



La depresión mayor: tratamiento relacional

José Manuel Pinto Campos¹

Madrid, España

1. INTRODUCCIÓN

En “Duelo y melancolía” Freud (1917) conceptualiza la depresión por medio de la comparación y la diferenciación con el proceso natural del duelo. Define el duelo como la reacción a la pérdida del ser amado o de una abstracción equivalente (el ideal) y a la depresión, como una pérdida sustraída a la conciencia: se sabe a quién se ha perdido pero no lo que se ha perdido. Tanto en el duelo como en la depresión hay cesación del interés por el mundo e inhibición de todas las funciones pero la depresión se diferencia por la disminución de la autoestima. Es decir, Freud utiliza el duelo como metáfora de la depresión.

Lakoff y Johnson (1980) han demostrado que nuestro sistema conceptual está basado en metáforas que estructuran nuestro lenguaje, nuestro pensamiento y nuestras acciones. Las metáforas nos permiten conocer lo nuevo (la depresión) en términos de otras experiencias más concretas y conocidas (el duelo). Por tanto, hay una limitación esencial de nuestro pensamiento basada en que las metáforas destacan unos aspectos de la realidad al tiempo que dejan de lado otros aspectos que pueden ser muy relevantes.

Freud intentó buscar el proceso universal que conduce a la depresión pero en realidad se redujo a una sola forma de depresión: el duelo patológico. Explicó que cuando las relaciones amorosas son muy ambivalentes, la pérdida de objeto se transforma en una pérdida del yo. La libido libre establece una identificación con el objeto abandonado y el antiguo conflicto entre el yo y la persona amada se transforma en auto-reproches hacia la parte del yo identificada con el objeto.

En realidad, lo que diagnosticamos como depresión no es un cuadro clínico único sino multifacético: los pacientes ingresan en la depresión por diferentes vías y se mantienen en la depresión por diferentes mecanismos. No hay una condición universal que explique la etiología de la depresión. La prueba de la multidimensionalidad de la depresión es la enorme cantidad de adjetivos que necesitamos para caracterizarla: mayor, menor, breve, neurótica, psicótica, caracterial, psicopática, reactiva, endógena, genética, somatogena, sofropsíquica, protoplástica, timoplástica, esténica, asténica, duelo patológico, introyectiva, anaclítica, etc.

Un autor que atiende a esta multidimensionalidad de la depresión es Bleichmar (2003). Comienza caracterizando el estado depresivo a través de tres componentes: la fijación a un deseo central para el mundo interno del paciente que es vivido como irrealizable, la representación del self como impotente e indefenso para realizar este deseo y la aparición

del estado de ánimo depresivo. Y establece subtipos de depresión dependiendo de los factores causales: experiencias traumáticas, identificación con padres depresivos, trastornos narcisistas previos, agresiones contra el objeto interno, ansiedades persecutorias, déficits yoicos y duelos patológicos. Se ofrece así, un marco para entender la depresión como un “proceso que podría recorrer diferentes circuitos con relaciones complejas entre ellos, impulsado en cada etapa por varios tipos de sufrimientos y defensas”.

La aportación de Bleichmar ofrece un cuadro integrador de las contribuciones que han hecho diferentes autores sobre las causas que conducen a la depresión: Klein (agresión y culpa), Kohut (déficits narcisistas), Balint y Winnicott (ambiente materno deficitario), Bowlby (pérdidas de las figuras de apego), al tiempo que ofrece un tratamiento específico y bien diferenciado para de cada uno de los subtipos de depresión.

Ahora bien, Bleichmar no distingue entre estados depresivos y cuadros clínicos depresivos. Todos los pacientes que acuden a psicoterapia están fijados a algún deseo central respecto del cual se sienten impotentes e indefensos para poder alcanzarlo. Sin embargo, no todos son depresivos. Esto se debe a que el self es múltiple (Mitchell S., 1993) y el hecho de detectar un self depresivo no implica que el resultado final sea el cuadro clínico de la depresión: otras partes del self con otros deseos y defensas compensan el estado emocional depresivo. Por tanto, más que subtipos de depresión, Bleichmar define subtipos de estados depresivos.

Otro autor que ha hecho una importante contribución a la comprensión y el tratamiento de la depresión es Blatt (1998) al distinguir entre dos tipos de depresión en base a las características de personalidad: introyectiva y anaclítica. Los pacientes introyectivos sufren por sentimientos de falta de valía personal, inferioridad, fracaso y culpa. La enfermedad se desencadena por algún fracaso importante de sus metas vitales, a lo que se añade el miedo crónico que padecen a la crítica y a la pérdida de aprobación de los otros significativos: se evalúan constantemente, luchan por los logros y padecen de un perfeccionismo excesivo. Por otra parte, los pacientes anaclíticos sufren de sentimientos de soledad, indefensión y debilidad. La enfermedad se desencadena por alguna pérdida de objeto importante, a lo que se añade el miedo crónico que padecen a ser abandonados y dejados sin protección y sin los cuidados debidos.

Esta discriminación entre dos categorías de depresión parte de la distinción de Freud (1914) entre personas primariamente interesadas en sí mismas o en los otros, que le llevó a diferenciar entre libido narcisista y libido objetal. Para Blatt se trata de una distinción que afecta al conjunto de todas las patologías. Las patologías anaclíticas comparten una preocupación primaria por las temáticas interpersonales, la confianza, la afectuosidad, la intimidad y la sexualidad. Mientras que las patologías introyectivas se caracterizan por una preocupación primaria por establecer, proteger y mantener un autoconcepto positivo de sí mismos más que por el interés de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales.

En el desarrollo normal estas dos dimensiones son interdependientes. La necesidad de conexión con los otros supone el contrapunto de las experiencias de soledad y alienación

que se dan en la dimensión de la autonomía. Por el contrario, la autonomía resulta el contrapunto de las experiencias de pérdida de individualidad que ocurren dentro de la dimensión de conexión con los otros. En realidad, para alcanzar relaciones interpersonales satisfactorias es necesario el desarrollo de un sentido de sí mismo diferenciado, integrado y maduro. Y en sentido contrario, para alcanzar un sentido de sí mismo positivo y realista es necesario la mejora de las relaciones interpersonales.

Sin embargo, Blatt señala que en la patología estas dos dimensiones se disocian, se vuelven independientes. El sujeto se centra en una sola dimensión del desarrollo y evita defensivamente la otra. En unos casos la preocupación básica gira en torno a la dependencia, conexión con los otros, sintonía, entrega y comunión. Mientras que en otros casos la preocupación primaria se centra en la autosuficiencia, agencia, singularidad y autonomía. Las ideas de Blatt son complementarias con las hipótesis básicas del psicoanálisis relacional. Blatt acentúa la independencia de las dimensiones anaclítica e introyectiva mientras que el psicoanálisis relacional se centra en la articulación de estas dos dimensiones. Para Mitchell (2000) y Benjamin (1998) el sujeto lucha primariamente por conseguir un equilibrio entre dos necesidades básicas: la pertenencia a una matriz de relaciones que le dote de un sentimiento de conexión con los otros y la necesidad de encontrar su propio camino autónomo.

Ahora bien, no siempre la distinción entre depresiones anaclíticas e introyectivas es tan nítida. Blatt piensa que los pacientes anaclíticos tienen una predisposición a padecer depresión por pérdida de objeto, mientras que los pacientes introyectivos están predispuestos a depresiones por fracasos vitales. Sin embargo, no siempre coinciden los conflictos desencadenantes con las características de personalidad. Hay pacientes introyectivos que padecen una pérdida de objeto y pacientes anaclíticos que sufren por fracasos vitales y pacientes anaclíticos o introyectivos que sufren por ambas cosas. Es el caso que describiremos en el presente artículo: una paciente introyectiva que recibe el impacto de conflictos desencadenantes por pérdida de objeto y por fracaso vital y termina padeciendo una depresión severa anaclítica e introyectiva.

En conclusión, los trabajos de Bleichmar y Blatt ofrecen diagnósticos y tratamientos diferenciales para subtipos de depresión pero en su intento de atender la multidimensionalidad de la depresión olvidan los componentes y tratamientos comunes a toda depresión. Se necesita comprender cuál es el factor común del diagnóstico y el tratamiento de todas las depresiones para poder así mantener a la depresión como un concepto clínico bien diferenciado. Para ello, se requiere una definición de la depresión por el parecido a un prototipo que no puede ser otro más que la depresión mayor en donde aparecen todos los síntomas depresivos: estado de ánimo depresivo, disminución acusada del interés por el placer, pérdida o ganancia de peso, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida.

Es importante recordar que este enfoque no es contradictorio con el de Bleichmar y Blatt sino complementario. Un concepto se define como un triángulo, en relación con su término

genérico y su término distintivo. Así, el concepto “mesa de cristal” se define por su pertenencia a la clase genérica (mesa) y su característica distintiva (de cristal). De igual forma el concepto de depresión anaclítica se define por su pertenencia a la clase genérica (parecido sintomático al prototipo de depresión mayor) y por su característica distintiva (preocupación primaria por las relaciones).

El objetivo del presente artículo es mostrar cuál es el tratamiento prototípico de la depresión mayor de manera que pueda servir como referente común para el tratamiento de cualquier clase de depresión.

Blatt distingue entre los objetivos del tratamiento de los pacientes introyectivos y anaclíticos. En el caso de los introyectivos se trataría de “establecer nuevas y revisadas identificaciones (o internalizaciones) para que el sujeto pueda comenzar a definirse a sí mismo independientemente de sus introyecciones altamente críticas y demandantes” y de “mantener el contacto y la continuidad con una dimensión más benigna y cuidadora de sus introyecciones paternas”. Mientras que en la depresión anaclítica, el objetivo es reestablecer una nueva red de cuidado que permita al sujeto sobreponerse de la pérdida de objeto.

En mi opinión, la depresión mayor requiere de objetivos introyectivos y anaclíticos. La disociación de la patología no puede ir acompañada por una disociación de los tratamientos. La depresión mayor es un cataclismo, un terremoto destructor del antiguo self. Unas partes del self quedan totalmente destruidas, otras quedan dañadas y otras partes perviven por su mayor solidez. Por tanto, el objetivo principal del tratamiento es la reparación del vaciamiento del self. Ahora bien, el nuevo relleno del self solamente puede realizarse si se dispone de un sistema de cuidadores que nutran al self de nuevas internalizaciones o introyecciones. Las nuevas identificaciones requieren un contexto relacional del cual puedan ser extraídas para ser transportadas al self.

El presente artículo investiga sobre la relación entre las nuevas introyecciones y el medio cuidador. ¿Qué es lo que se introyecta? ¿Qué características ha de tener la relación con los cuidadores para que se produzcan nuevas introyecciones?

2. UN CASO DE DEPRESIÓN MAYOR

Elena vino a psicoterapia deprimida por el curso inesperado que había tomado el tratamiento del cáncer de páncreas de su marido. Tras el diagnóstico inicial el marido quedó atrapado en una intensa angustia de muerte debido a que el tumor no era operable. Sólo se tranquilizaba hablando por teléfono con su hermano quien negó desde un primer momento el diagnóstico (“los médicos se equivocan mucho”).

El cuñado asimilaba el cáncer de páncreas a lo ocurrido con él veinte años atrás. Los médicos de su ciudad le habían pronosticado uno o dos años de vida por unas varices esofágicas en el hígado. Desesperado, acudió a otro médico de Valencia que le cambió el diagnóstico por otro mucho más favorable y acertado, y no tuvo ya ni problemas de salud ni angustia de muerte. Desde entonces consideraba a ese médico su “dios” por haberle salvado la vida. Y así,

transfería esta experiencia a la de su hermano con el argumento de que “si conmigo se equivocaron los médicos a ti te va a pasar lo mismo”.

Un fin de semana el cuñado y “dios” telefonearon para animar a la pareja a viajar a Valencia para realizar un segundo diagnóstico. Elena y su marido aceptaron la oferta por no apagar esta nueva esperanza.

El conocimiento de “dios” resultó decepcionante para Elena. Se trataba de un médico orgulloso, prepotente y de trato difícil. En la entrevista negó el diagnóstico de cáncer hasta que no lo viera él con sus propias pruebas y aseguró que en todo caso hay muchos tumores autoinmunes, a lo que Elena respondió que se había hecho ya una biopsia y se había comprobado que era un adenocarcinoma. Entonces, el médico apeló a su autoridad levantando la voz con irritación. Al final, para resolver esta escena difícil, el cuñado propuso a Elena salir de la consulta para que el marido fuera entrevistado a solas.

El plan inicial era que Elena acompañaría a su marido el primer día de las pruebas diagnósticas, luego volvería a Madrid para acudir al trabajo, y finalmente, el cuñado traería al enfermo de vuelta a casa un día después. Al término de los dos días de pruebas, cuando ya estaba Elena en Madrid, recibió una llamada del cuñado en la que le comunicó que no llevaría al enfermo a Madrid y le bombardeó con una cascada de insultos (“asesina”, “no le has llevado a urgencias cuando vomitaba”, etc.). Esa misma noche Elena telefoneó a su marido y, enfurecida, le amenazó con denunciar a su hermano si no le dejaba libertad para elegir entre los médicos de Madrid y Valencia. En respuesta, un día después, su marido llamó para reafirmar que la decisión era suya: “se trata de mi vida y soy yo quien tengo que decidir”.

Elena había sido agredida por el cuñado y percibía acertadamente que estaban manipulando a su marido. Fue raptado bajo el falso clima emocional de la negación del cáncer en un primer momento, y después, con la esperanza de que el tumor fuera operable. Mentiras que sólo pudieron durar un par de semanas hasta que se aceptó que sólo podía recibir un tratamiento de quimioterapia.

En un intento desesperado por recuperar a su marido, Elena concertó una entrevista con el mejor especialista de Madrid en cáncer de páncreas y viajó con su hermana a Valencia para ofrecerle esta nueva propuesta. En la guerra contra la familia política, ellos habían encontrado a un dios y ella necesitaba a otro dios más poderoso.

Cuando llegaron a la casa de la hermana en Valencia se encontraron con el cuñado y otros dos familiares en el portal que les impidieron la entrada. Además, les dieron un papel de una denuncia que el marido había firmado en respuesta a la amenaza de denuncia de Elena contra el cuñado. Elena quedó bloqueada, no podía imaginar esta reacción puesto que ya había enviado un mensaje de móvil a su marido y a sus cuñados para anunciar su visita y pedir perdón por las amenazas falsas. Lo que se encontró fue la situación más angustiante de su vida: el impedimento por la fuerza de visitar a su marido y una lluvia de acusaciones locas (“no te has alegrado de que el cáncer sea operable”).

Se trataba de una reacción paranoica. Las disculpas por las amenazas no se tuvieron en cuenta como un hecho real. Era más real el terror que las amenazas provocaron en el cuñado. Un paranoico que paseaba girando la cabeza hacia atrás para comprobar que no le escuchara ninguno de sus posibles delatores. Vivía sin ningún amigo por miedo a ser denunciado a la seguridad social a causa de disfrutar de una pensión de invalidez total que había conseguido con la artimaña de mantener el primer diagnóstico de su enfermedad que resultó ser falso. Por eso, la lógica loca dictaba que la mejor defensa era un ataque: si me amenazan yo amenazo más fuerte, pongo la denuncia primero y asusto y paraliza a mi perseguidor.

A partir de entonces, Elena perdió toda comunicación con su marido. Llamaba diariamente a su móvil pero no respondía nunca. Tampoco respondía a sus amigos y compañeros de trabajo de Madrid. Pasadas unas semanas, la hermana del marido –su principal cuidadora– rompió el aislamiento total, respondía brevemente, como si se tratara de “partes médicos” e informaba sobre el estado del enfermo y la marcha del tratamiento de quimioterapia. Pero el marido seguía sin responder al teléfono.

Elena se encontraba en una guerra civil familiar, en la que el cuñado había dado un golpe de estado violento al orden de la pareja, que había quedado rota en dos partes. El dictador-cuñado desplegó todo su narcisismo patológico atribuyéndose el papel de salvador, en alianza e identificación con el médico-dios.

Elena no comprendía qué podía ocurrir en la mente de su marido para mantener esa incomunicación total. Yo le respondía que el cáncer grave suele producir un estado de regresión y que su marido se había refugiado en el nicho familiar como una forma de mantener a raya la angustia de muerte, aunque fuera al precio de diluir su mente individual en la mente del grupo. Probablemente, la mente de su marido estaba invadida por la mente del grupo familiar, su defensa contra la angustia era que sus pensamientos fueran idénticos a los de sus hermanos: compartían la misma esperanza y la misma agresividad contra los médicos de Madrid (“no se interesaban por ti, sólo te daban cuidados paliativos”) y contra Elena (una asesina o cuando menos una cuidadora incapaz).

Elena aceptaba que su marido estaba aterrado por la posibilidad de morir. Sabía además que su cuñada ejercía el papel de una madre y le estaban cuidando bien físicamente. Sin embargo, creía que ella le podría cuidar mejor: con ella sería de nuevo un hombre adulto, viviendo en su propia casa, conectado a sus compañeros de trabajo y a sus amigos. Y una y otra vez volvía a preguntarse ¿por qué se mantiene aislado de mí, cuando durante quince años hemos disfrutado de una relación con tanta intimidad?

No había una respuesta definitiva para esta pregunta. Hasta ahora lo que estaba claro es que su marido se había quedado con quienes recibía más esperanzas, la familia política liderada por el cuñado. A Elena le habían dado una esperanza de vida para su marido de uno o dos años. Esto no se lo había contado a nadie pero su marido era una persona bien informada y conocía el carácter mortal del cáncer de páncreas. En una llamada telefónica el cuñado llegó a decir: “se va a morir pero hay que enganarle”. No se puede expresar más claramente la

negación como mecanismo de defensa. En este caso se trataba de una negación pronóstica. No se niega la enfermedad porque se somete al enfermo a un tratamiento médico, se niega el pronóstico: se le dice que el tumor es operable (cuando era mentira) y que se salvará.

Con el cáncer hay que hacer un trabajo psicológico paradójico: aceptar la enfermedad (la angustia de muerte) y mantener simultáneamente la esperanza. Angustia de muerte y esperanza no pueden ser actitudes más antagónicas. Cuando no se tolera esta paradoja (Pizer S., 1994) se disocian ambas actitudes y se viven como inconciliables. Entonces, se busca una esperanza total, se niega la enfermedad y se peregrina en busca del médico salvador. O bien, se hunden los cuidadores en la desesperanza y se da por muerto al enfermo antes de tiempo. Aceptar la paradoja es asumir que se necesita una dosis de angustia de muerte para ir aceptando la realidad de un cáncer terminal y se necesita también la esperanza para ofrecer al enfermo la mayor calidad de vida posible.

Los meses fueron pasando y la incomunicación absoluta persistía. Ninguna llamada telefónica era respondida. Para mantener viva la relación con su marido, Elena decidió enviarle una carta a la semana. La escribía y la comentaba conmigo antes de mandarla para depurarla de cualquier matiz agresivo. Pero tampoco las cartas dieron resultado alguno. Finalmente, recibió un mensaje de móvil de su marido que decía: “no tengo nada que hablar contigo, respeta mi voluntad”. Al principio Elena no comprendió el mensaje, creía que su marido se refería a su última carta. Tuvo que ser su hermana pequeña quien resolviera el malentendido: quiere decir textualmente lo que dice, que no quiere hablar contigo de nada. Una vez comprendido el mensaje dejó de enviarle cartas y se deprimió más.

Unas semanas más tarde apareció una nueva desgracia. Le llamó su principal cliente para anunciarle que no continuaría contratándola el próximo año porque quería probar otros estilos diferentes de grabados. Este cliente suponía el 70% de la facturación de Elena como pintora y grabadora. A partir de entonces no se concentraba en el trabajo debido a ideas obsesivas de ruina. Se imaginaba de forma continua y torturante que perdería al resto de los clientes y que tendría que cerrar el taller. No pensaba en que no tuviera para comer ni para sus necesidades más básicas, pues sabía que sus padres le ayudarían a supervivir. La catástrofe que imaginaba era la pérdida de su actividad vocacional: llevaba veinte años trabajando como artista y esta actividad era el centro de su autoestima.

Al llegar al fin de semana le sobrevinieron ideas suicidas. Miraba el balcón y se imaginaba tirándose desde el quinto piso. Pero no tenía la certeza de tener éxito y lograr matarse. Recordaba a un amigo que se había suicidado tirándose por el balcón pero dudaba de conseguirlo. Se imaginaba que terminaría siendo una lisiada y esta idea le frenaba. Al día siguiente una amiga la telefoneó y le escuchó sus ideas de ruina y su desesperanza por perder a su marido y su trabajo. Alarmada fue a visitarla y al conocer sus ideas suicidas la convenció para que ingresara en la unidad de psiquiatría de su hospital de referencia.

El ingreso en el hospital sirvió a Elena para contactar con la gravedad de su depresión. Ahora era una enferma que recibía cuidados psiquiátricos y cuidados de su familia y sus amigas que iban cada tarde a visitarla. Las ideas suicidas fueron aparcadas parcialmente: el objetivo era

supervivir día a día. Pero las ideas de ruina permanecían. Tumbada en la cama no podía concentrarse para leer. Pasaba las horas en la sala común fumando un cigarrillo tras otro y charlando con los otros enfermos psiquiátricos. Su mayor deseo era dormir, que llegara la hora de la siesta o de la noche para desconectarse mentalmente y descansar de su pensamiento torturante. En total, permaneció sólo una semana en la planta psiquiátrica. El ambiente de la unidad le resultaba depresivo y carcelario. Así, decidió engañar al psiquiatra y contarle que estaba muy mejorada.

3. PRIMERA FASE: LA REGRESIÓN

Al salir del hospital Elena se trasladó a vivir a casa de sus padres para ser cuidada por ellos y no estar sola. Todos los días realizaba la misma rutina. Su deseo principal era dormir, mantener la mente desconectada de sus ideas catastróficas. Así, le costaba un triunfo levantarse a las once o las doce de la mañana. Sólo salía para comprar el periódico pero apenas podía concentrarse. Tras la comida volvía a meterse en la cama durante tres horas pero no conseguía dormir. Su cabeza no paraba de darle vueltas. Pensaba en su marido y en la amenaza de ruina profesional. Para calmarse se imaginaba la realidad que pudo ser si ella no hubiera amenazado a su cuñado y no se hubiera roto el vínculo con su marido o si su principal cliente no la hubiera abandonado. Esta negación de la realidad era un bálsamo que le aliviaba la angustia. Otro calmante más fuerte eran las ideas suicidas: el placer de desaparecer y terminar definitivamente con la angustia. No obstante, la ideación suicida no se transformaba en un plan definido debido a que se imaginaba tirarse por la ventana pero sin la seguridad de tener éxito. Quedar lisiada le parecía un resultado peor que la situación actual.

Al levantarse de la “siesta” volvía a intentar calmar su angustia charlando con su madre. La transfería el papel de psicóloga y su madre aceptaba de buen grado esta función. Elena insistía en el terror a no poder vivir de su trabajo. Y la madre respondía asegurándole que la ayudaría económicamente cuando lo necesitara. A Elena le tranquilizaba sentirse respaldada por su madre, aunque se imaginaba que le avergonzaría mucho llegar a ser una persona dependiente y pedir dinero a sus padres después de haber sido independiente desde su mayoría de edad. Pero no quedaba libre de angustia. Lo que en realidad quería escuchar era que su identidad de artista no se destruiría, que podría vivir de la pintura y el grabado.

También hablaban del marido. Elena no entendía por qué no quería hablar con ella. ¿Qué es lo que había hecho mal? ¿Cuál sería su culpa? Un día que estaba vomitando mucho le hubiera tenido que llevar a urgencias. Y si hubiera aceptado desde un principio la decisión de que se quedara en Valencia no habría sido denunciada y hubiera podido visitar a su marido. Desde luego, fue un gran error amenazar con denunciar al cuñado. Ahora se sentía impotente: el vínculo que le había dado más seguridad en su vida estaba roto.

Otra actividad calmante para Elena era el ritual de jugar a las cartas por la tarde con sus padres. Al tener la mente ocupada con una actividad sencilla y estar acompañada, se distraía de sus pensamientos catastróficos. Luego, se aburría mientras dejaba pasar el tiempo hasta

la hora de la cena. Y en seguida, a las diez de la noche se tomaba el somnífero y se acostaba. Este era el mejor momento del día, la desconexión mental.

Todos los sábados venía a verla una amiga fiel. Se daban un paseo y hablaban de las ideas de ruina, del marido y de las ideas suicidas. Elena agradecía mucho estas visitas, así como el poder hablar de las ideas de suicidio que no podía contar a su madre.

Una vez a la semana tenía su sesión de psicoterapia. El estado depresivo grave no se alteró lo más mínimo durante varios meses. Esto es prototípico de la depresión mayor. El terapeuta no debe forzar al paciente a salir rápidamente de su condición de enfermo. Su self está destruido y no tiene fuerzas para reconstruirlo. La función del terapeuta es la de ser un cuidador especializado, comprender empáticamente la tragedia del terremoto que ha asolado al paciente. Las ideas de ruina estaban justificadas y las ideas suicidas resultaban ser el calmante más fuerte que se administraba. Donde sí se podía avanzar era en el duelo por la pérdida de su marido. Mi estrategia era que compatibilizara la posición depresiva en la que se encontraba -centrada en sus culpas- con una saludable posición paranoide más realista. En realidad, lo ocurrido se explicaba mejor como una situación de maltrato por parte de la familia del marido.

El cáncer de pronóstico tan grave provoca una regresión como defensa para enfrentarse a la muerte. Yo creía que la mente de su marido estaba invadida por la mente de sus hermanos. Su marido era un niño sin voluntad ni pensamientos propios. La familia política había escindido los afectos intensos buenos y malos (Klein M., 1946). Todo lo bueno estaba en los cuidados que recibía el marido en Valencia y lo malo se proyectaba sobre Madrid. Elena era la depositaria de las reacciones agresivas contra el cáncer, un tumor que había que extirpar de la vida del marido. Por eso, la psicoterapia necesitaba mostrarle que la insistencia en reprocharse sus culpas –en verdad pequeñas- contribuía a aceptar sin crítica estas proyecciones irracionales.

Paralelamente Elena también se encontraba en regresión. Su madre era su ambiente sostenedor. La preparaba comidas caseras, se preocupaba de escucharla en sus “sesiones de psicoterapia”, y la distraía jugando a las cartas. Cuando Elena se iba a dormir por la noche y en la siesta, la madre se despedía de ella con el mismo ritual que en su infancia: “Jesusito de mi vida, eres niño como yo, por eso te quiero tanto y te doy mi corazón, tómallo, tuyo es, mío no”. Y le daba varios besos. Si acaso la madre se olvidaba, Elena pedía que la diera el beso medicinal.

Una consecuencia positiva de la regresión de Elena y del cariño de la madre fue la desaparición de las ideas suicidas un mes y medio después de la estancia en el hospital. Ahora le resultaban intolerables porque provocarían la desgracia de la vida de su madre. Una segunda consecuencia positiva fue la incorporación de una nueva experiencia amorosa en la relación con su madre. Hasta entonces, la relación había sido cálida pero distante. Elena mantenía una doble imagen de su madre. Una buena madre en la intendencia (comida, ropa, limpieza del hogar). Y una mala madre emocional, agresiva frente a cualquier crítica, e incapaz de escuchar sus angustias de niña, adolescente y adulta. Ahora había redescubierto

el amor primario de la madre de su infancia, que la cuidaba física y psicológicamente.

La madre de Elena es un modelo de cuidadora de paciente regresiva suficientemente buena. Otro modelo mucho más exigente es el propuesto por Balint en su libro “la falta básica” (1979). En su opinión, el paciente en regresión necesita que el terapeuta acceda a una relación de amor primario. El objetivo sería conseguir con el paciente una “interpenetración armoniosa” como la del pez en el agua o la del feto dentro del cuerpo de la madre. Ambiente y sujeto se interpenetran de manera que no tiene sentido preguntarse si el agua que está en el interior del pez o en las agallas pertenece al pez o al mar. Se trata de una relación simple de confianza mutua en la que se cree un ambiente silencioso, sereno, seguro y moderado, y en la que el paciente no se encuentre obligado a preocuparse por su cuidador. Balint aconseja que el terapeuta no debe funcionar como un objeto separado ni ser omnipotente ni onnisapiente. No debe ser opresivo ni exigente, ni estar ansioso por organizar, comprender y resolver el material. Y debe aceptar todas las quejas, recriminaciones y resentimientos como reales y válidos. De lo contrario, el paciente sentiría que se minimizan sus quejas.

La propuesta de que el terapeuta de un paciente en regresión necesita parecerse a las sustancias primarias y actuar como una interpenetración armoniosa es una idealización. No podemos ser como el agua del mar o el líquido amniótico. Sin embargo, el modelo de Balint es útil como ideal que puede guiar nuestro comportamiento. Sí está en nuestras manos ofrecer al paciente en regresión una relación armoniosa, serena, en la que se acepten como válidas todas las quejas del paciente. Y sobre todo, es muy importante no ser omnipotentes. Ya que el paciente depresivo se siente muy impotente, resulta una tentación responder a la impotencia con omnipotencia y dar consejos en la esperanza de que progrese el paciente. Pero el paciente carece de fuerzas y de motivaciones para progresar. Ha puesto su mente en manos de sus cuidadores y lo que necesita es una experiencia de cuidados y de amor primario que le permitirán posteriormente ir emergiendo lentamente.

4. SEGUNDA FASE: LA RECUPERACIÓN

La etapa de regresión profunda duró tres meses. Ahora Elena se enfrentaba a la novedad de marcharse al pueblo de vacaciones con sus padres. Como nuevo propósito aceptó intentar recuperarse físicamente: caminaría todos los días y practicaría natación. Había llegado a tener los músculos atrofiados de tanta falta de ejercicio y caminaba despacio arrastrando los pies como los viejos.

En el pueblo cambió la rutina diaria. Con gran esfuerzo se levantaba más pronto, a las diez de la mañana y se marchaba a pasear después del desayuno. Se propuso caminar media hora y aumentar diez minutos cada semana. En estos paseos se proponía pensar, auto-apaciguarse y preparar su vuelta al trabajo en septiembre. Luego se marchaba con su padre a la piscina para pasar la mañana. Por las tardes leía una novela y jugaba a las cartas con sus padres. Y dos o tres tardes a la semana acudían al chalet de una prima muy hospitalaria en donde se distraía jugando largas y amenas partidas de dominó.

De pronto, un día le llegó la comunicación de la demanda de divorcio. Le sorprendió mucho esta noticia. No podía entender que una persona que luchaba contra la muerte se dedicara a perder el tiempo con guerras matrimoniales. Además, el marido solicitaba la propiedad exclusiva de la casa que estaba escriturada a su nombre a pesar de haberse casado en régimen de gananciales. Elena pensaba que esto era lo que le faltaba: perdería su trabajo, su casa y su marido. Estaba desahuciada.

Un mes después recibió la noticia de la muerte de su marido a través de un amigo de éste. No lloró ni se sintió conmovida porque ya llevaba mucho tiempo de duelo y lo daba por perdido. Sin embargo, se alegró al saber que ahora tenía derecho a la pensión de viudedad. Elena empezó a sentir nuevas esperanzas: ya no estaba en la ruina, sino en un estado de pobreza. La muerte había llegado afortunadamente antes que el divorcio. Como divorciada no tenía ningún derecho, como viuda recibiría una pensión.

Una semana después le llegó el nuevo testamento del marido en el que la desheredaba por “graves y reiterados incumplimientos de sus deberes conyugales”. A la vuelta de vacaciones Elena vino obsesionada con esta frase. Necesitaba comprender por qué su marido la había echado a un lado como un trasto viejo. Si el testamento tenía fecha de dos meses después de que ella le fuera a visitar a Valencia, ¿cómo había podido en tan poco tiempo pasar de quererla mucho a odiarla? Nunca había sido más feliz que durante los quince años de matrimonio, ¿cómo podía haber cambiado tanto? Yo le volvía a repetir la idea de la negación pronóstica y la proyección de la agresividad. Pero Elena respondía que todo esto resultaba incomprensible. Y tenía razón: era una locura y la locura es incomprensible.

Ya en septiembre, Elena volvió al trabajo como tenía previsto. Le propuse que no trabajara demasiadas horas en principio y ella se comprometió a trabajar cinco horas diarias. Cada mes aumentaría una hora de trabajo al día. Ir a trabajar suponía luchar contra la depresión. La parte enferma sólo deseaba dormir y evitar cualquier actividad. Podía pasar media hora fumando hasta levantarse de la cama y asearse. Imaginaba cada una de las pequeñas tareas a realizar (levantarse, ducharse, desayunar) y le parecían un mundo que podía ser evitado quedando en la cama. Finalmente llegaba al taller y luego estaba contenta con cumplir con las cinco horas de trabajo diarias.

La fase de recuperación de la depresión es una lucha entre la parte enferma y la parte adulta que se identifica con los cuidadores. Unas veces ganan los estados depresivos y la apatía, otras veces se impone la parte adulta y otras, aparecen actividades realizadas en armonía en donde se superan estas luchas. Esta tercera situación es el objetivo a alcanzar. No hay que escoger entre el deseo de actividad y el deseo de inactividad. Se trata de ayudar al paciente a identificarse con ambos extremos para crear “actividades armoniosas” que sean simultáneamente pasivas y activas.

Para el depresivo la realización de muchas actividades cotidianas es como subir una montaña. Su primera reacción es evitarlas y dejarse llevar por la apatía y el deseo de permanecer “dormido”, o bien, esperar ansiosamente que se termine la actividad y pensar en todos los pasos que restan para concluirla. Lo opuesto a este fenómeno es la práctica de

la “conciencia plena”, la capacidad de concentración y uso de nuestros sentidos para estar plenamente en el momento presente. Si por ejemplo estamos cocinando la conciencia plena nos hace concentrarnos en cada fase del trabajo, utilizar la vista, el tacto y el olfato para sentir los alimentos que estamos manipulando.

Para alcanzar la conciencia plena se necesita adiestrar al paciente a ejercitarse poco a poco con actividades sencillas y cotidianas. Por ejemplo, se podría comenzar con las actividades de aseo por las mañanas. El objetivo es concentrarse en la actividad presente como si fuera la primera vez que la realizamos. Sentir la suavidad de la espuma de afeitarse, la calidez del agua de la ducha, etc. Nuestra concentración se perderá de tanto en tanto con todo tipo de pensamientos sobre las tareas que nos esperan ese día o sobre cualquier otro tema. Esto es inevitable, y no hay que luchar contra ello. Los pensamientos distractores se registran y suavemente se redirige de nuevo la concentración a la actividad presente. Al final, lo que se pretende es ayudar al paciente depresivo a aprender a controlar la ansiedad que le produce la actividad, de manera que no tenga que debatirse entre hacer o no hacer, sino en cómo lo hace, en la búsqueda de la armonía en la actividad.

5. INTROYECCIONES

Los padres de Elena procedían ambos de familias traumatizadas. La familia de la madre quedó arruinada tras la guerra civil: perdió el comercio familiar así como todos sus ahorros en dinero republicano, imposible de convertir al dinero oficial. La madre tuvo que emigrar a Madrid para buscar trabajo y poder mantener así a su propia madre. Por otra parte, el padre procedía de una familia muy humilde que quedó dividida a causa de la guerra civil. Los niños fueron enviados a una ciudad de provincias republicana como protección contra los bombardeos de Madrid. Allí, el padre fue adoptado por una nueva familia y comenzó a trabajar con nueve años. Para ambos padres el trabajo fue el medio de restaurar los traumas infantiles: el trabajo era sagrado, el medio que les permitió salir de la pobreza, fundar una familia, y mantener una fuerte identidad personal. El padre iba a trabajar media jornada a su empresa con ochenta y cinco años. Y la madre seguía manteniendo una casa muy grande. Elena se quedaba admirada de la energía de sus viejos padres, deseaba identificarse con ellos ahora que tenía tan poca energía y le costaba tanto ponerse a trabajar.

Cuanto más hablábamos del modo en que trabajaban sus padres, más claro nos quedaba que se trataba de una verdadera pasión a la que se entregaban completamente. Por tanto, le interpretaba que no solamente necesitaba trabajar sino recuperar la “pasión” por el trabajo que había quedado destruida tras el derrumbe depresivo. Poder reinternalizar esa función perdida de su personalidad a partir de la nueva experiencia intersubjetiva con sus padres.

Elena realizaba tres clases de trabajos: los grabados, las pinturas al óleo para exposiciones y las visitas a tiendas de posters en busca de vendedores de sus obras que pudieran ir compensando la pérdida de su principal cliente. El trabajo que más fácil le resultaba era los grabados por encargo. Mientras los hacía desaparecía la depresión y podía tener un funcionamiento igual de bueno que antes de la enfermedad. Por el contrario, el trabajo que

más le costaba era el más creativo, la preparación de la nueva exposición. Solía postergar el entregarse a esta tarea o la realizaba arrastrando la parte depresiva. Algún día se quedó en casa sin acudir al taller. Se tranquilizaba en un principio pero luego terminaba teniendo un día más aburrido y atormentador mentalmente. Se sentía culpable en relación a sus padres que eran tan trabajadores.

Un día después de no haber ido a trabajar, se puso a pintar un cuadro para la exposición al modo pasional familiar. Terminó muy contenta. Yo le interpreté que cuando trabajaba pasionalmente ahuyentaba la depresión: se estaba identificando con sus padres de manera que no se sentía sola pues ella misma era su padre y su madre. Desde entonces, la inhibición a pintar se redujo. Alternaba días que pintaba con intensidad con otros en los que se aburría y evitaba la tarea.

Los días en que podía pintar constituían una reinternalización de una función perdida durante la depresión. Elena se había identificado con su padre desde pequeña. Era una estudiante brillante que disfrutaba preparando las asignaturas con un alto nivel de exigencia, al igual que su padre, un empresario exitoso que trabajaba con gran ahínco. Ahora además, podía identificarse por primera vez con su madre. Antes de la depresión la imagen de la madre era la de una persona débil que estaba quejándose continuamente. Ahora –tras medio año de vivir pegada a ella- se daba cuenta de que esta imagen era falsa. En realidad, su madre se levantaba pronto y hacía las tareas de la casa con gran energía, y sólo por las tardes se dedicaba a descansar.

Estas internalizaciones surgen de la impregnación con el contexto intersubjetivo de la relación con los padres. Una relacionalidad que puede describirse según Mitchell (2000) de cuatro modos distintos:

- **Modo 1: Conducta no reflexiva.** “Conocimiento relacional implícito”, las pautas conductuales de interacción que conllevan una influencia recíproca. Los investigadores de las relaciones madre-bebé han demostrado que estas pautas gestuales y conductuales regulan la conducta del bebé, desde la alimentación a los ciclos sueño-vigilia.
- **Modo 2: Permeabilidad afectiva.** Los estados afectivos intensos son transpersonales. “Los afectos intensos como la ansiedad, la excitación sexual, la depresión y la euforia tienden a generar afectos correspondientes en los otros”.
- **Modo 3: Configuraciones self-objeto.** Experiencias interpersonales que se organizan en configuraciones del self en relación a los otros.
- **Modo 4: Intersubjetividad.** Tensión profunda entre nuestras necesidades de apego y pertenencia y nuestras necesidades de autoafirmación. Esta tensión es dialéctica porque no hay autoafirmación posible sin el reconocimiento del otro.

Aplicando estos cuatro modos de relacionalidad vemos cómo en el modo 1 los padres se levantan temprano y se lanzan al trabajo, lo cual crea una pauta conductual que influencia a Elena para hacer lo mismo. En el modo 2 podemos observar cómo la intensidad y la pasión

del trabajo de los padres es contagiosa. En el modo 3 se aprecia cómo sólo hay dos posiciones para el self en relación a los padres trabajadores, o ser un vago o ser trabajador. Y en el modo 4 percibimos que sólo hay una manera de ser reconocida por los padres: ser trabajadora.

Además, había otra identificación muy significativa. Elena no estudió Bellas Artes, aprendió pintura de una forma medieval, a través de la dirección e influencia de un maestro al que adoraba y criticaba simultáneamente. Le criticaba porque no se esforzaba en alcanzar la mayor calidad posible. Y le adoraba por el entusiasmo y la exaltación que le transmitía por la pintura. El maestro pintaba al tiempo que escuchaba música clásica a todo volumen y se enfrentaba al cuadro con el arrebatado de hacer el amor. Pintar de forma arrebatadora y entusiasta era una manera de estar en contacto con su maestro, reincorporar la identificación con el maestro, sentir su presencia aunque estuviera ya muerto.

Una segunda introyección muy importante era lo que Elena denominaba “diálogo femenino”. Antes de la depresión Elena rehuía el diálogo con su madre. Cuando quería contarle algo, su madre la interrumpía y le preguntaba otra cosa diferente. Esto era para Elena un motivo de frustración que le recordaba la incomunicación que siempre había habido entre ambas. A partir de la regresión la imagen de su madre se positivizó por completo. Ahora veía las cosas de una forma radicalmente distinta. Gustaba de charlar con su madre libremente de las cosas cotidianas y de las importantes. Admiraba el hecho de que su madre tuviera muchas amigas con las que disfrutaba charlando. En fin, ahora no interpretaba sus interrupciones como un no querer escuchar sino como un síntoma de la ansiedad de la madre, un deseo intenso de estar en contacto rápidamente con la otra persona.

El “diálogo femenino” se diferenciaba de los diálogos que ella solía mantener en que se trataba de hablar por hablar, de lo que le viniera a uno a la mente, y de las cosas más simples y pequeñas. Al final, el placer estaba en sentirse unida a su madre a través de la conversación, sin importar demasiado de qué se estaba hablando. Era por tanto el placer de estar en contacto, el placer del apego. Pero sin pretenderlo como se hablaba de todo también había tiempo de hablar de sus preocupaciones más profundas.

Una vez que Elena hubo introyectado el “diálogo femenino” lo aplicó a la relación con sus amigas. Ahora sentía una nueva tranquilidad que no había sentido antes. Disfrutaba de hablar por hablar y sentía el placer de estar en contacto con la amiga, el placer de la mera presencia. Además, como no tenía que sentirse obligada a decir cosas importantes, la fluidez del diálogo mejoraba.

Cabe preguntarse qué tienen de común los dos introyectos principales el “diálogo femenino” y el “trabajo pasional”, ¿qué es lo que se introyecta? El trabajo pasional es un componente esencial de las tareas creativas de las que vivía Elena. Y el diálogo femenino es un componente esencial de la vinculación con su cuidadora principal, que luego pudo exportar al resto de sus relaciones con amigas, mejorando así la calidad de las relaciones interpersonales. Por tanto, se introyectan funciones básicas para la supervivencia y en las dos dimensiones del desarrollo señaladas por Blatt: introyectiva (trabajo pasional) y

anaclítica (diálogo femenino).

Mientras que el diálogo femenino fue una introyección nueva, en el caso del trabajo pasional se trataba de una reintroyección para rehabilitar una función que ya existía antes de la depresión. La internalización viene a ser el cemento indispensable para la reconstrucción de esta parte dañada del self.

Una segunda pregunta es de dónde se extraen los introyectos. En ambos casos fueron extraídos de la relación con los cuidadores, principalmente la madre. La relación de dependencia con la madre creaba una membrana permeable entre Elena y la madre que permitía un proceso de ósmosis: el transporte de elementos del objeto hacia el self.

Una tercera pregunta es ¿qué características ha de tener la relación con los cuidadores para que se produzcan introyecciones? Las internalizaciones se producen en un contexto de una **relación de dependencia psicológica** respecto de los cuidadores. El sujeto reconoce que no puede funcionar psíquicamente sin las funciones que ofrecen los cuidadores. Así, en la etapa de remisión el sujeto reproduce funciones del cuidador como propias cuando ha de enfrentarse solo al trabajo o al mundo relacional.

¿Es posible la internalización sin relación de dependencia? Sí es posible, la prueba es el aprendizaje por modelado. Ahora bien, en la relación de dependencia se produce la situación más favorable para la introyección. El sujeto no pone barreras respecto a su cuidador principal, con lo cual el proceso de ósmosis es máximo.

Una vez completado el proceso de internalización la intersubjetividad con los cuidadores sigue siendo necesaria. Hay elementos de la relación de dependencia que producen la seguridad básica necesaria para que la depresión remita. Así por ejemplo, las ideas de ruina tan obsesionantes hubieran impedido a Elena trabajar intensamente si no fuera por la seguridad económica que aportaban los padres. Elena sólo se tranquilizó relativamente cuando escuchó una y cien veces que sus padres la ayudarían económicamente en caso de que se quedara sin dinero. Posteriormente, la pensión de viudedad aportó una ayuda muy importante. Entre el dinero de la pensión y lo que sacaba de los clientes que le quedaban podía supervivir. Pero las ideas de ruina persistían. Una vez que había vivido el trauma de perder a su cliente principal anticipaba la repetición de la catástrofe. Al ponerse mentalmente en esa situación, pensaba que llegado el caso pediría dinero a sus padres. Esta nueva aceptación de la dependencia le resultaba muy dura a Elena que estaba orgullosa de ser autónoma e independiente desde los veintiun años. Pero simultáneamente constituía un nuevo logro, un seguro de accidente que le permitía liberarse mentalmente y poder trabajar.

6. EL SELF CUIDADOR

Elena había decidido volver a su casa a primeros de año, cuando se cumplieran nueve meses del comienzo de la crisis depresiva. Ya estaba en fase de remisión y el proyecto de independizarse de sus padres le enfrentaba al reto de auto-cuidarse: asumir las funciones de su cuidadora, realizar las tareas de la casa, vivir sola y controlar su angustia.

El comienzo de la vida en solitario acentuó temporalmente la depresión. La casa se le caía encima, recordaba lo perdido, la gran compañía que le daba su marido con quien había mantenido una relación de gran intimidad. Para combatir la soledad decidió convidar a comer a cada una de sus amigas los sábados. Así, cada semana repetía un menú sencillo que le enseñó su madre. Cuidando de sus amigas cuidaba también de sí misma, de tener compañía, e internalizaba las funciones (cocinar) que antes hiciera su madre con ella.

El self cuidador es la introyección del cuidador en sus funciones de cuidar. Ya no está presente el cuidador como objeto del self y esta frustración unida a todas las buenas experiencias de cuidado permiten una *internalización transmutadora* (Kohut H., 1984). Ahora bien, la construcción del self cuidador es un proceso gradual. Elena se auto-cuidaba recibiendo a amigas los fines de semana y sobrellevando mejor la soledad pero no era capaz de calmarse a sí misma cuando le venían las ideas torturantes de ruina. Para esta tarea necesitaba la ayuda del terapeuta, de su madre y de sus amigas.

El self cuidador en sus funciones de autoapaciguamiento, aparece como un diálogo interno entre el self y la voz contenedora del self cuidador. Hay que recordar que la contención es una mezcla de empatía y distanciamiento respecto del sufrimiento (Benjamin J., 2004). Si una persona está preparando un examen de oposición y sufre por la angustia de poder suspender, lo que la contiene es que un amigo pueda entender esa angustia porque ya la ha vivido pero también porque finalmente la ha superado. Lo que contiene es el conjunto de la empatía y el distanciamiento de saber que el sufrimiento pasará.

Un proceso positivo de autoapaciguamiento puede verse en un paciente que ante situaciones de ansiedad solía mantener un diálogo consigo mismo en donde el self cuidador le hablaba al self en segunda persona. Había internalizado las funciones contenedoras que realizaba su pareja profundamente empática. Así, por ejemplo, un día mientras ensayaba una función de teatro aficionado, la directora le recriminó durante una escena: “no te han llamado por el camino del baile”. Inmediatamente su self cuidador le dijo: “Vaya crítica dura delante de todo el mundo pero pasará, no te vas a desmoronar”. Es decir, el self cuidador era empático (reconocía que la crítica le había dolido) pero podía mantener una actitud más distanciada sabiendo que el dolor era transitorio (pasará, no te vas a desmoronar).

Por otra parte, es importante distinguir entre self cuidador y falso self debido a que esta clarificación tiene importantes consecuencias clínicas. Winnicott (1960) estaba interesado en los “trastornos de falso self” en donde no hay una sensación de realidad interna ni una imagen de sí mismo como un centro creador de la propia experiencia (Mitchell S.; Black M. 2004). Winnicott establecía dos clases diferentes de definiciones para el falso self y el verdadero self:

- Psicología unipersonal. El falso self tiene como función principal proteger al verdadero self. Mientras que el verdadero self es la fuente del gesto espontáneo que expresa un impulso auténtico. El verdadero self está dotado de energía por los instintos mientras

que el falso self está vuelto hacia fuera y relacionado con el mundo.

- Psicología bipersonal. El falso self se origina por fallas en los cuidados de la madre. La madre que no es suficientemente buena no es capaz de instrumentar la omnipotencia del bebé, reemplazando el gesto espontáneo por su propio gesto. El infante es seducido para que sea sumiso y complaciente con las exigencias de la madre. Por el contrario, la madre suficientemente buena satisface la omnipotencia del bebé, se adapta a los gestos y necesidades del infante. En consecuencia, el infante empieza a creer en la realidad externa como si fuera una realidad creada por sus deseos y nace así el verdadero self.

Desde el punto de vista de la psicología unipersonal el self cuidador (que anima a Elena a levantarse de la cama) sería un falso self porque está vuelto hacia fuera y relacionado con el mundo, no es un gesto espontáneo (el deseo inmediato es dormir). Sin embargo, desde el punto de vista bipersonal el self cuidador, como la madre suficientemente buena posibilita la emergencia del self verdadero (la pasión por el trabajo). Por tanto, la definición unipersonal vale para el sujeto sano pero no para el enfermo depresivo. En la etapa de remisión de la depresión el self verdadero y el gesto espontáneo pueden surgir del cuidador y no del enfermo, quien tiene que luchar contra la adicción a la apatía.

Esta diferenciación tiene importantes consecuencias clínicas. Este era el caso de Elisa, una mujer de cincuenta años con depresión crónica que valoraba por encima de todo la tranquilidad. En una sesión tratamos sobre una amiga de la infancia con la que había mantenido buenas relaciones durante veinte años hasta que la relación se rompió diez años atrás debido a un periodo de aislamiento recíproco. Le aconsejé que intentara telefonarla de nuevo ya que la relación había sido buena y duradera, y además se había roto sin que se hubieran producido daños por ambas partes. Elisa dudaba y lo comentó con su madre y su hermana. Ambas le recomendaron que no la llamara, que estaría mucho más tranquila como estaba. Pero en realidad, a Elisa le apetecía llamarla y sólo se frenaba por considerar que si la relación se reanudaba supondría un compromiso de atención a otra nueva persona. Es decir, el gesto espontáneo partió del terapeuta, el paciente tenía que despejar una resistencia para conectarse con su impulso genuino.

7. EL DUELO PATOLÓGICO

Bowlby (1980) describe cuatro fases del duelo por la pérdida de un cónyuge:

1. Embotamiento de la sensibilidad, que por lo general dura desde algunas horas hasta una semana y puede estar interrumpida por episodios de aflicción y/o cólera sumamente intensas.
2. Anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura algunos meses y a veces años.
3. Desorganización y desesperanza.
4. Reorganización.

La primera fase de embotamiento de la sensibilidad resultó anormalmente larga y duró casi

un año. Elena no podía comprender que la persona que la había hecho tan feliz fuera la misma que no quería hablar con ella, que le demandaba el divorcio y la había desheredado. ¿Qué podía pasarle por su cabeza para actuar así? Desde luego, se trataba de un comportamiento paranoide en donde Elena se convertía en un objeto monstruoso. Pero ¿por qué tanta irracionalidad? Las teorías que yo le ofrecía sobre la angustia de muerte, la regresión en el seno de la familia y la proyección del objeto malo conseguían hacerla entender lo sucedido pero no le resolvían el misterio. En realidad, no podíamos hablar ya con el marido muerto y Elena tuvo que ir aceptando que lo sucedido no podía comprenderse al cien por cien: era explicable pero no comprensible empáticamente.

La segunda fase de búsqueda del objeto de apego perdido duró tres o cuatro meses en su versión más intensa. Mostró una reacción de cólera cuando su marido fue raptado a Valencia y amenazó con denunciar al cuñado. Hizo un viaje en busca de su marido ese mismo fin de semana y telefoneaba todos los días y escribía una carta a la semana. Esta conducta de búsqueda decreció con el mensaje que recibió de su marido diciéndola que no tenía nada que hablar con ella.

La tercera fase de desorganización y desesperanza coincide con la caída en la depresión. Al principio de esta fase, la desesperanza de recuperar a su objeto de apego era predominante pero aún había esperanza, que se expresaba en el mecanismo de negación y en las auto-acusaciones. Mediante la negación fantaseaba con recuperar al marido imaginando otra realidad distinta a la sucedida: que se negaba a llevarlo a Valencia a realizar un segundo diagnóstico y que nunca se hubiera separado de ella. Y mediante las auto-acusaciones internalizaba el objeto malo para preservar la confianza en su marido como objeto bueno.

Rodríguez Sutil (2009) cita a Fairbairn para explicar la adherencia a los malos objetos: “Me ofrezco a experiencias dolorosas que mantienen vivos mis objetos malos, debido a que son los únicos objetos que conozco, y la carencia de objetos es intolerable”. Para Fairbairn el niño internaliza los objetos malos por su necesidad de preservar la ilusión de bondad de sus padres. Así, la maldad está en el interior y controlada: el niño obtiene seguridad externa a costa de sacrificar la seguridad interna.

Sólo cuando Elena vio que lo perdía definitivamente al recibir la demanda de divorcio pudo aceptar mis interpretaciones: en realidad, quien se comportaba mal era el marido ya que la había abandonado sin justificación alguna (no permitió visitarlo, ni respondía a las llamadas telefónicas ni a las cartas).

En la cuarta fase de reorganización Elena vuelve al trabajo y cuatro meses más tarde regresa a su casa. Entonces se integra en un club de senderismo con el objeto de hacer nuevas amistades y poder conocer a un nuevo hombre. Una amiga le decía que lo que necesitaba era un “divorciado estupendo”. Elena no lo encontraba pero se atrevía tímidamente a establecer nuevos vínculos. No obstante, al volver a casa la añoranza por la figura de apego perdida aumentó. Las fotografías, los objetos le recordaban a su marido muerto. Echaba de menos la compañía que siempre le hacía, el poder hablar con alguien y la relación de gran intimidad que habían tenido. Es decir, la fase de reorganización se solapaba con la

continuidad de la segunda fase de búsqueda de su marido a través del recuerdo que le evocaban las fotos.

Por último, el síntoma principal que expresaba más intensamente que el duelo no estaba resuelto eran las ideas de ruina. Estas ideas catastróficas tenían un componente real en la pérdida del cliente principal. Pero la obsesionante repetición de estos temores también procedía de la inseguridad emocional en la que estaba instalada como consecuencia de la pérdida del marido en tanto figura de apego. Es decir, la desesperanza por perder a su marido se generalizaba a la desesperanza por perder también su trabajo.

8. CONCLUSIONES

Se ha seleccionado un caso prototípico de depresión mayor donde el terapeuta ocupa un lugar secundario y la principal cuidadora es la madre, de manera que puedan aparecer en primer plano los factores terapéuticos más “naturales” puestos en juego.

En la fase aguda de la enfermedad la paciente sufre una regresión. Durante esta fase no hay que esperar progreso alguno y hay que permitir que el paciente pueda beneficiarse de su condición de enfermo. La regresión tiene una cualidad terapéutica en el sentido del redescubrimiento de un objeto cuidador bondadoso, la madre suficientemente buena que sostiene al enfermo física y psicológicamente. Esto permite un “nuevo comienzo” en el sentido de Balint. Por otra parte, el terapeuta de un paciente en regresión debe crear una relación especial caracterizada por la armonía, la falta de exigencia y la ausencia de omnipotencia para poder responder a las necesidades de amor primario de la paciente.

En la fase de remisión la paciente empieza a recuperarse físicamente. La recuperación psicológica se produce como un proceso de internalizaciones de las funciones del cuidador. Es decir, la recuperación de la depresión mayor se produce por medios relacionales. La depresión mayor es una catástrofe donde partes del self quedan destruidas, otras quedan deterioradas y otras permanecen intactas. Se requiere un trabajo de reconstrucción que utiliza como materiales la personalidad del cuidador, un objeto del self que se va internalizando. Se internalizan funciones básicas para la supervivencia introyectivas (capacidad de trabajo) y anaclíticas (diálogo femenino) gracias a la relación de extrema dependencia que permite un proceso de ósmosis desde la personalidad de la cuidadora a la enferma.

La fase final es la construcción del self cuidador, la adquisición de la capacidad para el autocuidado que se logra por identificación con el cuidador en sus funciones de cuidar. Cuando el terapeuta es el cuidador principal ha de funcionar como un objeto del self que a través de frustraciones óptimas permita internalizaciones transmutadoras.

En este caso clínico la tarea de la cuidadora principal, la madre es reparar y reconstruir los déficits, mientras que el terapeuta se encarga de resolver conflictos como las identificaciones con el objeto malo paranoico que en realidad se comportó como un objeto abandonico.

Por último, se ha descrito la cura de un caso de depresión mayor. Ahora bien, la paciente en

proceso de remisión no abandonó la depresión mayor para recuperar la normalidad, sino para instalarse en un proceso depresivo con síntomas más leves, el más importante de todos era la apatía, la inhibición para la acción y las ideas de ruina.

Por otra parte, la paciente no progresó de un estado de gran dependencia respecto de su madre a otro de independencia. Antes al contrario, lo que descubrió fue su radical necesidad de otras personas, ya fueran familiares, antiguos amigos o los nuevos amigos por conquistar. Por tanto, la depresión mayor resultó una experiencia de fuerte crisis personal que puso en evidencia las necesidades relacionales como principal factor curativo.

REFERENCIAS

- Balint M. (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona: Paidós.
- Benjamin J. (1998). *Los lazos de amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Buenos Aires: Paidós.
- Benjamin J. (2004). *Más allá de la dualidad agente-paciente: una visión intersubjetiva del tercero*. Intersubjetivo. Junio nº 1; vol.6
- Bemporad J. (1999). *Psychological factors in depression*. Journal of the American Academy of Psychoanalysis 27: 603-610
- Blatt S. (1998). Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 46: 723-752
- Bleichmar H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas psicoanalíticas* nº 35
- Bleichmar H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas* nº 14
- Bowlby J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Freud S. (1917). Duelo y melancolía. *Obras Completas*. Tomo VI. Biblioteca Nueva
- Gullestad S. (2003). One depression or many? *Scandinavian Psychoanalytic Review* 26: 123-130
- Jacobson E. (1971). *Depresión. Estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas*. Buenos Aires: Amorrortu Ed.
- Klein M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *En Obras Completas*. Barcelona: Paidós.
- Lakoff G. Janson M. (1980). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Mitchell S. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell S. (2000). *Relationality. From attachment to intersubjectivity*. London: The Analytic Press.
- Mitchell S. Black M. (2004). *Más allá de Freud*. Barcelona: Herder
- Pizer S. (1994). *Building bridges. The negotiation of paradox in psychoanalysis*. London: The

Analytic Press.

Rodríguez Sutil C. (2009). *Introducción a la obra de Ronald Fairbairn*. Madrid: Ágora Relacional

Segal H. (1984). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós

Winnicott D. (1960). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. *Obras Escogidas* Tomo I. RBA

Original recibido con fecha: 8-4-2011 Revisado: 11-10-2011 Aceptado para publicación: 20-2-2012

Resumen:

La depresión mayor es una catástrofe donde partes del self quedan destruidas, otras quedan deterioradas y otras permanecen intactas. El tratamiento requiere un trabajo de reconstrucción que utiliza como materiales la personalidad del cuidador, un objeto del self que se va internalizando. Se introyectan funciones básicas para la supervivencia y rehabilitación gracias a la relación de extrema dependencia que permite un proceso de ósmosis desde la personalidad del cuidador al enfermo.

Palabras clave: Depresión mayor, introyectivo, anaclítico, regresión, internalización, introyección, duelo.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Pinto Campos, J.M.. (2012). La depresión mayor: tratamiento relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (1): 99-119. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

NOTAS

¹ José Manuel Pinto Campos: Francisco Silvela 69; 2º D; 28028 Madrid jmpinto@arrakis.es / [www.jmpinto-
psicoterapia.com](http://www.jmpinto-psicoterapia.com)