de la pérdida.

Freud en su trabajo sobre duelo y melancolía, lleva a cabo un estudio paralelo entre estos dos estados justificándolo por la gran analogía que existe entre uno y otro. Así, explica cómo cuando una persona está en duelo parece que tenga una enfermedad muy similar a la depresión (melancolía), puesto que se siente triste, inapetente, aquellas actividades que anteriormente le interesaban mucho ahora ya no le importan en absoluto, no se siente capaz de amar, quiere estar solo, hace un retraimiento de la realidad externa. Pero a la gente que conoce las circunstancias del deudo, no se le ocurre pensar que está enfermo, porque comprende perfectamente que está pasando por una situación dolorosa que no hay que perturbar, que conlleva un tiempo e irá desapareciendo poco a poco.

La tarea de duelo supone aceptar que la persona fallecida ya no está en la realidad externa, y por tanto, el deudo sólo la encontrará en los recuerdos que guarda en su interior, esto explicaría el retraimiento psicológico. Por otra parte, esta labor es

tremendamente dolorosa porque se tiene que ir retirando la carga afectiva de todas aquellas situaciones de la realidad externa, en la que estaba presente el difunto y tiene que recolocarse dando nueva y mayor significación a los recuerdos. Cuando esta labor intrapsíquica va concluyendo, si no del todo en buena parte, entonces el deudo vuelve a sentirse con disponibilidad afectiva para volver a interesarse por la realidad externa y establecer nuevas relaciones.

Creo que vale la pena recordar la aportación de León Grinberg (1978) al tema, este psicoanalista añade que cuando se pierde a un ser querido, el Yo (uno mismo) teme perder partes de sí mismo que estaban en relación con el difunto, por lo que también es tarea del duelo separarse, diferenciarse del fallecido y no sólo sentir que el objeto con su muerte nos ha dejado. Dicho de otra manera, el Yo se ha de retirar y recuperar las partes de sí mismo que estaban en relación con el difunto, para no sentir que con la persona muerta también han resultado muertas partes del Yo. Es como si se tuviera que llegar al momento de dejarla marchar, de renunciar a la relación con ella tal como era, y aceptar que de ahora en adelante esa relación será diferente, vivirá en nuestro interior a partir de los recuerdos.

El duelo sano es una reacción emocional en el tiempo, no es algo puntual (Tizón, 2007). Va desde la pérdida de la persona significativa hasta la aceptación de la nueva realidad que implica la ausencia, sintiendo que en el mundo interior del deudo se ha instalado en buen estado el difunto, produciéndose un enriquecimiento interno.

### **¿Qué sucede en el duelo patológico?**

Por lo que llevamos dicho del duelo, queda claro que supone un trabajo psicológico interno muy doloroso, ya que ante la pérdida del ser querido se desencadenan emociones muy intensas y diversas, que tendrán que elaborarse. De hecho la palabra duelo tiene una doble acepción, por un lado estar en un tiempo y en una situación de dolor, de estar doliéndose y, por otro lado, estar

librando un duelo en el sentido de combate emocional, de conflicto entre dos partes del Yo: una que está identificada con el difunto por lo que siente morir con él, y otra que lucha por separarse y diferenciarse para seguir viviendo con las propias capacidades y recursos rescatados y retirados del vínculo con el difunto.

Hablamos de duelo patológico cuando no puede resolverse adecuadamente este trabajo, dando lugar a una manifestación psicopatológica, (pueden darse varias, desde somatizaciones, fobias, etc.), la más típica de las cuales es la depresión clínica que, insistimos, no hay que confundir con los sentimientos de tristeza por la pérdida, los cuales serían totalmente normales.

Volviendo al trabajo de Freud, la característica de la depresión clínica o melancólica, a diferencia del duelo, es que no se conoce lo que se ha perdido, puede ser una persona querida (la pérdida actual conecta con la pasada, infantil que quizás no pudo resolverse), también pérdidas de orden más ideal pero sobre todo de características inconscientes para el sujeto. Esto hace que el retraimiento del deprimido sea difícil de entender porque no sabemos cuál es el trabajo que ocupa su mente, pero además hay un elemento claramente diferenciador de lo que sucede en el caso del duelo normal: una aguda disminución de la autoestima y, en consecuencia, una imagen del propio Yo muy empobrecida, incluso merecedor de maltrato y de desprecio a través de dirigirse amargos reproches.

Por tanto, en el duelo patológico que deriva en depresión, no sólo se ha perdido un objeto importante para el Yo, sino que además también el Yo ha sufrido una merma: ha perdido todo el valor, se muestra despreciable e indigno de amor, se critica y auto acusa de defectos que no siempre se ajustan a la realidad. Es decir, el Yo reacciona a la pérdida sin poder diferenciarse del objeto suficientemente, sino al contrario se produce una identificación, una confusión entre el Yo y características difíciles del objeto perdido, de tal modo, que ahora el Yo se relaciona consigo mismo

reproduciendo los aspectos conflictivos de la relación previa con el objeto.

La disminución de la autoestima junto a elementos de autoexigencia que llegan a maltratar al Yo son puntos centrales en la depresión clínica. Para explicar y comprender este desarrollo patológico del duelo, como prototipo de la dinámica mental reflejada en toda depresión clínica, hemos de preguntarnos qué tipo de relación, previa a la pérdida, tiende a establecer el Yo con los objetos. Lo que nos conduce a la siguiente cuestión.

### **¿Cómo se forma la personalidad depresiva?**

Entendemos por personalidad depresiva, aquella estructura de personalidad marcada por una fuerte tendencia a reaccionar a los contratiempos de la vida con depresión, especialmente, ante las pérdidas.

Para entender los mecanismos mentales que subyacen en el funcionamiento de la depresión clínica, hemos de tener en cuenta la perspectiva evolutiva y revisar cómo ha sido el desarrollo del paciente depresivo, especialmente atender a aquellos datos de la historia clínica que hacen referencia a las características de los vínculos establecidos con las personas significativas, (padres o sustitutos), y también a cómo han sido las separaciones de las mismas. Vale la pena tener en cuenta que el paciente depresivo, con frecuencia, proviene de una familia con una historia de depresión en donde el ambiente emocional se caracteriza por una tristeza por lo perdido o por lo no conseguido, el anhelo a tener expectativas de superación idealizadas.

Los patrones de reacción de la personalidad del individuo depresivo se han establecido tempranamente, en el primer año de vida. Es durante estos primeros meses, que el bebé se relaciona con la madre fundamentalmente a través de la boca, puesto que es a partir de la alimentación que consigue el máximo placer y el máximo sufrimiento. Por tanto, este modelo oral de relación provocará que los sentimientos de amor al objeto se establezcan a

partir de patrones orales, es decir, amar a la madre es “comérsela, devorarla, incorporarla” en su interior como hace con el alimento. A la vez que la rabia y enfado hacia ella, también los expresará a través de actividades orales, “morder, triturar, etc.”. (Freixas, 1997)

En este período evolutivo, el bebé pasa de sentirse narcisísticamente omnipotente (cuando ha sido gratificado en sus necesidades y aún no diferencia suficientemente que esa gratificación proviene de la relación con alguien) a sentirse dramáticamente dependiente de la madre ausente, cuando siente la frustración y el dolor de la necesidad.

El conflicto depresivo reproduce esta situación: Cuando se produce la separación del objeto (la madre), aparece la desesperanza y la depresión por sentir que queda en un estado de desamparo e inseguridad, sufre una herida en su autoestima, ha de darse cuenta que es dependiente y necesita del objeto para poder vivir tranquilo. Cuando el objeto muestra su individualidad aparece el conflicto y la agresión hostil, a la vez que se siente la gran necesidad. Este es el inicio de la relación ambivalente con los objetos: se los necesita y se es dependiente de ellos a la vez que se los odia por su autonomía, y capacidad de separación en relación al Yo.

Todo se complica, cuando el niño pone en marcha mecanismos de incorporación (identificación, introyección) del objeto para evitar perderlo y tratar de que pueda formar parte del Yo, y a la vez, estos mecanismos se entremezclan con la rabia por la capacidad del objeto de separarse y sentir que lo puede abandonar. Las ansiedades de separación cada vez generan más voracidad (deseo de engancharse al objeto, tragárselo, etc.) lo que a su vez provoca mayor sensación de ataque al objeto, (el objeto no queda interiorizado de un modo adecuado dando consistencia interna al Yo, sino estropeado, enfadado, vengativo, etc.) por lo que el Yo va sintiéndose con un vacío que ha de llenar, lo que provoca mayor voracidad (este tipo de conflicto podría estar en la base de las adicciones, de la bulimia, por ejemplo).

El sujeto depresivo reproduce este patrón de conducta con las personas de su entorno, intentará buscar vínculos en un intento de saciar su afán de autoestima, seguridad y cariño. Estos vínculos que desarrolla son tan estrechos que consigue hacerlos parte de sí mismo, va incorporando estos objetos como fuentes de amor y aceptación, suponen una aportación continua de respeto y aprobación. A la vez que también son incorporados como censores y severos críticos internos. Por lo que la relación ambivalente también se establece con los objetos internos.

Cuando se produce la ruptura con una de estas personas, se crea una amenaza para la fuente de abastecimiento narcisista, del cariño y de la satisfacción de dependencia del paciente. Y además como simbólicamente el objeto representa una extensión del propio Yo, entonces la separación y pérdida del mismo es equivalente a una amputación del Yo del paciente.

Un aspecto importante de la depresión es que el sujeto siente enfado por haber perdido el objeto y sentirse abandonado por él. Tiene un conflicto con su enfado porque, a la vez que lo siente, no desea tenerlo puesto que necesita el cariño de las personas que le rodean, entonces resuelve inadecuadamente este conflicto volviendo la rabia y el enfado hacia sí mismo, en forma de autoacusaciones severas, y sintiéndose merecedor de un castigo. Aquí encontraríamos el origen de los rasgos de carácter, masoquistas y autodestructivos.

Si en este momento evolutivo, en el que hay el conflicto interno con el objeto de querer poseerlo y también destruirlo, se producen pérdidas y/o separaciones traumáticas reales de personas importantes y significativas, entonces la fantasía y temor de la pérdida del objeto se hace real y con ello, el Yo se siente abrumado por la responsabilidad del destino del objeto. Ya hemos dicho que, en este momento evolutivo, el niño no está suficientemente diferenciado de la madre entonces perder a la madre es perder un trozo de sí mismo, es quedar agujereado, tener un agujero en su identidad, es como si tuviera una herida (Freixas,

1997) por dónde se vacía (no puede sentirse con nada bueno dentro que le dé confianza, amor, seguridad, etc.). A la vez que pensar y sentir que ha podido ser él, el causante de la pérdida del objeto por sus rabias hacia los objetos a quién también ama y necesita le hace sentirse muy culpable.

Cuando se produce la pérdida ya se precipita la depresión clínica, y como la vida está llena de separaciones y rupturas reiteradas, entonces el depresivo tiende a sentir su vida como una sucesión inevitable de depresiones. Se produce una pérdida de narcisismo, debido a la identificación del Yo con el objeto perdido y destruido por la rabia vertida sobre él, por lo que el Yo puede llegar a sentirse desvalorizado, al igual que lo ha sido el objeto.

La precipitación de futuras depresiones clínicas, trastornos ciclotímicos y/o bipolares y la gravedad de los mismos dependerá de la fuerza del Yo, de cómo se van produciendo las sucesivas pérdidas, separaciones y de la capacidad para elaborar adecuadamente el duelo de tales pérdidas.

### **¿Cómo se comprende el suicidio en este tipo de dinámica mental?**

El libro del Dr. Jordi Freixas sobre psicopatología dinámica (1997) nos ofrece distintas situaciones mentales en las que se puede dar la ideación y la conducta suicida. Explica que podríamos comprender el acto suicida como una defensa radical contra el dolor del conflicto depresivo. Matándose, la persona elimina su capacidad de sufrir a la vez que también elimina el resto de sus capacidades, claro está.

El suicidio puede llegar a realizarse como un impulso, es decir, el individuo no había pensado en hacerlo pero, de repente, se le ocurre como una gran solución y lo hace.

Lo más habitual es que la persona deprimida haya tenido pensamientos suicidas como tentaciones de resolver sus penas,

pero se da cuenta de que estos mismos pensamientos suponen un gran peligro para ella.

También sucede que las ideas suicidas son muy recurrentes y el paciente toma conciencia de su deseo a la vez que se activan en él fuerzas de resistencia que se oponen al mismo.

Asimismo, en otras ocasiones, hay una actitud de abandonarse cometiendo imprudencias severas, desatender cuidados muy básicos de la propia persona, (por ejemplo dejar de comer, o dejar de tomar una medicación importante. O hacer actuaciones peligrosas, más visibles en algunos niños y adolescentes.)

A veces, la decisión de suicidarse y la voluntad de hacerlo es muy clara pero faltan las fuerzas. Este tipo de pacientes si toman antidepresivos tienen un alto riesgo de suicidarse porque ya no sienten la inhibición.

La exploración del suicidio por parte del profesional, ha de ir en el sentido de aumentar la comprensión del paciente y comunicárselo. Esta es la medida terapéutica más eficaz contra los impulsos suicidas. Si el profesional puede ayudar al paciente a expresar verbalmente en la consulta las mismas emociones que están representadas en el acto suicida, entonces los propios controles del paciente estarán en condiciones de funcionar eficazmente y ya no le será necesario suicidarse (Mckinnon y Michels, 1973).

El profesional ha de explorar el suicidio en dos sentidos: Uno, para comprobar si el paciente contempla seriamente la posibilidad de matarse. Si la impresión fuera que sí, hemos de ser conscientes que será difícil evitarlo y, por tanto, se han de habilitar controles externos como es un ingreso pero transmitirlo no como castigo sino como una medida de protección para él.

Dos, El profesional ha de indagar qué significado tiene el suicidio para el paciente, qué representa inconscientemente, cuál es su función comunicativa.

## **¿Qué relación se da entre la manía, la depresión clínica y el narcisismo?**

Al principio de este trabajo, hablábamos del tono anímico normal de toda persona, la eutimia, y cómo cuando sufre un bajón ya se considera una depresión. Pues bien, cuando lo que sucede es al revés, y el tono anímico sufre un aumento entonces se habla de euforia, de hipomanía.

La manía se compone de la misma estructura que la personalidad depresiva pero transformada. En la manía, adquiere relevancia la parte del modelo digestivo referida a la expulsión anal, es decir, la proyección, evacuación del dolor producido por el conflicto melancólico (esto es, la incorporación destructiva, el temor a perder el objeto, la lucha por retenerlo, la sensación de vacío de tener un agujero, etc.). Por tanto, en la manía la persona se siente llena de energía, no ha perdido nada valioso, todo son ventajas porque ya se ha desecho de la herida abierta, y en consecuencia ya puede dirigir su interés hacia otros objetos del mundo externo (Freixas, 1997).

En la manía, la importancia no está en el interior del Yo (mundo interno) sino que todo el interés está en el mundo externo, se niega el drama de la pérdida, y sus consecuencias en la realidad psíquica. Las producciones anales (heces) son muy idealizadas y consideradas como creaciones, nada de pérdidas. La proyección y evacuación del objeto afuera es el resultado del sentimiento de triunfo sobre él, el Yo tiene todo el valor (es un Yo narcisista, con mucho amor a sí mismo y sobrevaloración del Yo), por lo que puede desprenderse del objeto porque resulta insignificante para él. Está actuando un mecanismo de defensa que es la negación maníaca (“a rey muerto, rey puesto”, “el muerto al hoyo y el vivo al bollo”, etc.)

Las funciones del Yo pueden quedar muy alteradas en el estado maníaco, hay muy poca capacidad de concentración, mucha dispersión por los estímulos externos, el curso del pensamiento es

muy rápido, el lenguaje puede llegar a ser evacuativo y también pueden aparecer ideas delirantes megalomaniacas.

Respecto a la cuestión del narcisismo, veíamos cómo en el caso de la depresión clínica, el yo tiene una baja autoestima, en identificación con el objeto destruido y está muy lejos de considerarse alguien ideal, este objetivo es inalcanzable, se siente sin ningún valor por lo que recibe una crítica severa desde sus objetos internos ideales.

En el caso de la manía, el Yo sufre una regresión a la época en la que se toma a sí mismo como objeto de amor por considerarse el mejor de todos, él es el ideal por lo que no necesita mejorar nada, ni necesita depender de nadie. Esta fusión del Yo con su Ideal está al servicio de triunfar sobre el objeto, quien recibe la hipercrítica del primero.

Existe un funcionamiento de la personalidad más moderado que la manía que se denomina la hipomanía, en donde hay un estado de ánimo permanentemente excitado pero no eufórico, es comunicativo, empático a nivel superficial, es muy simpático capaz de establecer relaciones con otras personas con facilidad.

### **¿Qué es el proceso de reparación? Elementos terapéuticos**

El sufrimiento del paciente depresivo (y deprimido) se desencadena al haber perdido el objeto amoroso y sentir que ha sido por su culpa, por no haberlo tratado adecuadamente, o incluso por haberlo maltratado. Por tanto, el dolor además de provenir de la propia pérdida también proviene de la intensa culpa que siente el Yo, esta culpa le persigue, provoca remordimientos, autorreproches, y pérdida de la autoestima. Si el Yo tiene la suficiente fuerza como para tolerar la culpa depresiva entonces se activará el proceso de reparación.

El paciente ha de salir de esta situación de sufrimiento para sentirse mejor y en este punto entran en acción los mecanismos de reparación, concepto introducido por Melanie Klein (1940), que

tienen como objetivo arreglar el objeto dañado, y todo lo que se ha estropeado. Para que puedan activarse los mecanismos de reparación el Yo ha de tener una mínima energía, una mínima esperanza, una mínima confianza en sí mismo como para poder ponerse manos a la obra. Estos mínimos los conseguirá gracias a las defensas maníacas, recordemos: la negación del conflicto depresivo (“no he hecho daño a nadie”, “no he perdido a nadie demasiado importante”, “no pasa nada”), la proyección afuera del conflicto (“los otros son malos”, “el objeto no es valioso”, “el objeto es dañino”) y el control omnipotente y triunfante sobre el objeto (el Yo tiene mucho valor, fuerza, es ideal).

**Es muy importante** que esas defensas maníacas, o momentos maníacos del paciente deprimido sean moderados, para que puedan permitirle el alivio a su sufrimiento depresivo y le hagan pensar, imaginar en que es posible la reparación. Si el Yo queda permanentemente abrumado por la culpa de haber hecho las cosas mal y con tan baja autoestima como para no confiar en que podrá hacer nada bueno, si se queda sin fuerzas ni esperanzas para arreglar nada, la consecuencia es que todo queda muerto dentro de él y además bajo su responsabilidad.

Pero si las defensas maníacas son excesivas, demasiado intensas entonces se bloquearán las posibilidades de reparación por que el Yo se instalará en la manía, y eso conllevará que pierda el contacto con el dolor de su realidad psíquica, niegue la culpa y el conflicto depresivo por lo que no habría nada que reparar.

Al principio, he comentado cómo creo que el paciente afectado de depresión clínica necesariamente ha de ser ayudado psicoterapéuticamente, además de la prescripción de medicación, en el caso pertinente. El tratamiento a partir de establecer una relación terapéutica ha de perseguir varios objetivos, enumeraré sólo algunos que me parecen especialmente importantes:

Uno: El alivio del sufrimiento, concretamente de la culpa tan intensa estimulando la esperanza y la protección frente a la parte destructiva del propio paciente contra sí mismo. Este apartado

sería la terapéutica de soporte, de reanimación y fortalecimiento del Yo. Tarea básica para poder llevar a cabo el siguiente objetivo.

Dos: Consiste en llevar a cabo la exploración psicodinámica del significado y las causas de la depresión. Para ello es imprescindible ir conociendo la biografía del paciente, e ir detectando las situaciones carenciales, las pérdidas que ha ido sufriendo y sus posibilidades de elaboración. Intentar vislumbrar si el problema actual, la pérdida del presente está reactivando el drama del pasado insuficientemente elaborado y que ha quedado grabado en su interior.

Este trabajo de elaboración de la pérdida y, por tanto, de la depresión, es lo que permite al paciente quedar en paz, disponible para proseguir la vida con todo lo que ello conlleva, los momentos agradables pero también el tener que afrontar nuevas dificultades, separaciones, pérdidas, inherentes a la propia vida. Si no se realiza la elaboración, entonces la mente del paciente realiza una acumulación de situaciones dramáticas que van constituyendo un sumatorio hasta colapsarle y provocarle la descompensación.

Ya hemos hablado anteriormente, que el paciente depresivo no siempre tiene una explicación que le permita comprender su depresión y su malestar, esta sensación de que una parte de uno queda fuera de control y le arrastra hacia un malestar incapacitante es terrorífica en la medida que crea impotencia y sometimiento a la tiranía del sufrimiento.

La comprensión que el psicoterapeuta va teniendo acerca del malestar del paciente ha de dársela a conocer, y eso ayudará a recobrar el control sobre sí mismo, a reactivar asociaciones que le ayudan a entender que él puede ser parte activa de la enfermedad pero también del trabajo en recobrar la salud y el estado de bienestar, y a salir de la impotencia impuesta por el sufrimiento. Hasta las denominadas depresiones endógenas pueden ser dotadas de significación, permitiendo ampliar la concepción de la propia enfermedad y generar nuevos

pensamientos sobre ella, y no sólo quedarse con la catalogación de orgánica, congénita, etc.

Un tercer objetivo sería ayudar al paciente a que aprenda a ejercitar la autoobservación de sus propias reacciones emocionales y el desarrollo del pensamiento analítico: observarse, preguntarse, recoger sus libres asociaciones. En términos de Bion podría ser ayudar al paciente a desarrollar la función psicoanalítica de la personalidad a partir de la relación terapéutica, en la que predomina la escucha, la contención tolerante, la empatía y la comprensión ofrecida por la actitud y las interpretaciones del terapeuta.

Y finalmente, un cuarto objetivo sería ayudar al paciente a pensar, entender y constatar que las emociones y sentimientos son procesos dinámicos, cambiantes. Esto quiere decir que el sentimiento depresivo, por muy intenso que sea, es susceptible de sufrir oscilaciones, no se instala eternamente en el individuo. Esta convicción del terapeuta, ha de poder transmitirse con una adecuada contención del sufrimiento del paciente, sin responder con intervenciones pseudo terapéuticas basadas en la negación, que suelen ser las actitudes que prevalecen en el medio externo del paciente. Como por ejemplo, animarle a hacer cosas, a ir a sitios, etc., cuando él siente que no tiene capacidad para hacerlo.

## BIBLIOGRAFÍA

FREIXAS, Jordi. **Psicopatología Psicoanalítica**, Ed. Columna, 1997 Barcelona

FREUD, Sigmund. “**La aflicción y la melancolía**” en **El malestar en la Cultura**, Alianza editorial, 3ª Ed. 1975, Barcelona

GRINBERG, León. **Culpa y depresión**, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1978

KLEIN, Melanie. “**El duelo y su relación con los estados Maníaco-Depresivos**” (1940) en Obras Completas, 2ª Ed, Paidós, 1983 Buenos Aires

JARNE, Adolfo

TALARN, Antoni. **Manual de psicopatología Clínica**, Fundació Vidal i Barraquer. Paidós, 7ª ed. 2009, Barcelona

MCKINNON, R. **Psiquiatría Clínica aplicada**, Ed.

MICHELS, R. Interamericana, 1973 México D.F.

PÉREZ-SÁNCHEZ, Antonio “*Ansiedad: Vértice psicoanalítico*”

En Revista Catalana de Psicoanálisis, vol. XVII, N° 1-2, 2000

TIZON, Jorge L. **Pérdida, pena, duelo** Fundació Vidal i Barraquer,

2004 Barcelona

TIZON, Jorge L.

SFORZA, Michele G. **Días de duelo** Ed. Alba, 2007 Barcelona