******

******

***La depresión y su abordaje desde un encuadre psicoanalítico.***

*Cecilia Vázquez García*

*Montevideo*

*30 de julio, 2014*

*Tutora: Laura de Souza*

***Resumen***

En el presente trabajo se hace un recorrido por algunos de los aportes del Psicoanálisis para la comprensión y abordaje de la depresión. Se presenta una breve descripción de las manifestaciones sintomáticas de esta enfermedad desde la Psiquiatría.

Dando un paso al Psicoanálisis se toman como referentes teóricos a Sigmund Freud y Melanie Klein, apoyándose estas líneas de pensamiento con otros autores. Los aportes se ubican en el marco de la segunda tópica freudiana, revisando cómo interactúan las distintas instancias que constituyen el aparato psíquico, tanto en el desarrollo normal como en el patológico. Indagándose las primeras relaciones objetales y la incidencia de cómo se transiten los duelos tempranos y normales del desarrollo, en el desenlace de los duelos patológicos y los estados depresivos.

Se continúa con el concepto de autoestima y su intrincación con el de depresión, haciendo referencia a la acusada perturbación del sentimiento de sí presente en esta enfermedad. Seguido de un estudio de algunos de los posibles caminos por los que se llega a la depresión trabajados por diversos autores.

Finalmente se aborda la clínica psicoanalítica actual tomando como referentes a autores contemporáneos como Blatt, S., Bleichmar, H., Winograd, B. y Hornstein, L, revisando parte de sus aportes pertinentes a la temática. Se trabajan conceptos como depresión anaclitica e introyectiva de Blatt, el enfoque Modular transformacional de Bleichmar, la transferencia-contratransferencia y objetivos terapéuticos de Winograd y el entendimiento del interjuego de ciertas instancias del psiquismo que intervienen en la depresión y la función del analista para su tratamiento de Hornstein.

***Introducción***

La depresión ha sido denominada la epidemia del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 350 millones de personas en el mundo la padecen y prevé que para el 2025 será la segunda causa de discapacidad del planeta.

Es la manifestación actual del sufrimiento psíquico. “La depresión, patología de la *temporalidad* (“yo no tengo futuro”), de la *motivación* (“yo no tengo fuerzas”) y de los *ideales* (“yo valgo poco”) (Roudinesco, 2000)” (Hornstein, 2003, p.200)

Bafico plantea a la sociedad de consumo actual como desencadenante de esta enfermedad. Afirma:

Estamos en un tiempo de una sociedad donde se apunta a la felicidad permanente, yo creo que ese es un problema. No soportamos no ser felices todo el tiempo y todo el tiempo apuntamos a objetos que nos van a brindar cierta felicidad, que es absolutamente imposible. Eso no es la felicidad, pero es la sociedad de consumo que de alguna forma nos propone eso. El reverso de esa felicidad que no se obtiene por el lado material, genera la insatisfacción que se viste de depresión. El estado depresivo es un estado natural en el ser humano frente a determinados avatares de la vida, duelos, separaciones y pérdidas. Tendemos a deprimirnos, hay que soportar la depresión pero estamos en un tiempo que no se soporta la depresión porque hay que ser felices, hay que estar bien, hay que estar contentos, hay que ser delgados, no quiere decir que esté mal pero hay una sobreexigencia que lleva a que el sujeto no se sienta feliz". (2014)

En cuanto al abordaje de esta patología Villalba establece que si hace unos años la preocupación central era no dejar a un paciente deprimido sin su medicación; actualmente debe considerarse no dejarlo sin psicoterapia. En estudios realizados para evaluar la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica dieron como resultado una mejoría en los síntomas depresivos, y mejoras simultáneas en el carácter y los mecanismos de defensa.

***La depresión desde la Psiquiatría***

Desde el *Tratado de Psiquiatría* de Henri Ey se entiende la depresión como un síntoma, un síndrome o como una entidad nosológica. Propone la tristeza como síntoma elemental para diagnosticar un estado depresivo. El descenso del humor característico de este trastorno sumado a un fenómeno de inhibición enlentecen los procesos psíquicos reduciendo el campo de la conciencia y los intereses del paciente. El sujeto va replegándose sobre sí mismo y se aísla de los demás. Presenta trastornos en la memoria, astenia, enlentecimiento de la actividad motriz y malestares somáticos diversos. Predominan sentimientos de culpabilidad y una acentuada autoacusación, lo que el autor define como dolor moral.

Divide los estados depresivos en dos grandes grupos, las crisis de melancolía endógena y las crisis de depresión neurótica.

* Crisis de la melancolía:

Caracterizada por inhibición y enlentecimiento de funciones psíquicas y motoras. Se presenta a cualquier edad y es más frecuente en mujeres que en hombres.

El estado melancólico se inicia con lentitud, puede durar meses o semanas. El paciente melancólico presenta cefaleas, astenia, insomnio, falta de interés por las actividades que le resultaban agradables, se siente preocupado, su humor es triste.

* Depresión neurótica o reactiva:

Los estados depresivos sobrevienen después de una situación traumática como un duelo, pérdida de aprecio, abandono, etc. Cualquier situación que haga al paciente sentir inseguridad y frustración, generando agresividad hacia el propio sujeto. Presenta tristeza y una intensa ansiedad, si bien se hace reproches, busca ser comprendido y consolado, él no se siente culpable, acusa a los demás y a la mala suerte.

Desde el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV-TR) los trastornos depresivos se encuadran dentro de los trastornos del estado de ánimo y se presentan como un trastorno depresivo mayor, un trastorno distímico o un trastorno depresivo no especificado.

* Trastorno depresivo mayor

Se define como un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

El episodio depresivo mayor se caracteriza por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas, siendo uno de ellos un estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Lo que representa un cambio con la actividad previa del individuo.

Los síntomas restantes son pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimientos psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excedidos o inapropiados, disminución del pensamiento y la concentración y pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida.

Todo esto provoca un deterioro en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes de la vida del sujeto.

* Trastorno distímico

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Es un estado de ánimo triste o desanimado.

Durante este periodo hay, al menos dos síntomas más como ser; pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Durante estos dos años el sujeto no ha estado sin síntomas dentro de un periodo de dos meses seguidos. No ha habido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración ni un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.

* Trastorno depresivo no especificado

Incluye aquellos trastornos con síntomas depresivos que no entran en ninguna de las categorías diagnósticas anteriores

Debe tenerse en cuenta que los síntomas para tales trastornos no se deben a los efectos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

***Un paso al Psicoanálisis***

***Procesos de duelo normal y duelo patológico***

Freud en su texto *Duelo y melancolía*, trata sobre la naturaleza de la melancolía (depresión) comparándola con el afecto normal del duelo. Define a este último como reacción ante la pérdida de una persona amada o una abstracción como; un ideal, la patria, libertad, etc. En idénticas influencias, se observa en algunas personas, en lugar de duelo, melancolía, y se sospecha en ellas una disposición enfermiza.

Plantea como singularidades en la melancolía una desazón profundamente dolida en lo anímico, una cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja del sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones, que se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. En el duelo no se presenta la perturbación del sentimiento de sí.

En la melancolía la pérdida del objeto amado puede ser de naturaleza ideal, y el enfermo no puede apresar en su conciencia lo que ha perdido, se da a nivel inconsciente y puede referirse a cuando sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él. Mientras que en el duelo no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida. El mundo es percibido como pobre y vacío, en tanto que en la melancolía eso le ocurre al yo mismo.

En el enfermo, en palabras de Freud (1917), “deberíamos inferir que él ha sufrido una perdida en el objeto, pero de sus declaraciones surge una pérdida de su yo” (p 245). Describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable, se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo, lo que Freud define como delirio de insignificancia. Acontece un trabajo interior que devora al yo. Se produce “un desfalleciemiento de la pulsión que compele a todos los seres vivos de aferrarse a la vida”. (Freud, 1917, p. 244)

Establece que hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada que por obra de una afrenta real o desengaño de parte de dicha persona, sobrevino un sacudimiento del vínculo de objeto. En una situación normal (duelo normal) se quita la libido sobre ese objeto y hay un posterior desplazamiento a uno nuevo.

Para que se lleve a cabo lo anterior, efectuándose el trabajo de duelo, el examen de la realidad tiene que haber mostrado que el objeto amado no existe más, del que emana la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con dicho objeto.

Afirma que “a ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal aun cuando su sustituto ya asoma.” (Freud, 1917, p. 242) Lo normal es que prevalezca el acatamiento de la realidad, pero la orden que esta imparte no puede cumplirse enseguida. “Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura y entretanto la existencia del objeto perdido continua en lo psíquico”, y agrega, “una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido”. (Freud, 1917, p.243)

Hagman, por su parte, establece que no alcanza con la resolución del duelo como aceptación de la pérdida, desinvestimiento del objeto y el reinvestimiento en uno nuevo, sino que debe existir una transformación interna. “Una reestructuración de la relación con el objeto interno que va desde un abandono psicológicamente completo del objeto perdido a un lazo continuo con él (Hagman, 1995)” (Bernardi, Bouza de Suaya y Morató, 2000, p.34). Lo que implica para el autor un largo proceso más allá del periodo de duelo específico.

En la melancolía, como condición patológica, la investidura de objeto resultó poco resistente y la libido libre se desplazó hacia el propio yo. Se produce de esta manera una identificación del yo con el objeto resignado, lo que Freud (1917) metaforiza como la “sombra del objeto que cae sobre el yo (…) quien es juzgado como objeto abandonado”. (p.246)

Por su parte Avila, establece que se produce un enlace de la libido con el objeto, parte de la libido libre inviste al yo que se identifica con el objeto perdido (abandonado) y otra parte de la carga libidinal retrocede a la fase sádica. El odio recae sobre el yo, y hay un goce por la venganza hacia el objeto amado, se trata a sí mismo como objeto.

La identificación narcisista con el objeto se convierte en el sustituto de la investidura de amor original. Hay una regresión de la libido al yo. Se establece como hipótesis que lo que dispone a la melancolía es el predominio del tipo narcisista de elección de objeto.

El análisis de la melancolía deja ver que el yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir hacia sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacía objetos del mundo exterior. Lo que da cuenta de la ambivalencia expresada en el automartirio presente en esta enfermedad. Se establecen batallas parciales por el objeto, en ellas se enfrentan el odio y el amor, “el odio en pugna por desatar la libido del objeto, y el amor por salvar del asalto esa posición libidinal." (Freud, 1917, p.253)

En resumen, en este proceso tiene que haber existido; una fijación en el objeto de amor, por el que no se puede desplazar hacia otro objeto, y una escasa resistencia de la investidura de objeto. Y se establecen como premisas de la melancolía; una pérdida de objeto, ambivalencia y una regresión de la libido al yo.

***Condición universal de la depresión: el deseo irrealizable***

Freud, en *Duelo y Melancolía* buscaba alguna condición universal que se encuentre presente en las diferentes formas en que se manifiesta la depresión (melancolía).

Establece una fijación hacia el objeto perdido y el deseo frente a éste ocupa todo el horizonte mental del sujeto. Se produce una identificación del yo con el objeto perdido y se lo considera un ideal para el sujeto que ha sufrido la pérdida.

La elección del objeto es por elección narcisista, es decir, se lo elige conforme a cómo es el sujeto. Otra forma de elección narcisista es cuando el sujeto elige a un objeto que lo ame, de manera que refuerce la autoestima, logrando una vivencia de perfección y autosatisfacción.

Tras la pérdida de objeto, el sujeto entra en un estado depresivo, hay una pérdida de lo que éste consideraba como un ideal, hay algo de uno mismo que se pierde, ese objeto semejante al yo, ese objeto que lo refuerza y contribuye a su autoestima ya no está y se reacciona ante esta situación. Habría una no satisfacible carga de anhelo, lo que refiere a una meta que no se alcanza, un deseo que es imposible de satisfacer. El objeto estaba cargado de deseos y con su pérdida estos se convierten en irrealizables.

Este deseo al que el sujeto está fijado es el contenido del pensamiento del depresivo y de allí sus diferentes manifestaciones. La *tristeza* como una manifestación dolorosa ante este pensamiento, la *inhibición* como la renuncia ante el carácter de realización imposible que el sujeto atribuye al deseo. El *llanto* como un intento regresivo de obtener lo deseado y el *autorreproche* como la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo por la frustración del deseo.

La representación de deseo irrealizable es el tipo de idea que tienen en común los diferentes subtipos de depresión siendo diferentes modalidades de reacción frente a una pérdida de objeto con sus consiguientes deseos.

“La depresión corresponde a una *condición*, la pérdida de objeto y constituye un *estado*, en que se vive un deseo como irrealizable.” (Bleichmar, 1988, p.36)

***De la posición esquizo- paranoide a la posición depresiva; de los duelos tempranos a los estados depresivos.***

Para Melanie Klein la predisposición a la Depresión se origina en las mismas características constitutivas de la relación madre-hijo.

Entiende el concepto de posición como una constelación de angustias, defensas y relaciones objetales que persisten durante toda la vida del individuo, que se superponen y fluctúan entre sí.

Establece como modalidad especifica de las relaciones de objeto en los primeros cuatro meses de existencia, la posición paranoide, la que puede volver a encontrarse durante la infancia y en la adultez, en casos de paranoia y esquizofrenia.

Desde el punto de vista pulsional, la libido y la agresividad (pulsiones sádico-orales: devorar, desgarrar) se hayan desde el principio, presentes. El objeto es un objeto parcial, siendo el prototipo el pecho materno. Éste se encuentra escindido en objeto bueno y en objeto malo, no sólo en la medida en que el objeto materno gratifica o frustra, sino en la medida en que el niño proyecta su amor-odio. El objeto bueno es idealizado, capaz de procurar una gratificación ilimitada, inmediata y sin fin. Su introyección protege al niño de su ansiedad persecutoria. El objeto malo es un perseguidor terrible y en su introyección el niño corre riesgos internos de destrucción.

El objeto bueno y el objeto malo son imagos (un cuadro fantásticamente distorsionado de los objetos reales), que el bebé instala no sólo en el mundo exterior, sino por el proceso de incorporación dentro del yo. El mecanismo que utiliza para defenderse de ese objeto perseguidor (objeto malo) es la negación de la realidad psíquica y los procesos de expulsión y proyección. El yo dirige contra los perseguidores dentro de su cuerpo las mismas fuerzas y miedos que contra los objetos externos. El miedo a la persecución, dirigido primero solo al yo, se extiende ahora también al objeto bueno, y en adelante la preservación del mismo, será considerada como sinónimo de la supervivencia del yo.

La posición depresiva es el tipo de relaciones de objeto posterior a la posición paranoide. Comienza alrededor del cuarto mes y transcurre progresivamente durante el primer año. Puede encontrarse en el curso de toda la infancia y reactivarse en la adultez, en el duelo y en los estados depresivos.

El niño es capaz ahora de aprehender a su madre como objeto total, atenuándose la escisión objeto bueno-malo y las pulsiones libidinales y hostiles se dirigen hacia el mismo objeto. La angustia llamada depresiva refiere al peligro fantaseado de destruir y perder a la madre a consecuencia del sadismo del sujeto. El bebé teme haber dañado con su odio hacia el objeto malo, al objeto total; la culpa y temor arcaico derivan en este penar depresivo. Cuando el niño llega a conocer a su madre como persona completa y se identifica con ella como persona total, real y amada, la posición depresiva se coloca en primer plano. Se forman los cimientos de la llamada pérdida del objeto amado. Sólo después de que el objeto haya sido amado como un todo, su pérdida puede ser sentida como total. Aparecen en esta nueva relación de objeto, nuevos contenidos de ansiedad y nuevos mecanismos de defensa.

Si el niño se identifica con el objeto bueno, los impulsos libidinales aumentan, desarrolla un deseo y un amor codicioso de devorar este objeto, y el mecanismo de defensa de introyección se refuerza. El bebé se siente constantemente impelido a repetir la incorporación de un objeto bueno, en parte, porque teme haberlo perdido por su canibalismo y también porque teme a sus perseguidores internalizados y necesita de un objeto bueno que lo ayude a vencerlos. Hay una fantasía de que al objeto amado puede conservarlo a salvo dentro del sujeto y los peligros internos son proyectados sobre el mundo exterior. Al mismo tiempo, por el aumento de la percepción de la realidad psíquica se da cuenta de su propia incapacidad para protegerlo contra los objetos perseguidores internalizados y contra el ello. De esta forma, todo estímulo externo o interno estará lleno de peligros mayores, objetos malos y buenos están amenazados por el ello. Cualquier acceso de odio y ansiedad puede abolir temporalmente la diferenciación objeto bueno-malo, y dar como resultado la pérdida del objeto bueno amado. Ésta tiene lugar durante la fase del desarrollo en la cual el yo realiza la transición de la incorporación parcial del objeto a la total. Es decir, cuando se pasa del pecho materno a la persona total de la madre, siendo éste el objeto amado que se pierde, estableciéndose una situación de duelo. Se producen procesos internos que posteriormente se definen como perdida de amor, que llevan a la depresión, y están determinados por la sensación del sujeto de haber fracasado en poner a salvo a su buen objeto internalizado, de no haberlo poseído. El niño llega entonces a la comprensión de su amor por un objeto bueno, total y además real, junto con un sentimiento de culpa abrumador hacia él. La identificación total con el objeto, basada en la atracción libidinal, primero hacia el pecho, después hacia toda la persona, va de la mano por su ansiedad por él (por su desintegración), con culpabilidad y remordimiento, con un sentido de responsabilidad para conservarlo intacto contra los perseguidores y el ello, y con una tristeza relacionada con la idea de una pérdida inevitable del mismo.

Tiene que darse cuenta de que el objeto amado es al mismo tiempo el odiado, y que los objetos reales y las figuras imaginarias tanto internas como externas están ligados unos con otros. Es el conocimiento inconsciente de que el odio así como el amor existe también allí, y que en cualquier momento puede llegar a dominar (la ansiedad del yo de ser arrastrado por el ello, destruyendo al objeto amado), lo que provoca el dolor, los sentimientos de culpa y desesperación que forman la base de la tristeza. La ambivalencia lograda con la separación de las imagos permite al niño pequeño obtener más confianza y fe en sus objetos reales y de éste modo, en los internalizados, determinando una confianza más estable en su bondad. El yo se sirve de la ambivalencia para refugiarse alternativamente en los objetos buenos internos y externos.

La dependencia peligrosa y torturante de sus objetos amados impulsa al yo a librarse de ellos y se busca refugio en las defensas maniacas. Lo primero que caracteriza a la manía es el sentimiento de omnipotencia, con el propósito de dominar y controlar los objetos introyectados. Negando de ésta manera el miedo que se está sintiendo y haciendo que el mecanismo de efectuar la reparación del objeto pueda llevarse a cabo. Se efectúa un dominio de los padres internalizados al tiempo que la existencia de este mundo interno es disminuida y negada. Esto permite al yo temprano afirmarse en cierto grado contra los perseguidores internos y contra la dependencia peligrosa y esclavizante de sus objetos amados y así progresar más en su desarrollo.

Comienza un surgimiento de tendencias y fantasías en relación a la reparación del objeto por todos los ataques sádicos que en fantasías regresivas anteriores ha dirigido contra dicho objeto. Se estaría dando paso a un proceso de sublimación en donde el objeto amado está en trozos y tiene que haber un esfuerzo en unirlos. Para Klein (1990) “es un objeto perfecto que está en pedazos, así la reparación presupone la necesidad de embellecerlo y perfeccionarlo”. (p. 276)

Tras experiencias de gratificación en el vínculo madre-bebé, y la puesta en marcha de las diferentes defensas, éste último puede ir logrando la unificación de los objetos parciales e incorporarlo como un todo, de ésta manera, el objeto amado es introyectado en forma estable y aseguradora. La persona total de la madre puede ser percibida, tomada como objeto pulsional e introyectada.

Si no hay una internalización del objeto amado el niño entrará en un estado depresivo. En palabras de Klein (1990), “cuanto en mayor grado pueda el niño desarrollar una feliz afinidad con su madre real, en mayor grado podrá vencer la posición depresiva” (p. 293). Todo depende de cómo encuentre la salida del conflicto entre el amor y el incontrolable odio y sadismo. Todas las alegrías que el niño vive a través de su relación con la madre, son pruebas para él de que los objetos amados dentro y fuera de su cuerpo, no están dañados y no se transformarán en personas vengadoras. El aumento del amor y confianza y la diminución de los temores a través de las experiencias felices, ayuda al niño a vencer su depresión y sentimiento de pérdida (duelo). Al sentirse amado, se fortalece su confianza en su propia bondad, así como en la de las personas que lo rodean. De esta forma aumenta su esperanza de que sus objetos buenos y su propio yo puedan salvarse y preservarse, al tiempo que disminuye la ambivalencia y sus temores a la destrucción de su mundo interno.

La autora plantea una influencia directa de éstos primeros procesos de introyección sobre el desarrollo tanto normal como patológico. Considera que aún los primeros objetos incorporados forman la base del superyó e influyen en su estructura. En términos de la severidad del superyó del melancólico, Klein manifiesta que únicamente observando la relación compleja del yo con sus objetos malos fantaseados así como los objetos buenos, y observando el cuadro completo de la situación interna se podrá comprender la esclavitud a que se somete el yo cuando obedece a las exhortaciones y exigencias extremadamente crueles de su objeto amado erigido dentro de él. Los aspectos buenos del objeto amoroso (representación elaborada de las figuras paternas) son introyectados en el superyó. Los aspectos malos, en cambio, son incorporados al Yo, que se convierte así en "víctima de las tendencias sádicas que emanan del Super- Yo (…); el Yo (cuando se completa el castigo) experimenta un gran alivio y con gran alegría se confunde con el "objeto bueno" (Rado, 1928)” (Avila, 1990, p.46)

El cómo se transite estas primeras experiencias propias del desarrollo determinará ciertas fortalezas o debilidades frente a circunstancias de la vida. Cada nuevo duelo reactiva los duelos anteriores y el éxito o fracaso depende de la adecuada elaboración o no, de la posición depresiva.

La autora ha descubierto tanto en niños como en adultos que sufren depresiones, el miedo de albergar objetos moribundos o muertos (especialmente los padres) dentro de ellos, y una identificación con los objetos en esta situación.

Continuando esta línea de pensamiento encontramos a Baranger, W quien plantea una estructura objetal particular que interviene en los estados depresivos (no excluyente) donde el objeto es vivenciado a medias entre muerto y vivo. La génesis de la depresión parece haberse focalizado alrededor del objeto muerto-vivo, ocupando éste un lugar de primera importancia en el mundo inconsciente. Es una estructura rígida y el yo presenta dificultades para asimilarla. Establece como hipótesis que en toda condición psicopatológica existe un duelo mal hecho. En los estados de la serie depresiva el proceso del duelo no puede llevarse a cabo y el sujeto queda, en forma más o menos encubierta, atado a un objeto que no puede ni revivir ni morir del todo, vive sometido a un objeto muerto-vivo.

La estructura objetal puede presentarse en diferentes variantes. Ante la pérdida de un ser querido el muerto sigue existiendo como persona separada, ejerciendo *funciones de vigilancia* y, a veces, de salvación del sujeto, puede adquirir *funciones superyoicas*; malas acciones del sujeto le pueden ocasionar pena, sufrimiento o suscitar su ira vengativa. Una tercera variedad del muerto-vivo está constituida por un objeto dañado o muerto por el sujeto y que ejerce sobre él una *persecución moral*.

Se estaría frente a una serie de estructuras en la cuales, en un extremo se encuentran objetos moribundos que el yo debe preservar a cualquier precio y, en el otro, se presentan objetos que originan en el yo una mezcla de angustia depresiva y de angustia paranoide. El sujeto es “habitado” por un objeto interno casi muerto, pero la única persecución que ejerce éste reside en sus exigencias para con el sujeto. Lo mantiene esclavizado y lo obliga a una actividad reparatoria estéril, ya que no alcanza nunca su propósito y siempre queda por hacer. Esta situación inconsciente determina las angustias depresivas relacionadas con los objetos exteriores, la culpa, las inhibiciones y demás defensas que encontramos en los estados depresivos. Considera que el objeto muerto-vivo es una etapa evolutiva universal en la constitución y superación de la posición depresiva infantil mediante la reparación, la discriminación, la metabolización. Es un eslabón en la tarea esencial del yo: aceptar que sus objetos se mueran.

Grinberg, por su parte, resalta que toda pérdida real o simbolizada de objeto presupone para el inconsciente la pérdida de la parte del Yo que estaba ligada al objeto. Toda relación objetal implica la coexistencia de un objeto, un aspecto del Yo y el afecto experimentado hacia él. Si en la relación con el objeto predominó la culpa y la ansiedad persecutoria, será más difícil y dolorosa la recuperación de la libido útil para el Yo. Esta persecución además se incrementa por diversos motivos; la desaparición del objeto, el abandono al sujeto; provoca sentimientos de impotencia, y empobrece al Yo. El incremento de la culpa persecutoria hace más difícil la elaboración del duelo, y el objeto es vivido como actuante y amenazante para el Yo. Sólo cuando se supera esta situación aceptando la pérdida de objeto se puede volver a utilizar la libido al servicio del Yo. Las tendencias reparatorias facilitan el establecimiento de nuevas relaciones objetales. Señala que “cuanto mejor se han elaborado los duelos de identidad del Yo y partes del Yo, mejor se elaboran los duelos por pérdida de objeto (Grinberg, 1983)” (Avila, 1990, p.51)

***La autoestima y la depresión***

Rado orienta su investigación hacia la autoestima por la fuerte demanda de gratificación narcisista del depresivo, comparándolo con el niño pequeño cuya autoestima depende directamente del amor y aprobación de los padres y no de sus logros personales. Bibring parte de la premisa de que en la depresión se da una pérdida de la autoestima debido a frustraciones de aspiraciones de tipo narcisistas y no sólo afectivas, provocando sentimientos de indefensión. Considera los estados depresivos como consecuencia de la tensión entre los ideales y la realidad. Ser valioso en el amor, ser fuerte o superior y ser bueno y amante son, todos ellos, estándares de conducta de la persona deprimida, que considera que no está a su altura. Los individuos deprimidos a menudo se ven desvalidos e impotentes. Establece que en la discrepancia entre lo que creen que deberían ser y lo que son, puede radicar la clave para entender la experiencia depresiva de estos pacientes.

Jacobson realiza una reformulación del sí mismo diferenciándolo del yo mediante la adopción de nuevos conceptos como; autorrepresentación (representación del sí mismo), autoimagen (imagen del sí mismo o representación endopsíquica) y representación objetal (representación endopsíquica de los "objetos" personas o cosas). Establece que si la autoimagen recibe una catexia libidinal se obtendrá una autoestima elevada, pero si recibe una carga de energías agresivas determinará una disminución de la autoestima conllevando a la depresión. En el desarrollo del niño habría una oscilación de libido y agresión dirigida al mismo objeto. Este proceso se prolonga hasta que el sujeto tolera la ambivalencia y la autoimagen puede recibir catexias de amor y odio, constituyéndose una representación endopsíquica estable. Si de este periodo de aprendizaje se constituye una autoimagen mal integrada, revestida de agresividad, disminuirá la autoestima y se predispondrá a la depresión. Plantea como puntos vulnerables a las; *autorrepresentaciones,* cuando por ejemplo se tiene una imagen corporal desvalorizada, el *superyó,* cuando es un mero reflejo de percepciones rígidas sobre las expectativas paternas, que le conducirá al fracaso ante la realidad. El *yo ideal*, cuanto más irreal sea la meta según las capacidades del individuo, y las *funciones críticas del yo*, cuando no tienen la madurez suficiente para discernir lo razonable de lo que no es.

Winograd plantea como núcleos que dirigen el discurso del paciente depresivo, la herida de la autoestima y las variaciones del estado de ánimo. Se enfatizan aquellas experiencias que provocaron sensaciones de desvalorización, aparición constante de personajes ofensores, descalificadores.

***Estudios sobre los mecanismos desencadenantes de la depresión***

Bemporad haciendo referencia al proceso psicodinámico que lleva a la depresión plantea como aspectos predisponentes a la misma; una limitación de las fuentes de autoestima afirmando que el sujeto tiene una necesidad patológica de dependencia. Niega todo tipo de gratificación autónoma a cambio de recibir sustento del otro, debido a que el enfermo no encuentra placer o motivos de autoestima en sus propios esfuerzos. Al carecer de estas funciones de autogratificación se siente incapaz de modificar su entorno. Por último afirma que se presenta una “incompatibilidad cognitiva de las expresiones de agresión y enfado con la primacía del afecto depresivo (Bemporad, 1978)” (Avila, 1990, p. 53)

Arieti describe el proceso por medio del cual el hecho, (sea una pérdida, fracaso del vínculo o de la meta, éxito, situación ambigua), desencadene la depresión. De acuerdo a la apreciación cognitiva que el sujeto realice del hecho, va a advertir que va a ejercer efectos desorganizantes en su vida y en su autoimagen. La configuración cognitiva dominante en el sujeto y sus correspondientes normas de vida ya no le van a ser útiles para hacer frente a la situación. “El reconocimiento de este hecho reactiva un eco lejano pero resonante del dolor padecido en la primera infancia, cuando el paciente sintió haber perdido el amor de su madre o del sustituto materno. La pérdida actual tiene así el mismo valor que tuvo la pérdida del amor de la madre (Arieti, 1978)” (Avila, 1990, pp. 52-53). Advierte que han fracasado todos los métodos que empleaba para impedir la catástrofe. Cree que los métodos que ensaya son los únicos que puede o sabe usar. Se encuentra en una situación de impotencia que le impide elaborar el dolor. La tristeza se transforma entonces en una depresión que continúa haciéndose cada vez más intensa.

Bleichmar por su parte, establece distintas vías de acceso a esta enfermedad como; depresión por acción de la agresividad, por la culpa, por trastornos narcisistas, por angustias persecutorias, por identificación, por déficit yoicos y por el efecto de la realidad externa.

Depresión por acción de la agresividad. Las distintas formas de agresividad son capaces de provocar sentimientos de desesperanza e impotencia para la realización del deseo. Indaga los efectos de la agresividad en dos áreas, cuando recae sobre el otro, ya sea en la representación que el sujeto tiene de ese otro o sobre el objeto real, y cuando la agresividad recae sobre el sujeto mismo. La agresividad sobre el otro conduce a un mundo vacío de objetos valiosos y estimulantes que mantengan el narcisismo del sujeto. La agresividad hacia la propia persona se manifiesta en una actitud de constante odio para sí mismo. En cualquier momento de frustración el sujeto se castiga y se ataca permanentemente con gran hostilidad. Se establece una inhibición del yo, conduciendo a déficit yoicos que imposibilitan la realización de sus deseos.

Depresión por acción de la culpa, los sentimientos de culpa se sostienen en una doble identidad que el sujeto atribuye a sí mismo y al otro, una representación del sujeto como infractor de mandatos superyoicos y una identificación por parte del individuo con el sufrimiento del otro. La culpa produce depresión no sólo porque haga sentir indigno al sujeto o no satisfaga una imagen ideal con la que el sujeto desea identificarse, sino también porque puede activar conductas masoquistas de sometimiento a objetos patológicos que hacen al sujeto impotente para la consecución de sus deseos.

Depresión por trastornos narcisistas. Esta depresión se debe a los sentimientos de frustración tras no lograr ciertas aspiraciones narcisistas. Predomina un sentimiento de vergüenza que el autor considera como angustia narcisista en la intersubjetividad. Distingue dos tipos de trastornos narcisistas; uno caracterizado por baja autoestima o incapacidad para sostener una imagen valorizada del self, en el que la depresión surge porque se siente incapaz e impotente de alcanzar el objeto de deseo o gracias a las defensas puestas en juego, como; no exposición a situaciones a las que tema o sienta vergüenza, a relacionarse con otros, etc. Y otro caracterizado por sentimientos de omnipotencia, grandiosidad y denigración hacia el objeto. En este caso la depresión sobreviene cuando se desploma tal grandiosidad que usa para negar la realidad y sus propias limitaciones.

Depresión por angustias persecutorias, estas angustias tienen como consecuencia un deterioro del funcionamiento mental como perturbación de la capacidad cognitiva, de las sublimaciones, la capacidad de expresarse y de relacionarse, que desencadena la depresión. Plantea que ésta enfermedad también ocurre por las defensas que se utilicen hacia estas angustias. Se ponen en marcha la agresividad, la evitación fóbica, los rituales obsesivos, entre otras cosas que perturban la capacidad del sujeto. Esto trae un deterioro a la representación del self y termina en la depresión.

Depresión por identificación con la impotencia de figuras significativas para el sujeto para la consecución del deseo. Se identifica con padres depresivos u otros familiares o personas que tome como referentes en su vida, lo que lleva a la organización de un carácter depresivo y una consiguiente representación del sujeto como impotente en la realización del deseo. Parafraseando el concepto de *culpa prestada* de Freud, habla de sentimiento de *impotencia y desesperanza prestada* por identificación con padres que así se sienten.

Depresión por déficit yoicos. Con frecuencia el sentimiento de impotencia para el logro de deseos se debe a un déficit de recursos yoico real. Bleichmar explica esta insuficiencia por una identificación del sujeto con los otros significativos, más precisamente con las insuficiencias reales de los padres. Nadie puede incorporar de los otros los que éstos no poseen. También lo explica por una relación simbiótica con esos otros que obturan e imposibilitan el desarrollo de recursos yoicos ya que estos no son potenciados por esa figura referente.

Depresión por efecto de la realidad externa. Refiere a aquellas situaciones en que la realidad resulta apabullante, lo que tiene un papel decisivo en los sentimientos de impotencia y desesperanza propios de la depresión. Una realidad vivida como abrumadora y que el sujeto no es capaz de soportar y elaborar.

Estas vías de acceso a la depresión que conllevan a diferentes subtipos, se articulan de dos maneras; como serie complementaria donde es provocada por varios factores simultáneamente, y como serie secuencial en donde una modalidad produce efectos en las otras activándolas o desactivándolas, puede tener efectos con la anterior o con la que le sigue.

***La depresión y la clínica psicoanalítica actual.***

En esta última sección se presentarán algunos autores contemporáneos como Blatt, S. Bleichmar, H. Winograd, B. y Hornstein, L., haciendo mención de algunos de sus aportes pertinentes al tema trabajado.

*Configuraciones psicopatológicas de Blatt*

Distingue dos tipos de configuraciones psicopatológicas de la depresión. Una configuración anaclítica si la perturbación está vinculada a lo interpersonal, a problemas en las relaciones con los demás, y una configuración introyectiva si la perturbación es a nivel de la autodefinición, autocontrol y autovaloración. La primera enfocada primariamente en cuestiones interpersonales como la dependencia, la indefensión y sentimientos de pérdida y abandono, vinculada a la fase oral, y el segundo tipo, derivada de un superyó severo y punitivo, una depresión enfocada en la autocrítica, preocupación sobre la valoración personal, y sentimientos de fracaso y culpa.

* Depresión anaclítica o dependiente:

Se caracteriza por sentimientos de soledad, indefensión y debilidad. Las personas que pasan por esta situación tienen intensos miedos de ser abandonadas y dejadas sin protección y cuidado y anhelan ser amadas y protegidas. El individuo no pudo internalizar experiencias gratificantes de quienes le brindaran cuidados y satisfacción y de esta manera valora primariamente cualquier tipo de relación por el confort inmediato, el cuidado y la satisfacción dada.

La separación de otros y la pérdida de objeto genera un miedo y aprensión considerable y son a menudo enfrentadas de forma primitiva como la negación y/o la búsqueda desesperada de sustitutos. Expresan su depresión mediante quejas somáticas, frecuentemente buscando el cuidado y la preocupación de los otros, incluyendo los médicos.

* Depresión introyectiva o autocrítica:

Se caracteriza por sentimientos de falta de valía, inferioridad, fracaso y culpa. Se someten a una autoevaluación constante y temen profundamente ser criticados o desaprobados por los otros significativos. Hay una lucha constante por una perfección excesiva y una búsqueda incesante de logros, por lo que pueden ser muy competitivos. Cuando obtienen sus logros la gratificación no perdura. Mediante la sobrecompensación, tratan de lograr y mantener la aprobación y el reconocimiento.

Esta depresión enfocada en problemas de autovaloración, autoestima, fracaso y culpa, es particularmente insidiosa y hay grandes riesgos de que presenten intentos suicidas.

Este superyó, severo, punitivo puede ser una fuerza conductora para el logro, pero también puede derivar en que los logros sean seguidos por una satisfacción escasa e implicar una marcada vulnerabilidad a experiencias de fracaso y crítica, poseyendo una susceptibilidad incrementada a la depresión y suicidio. Debido a la necesidad de mantener una imagen personal y pública de fuerza y perfección, estos individuos están constantemente tratando de ponerse a prueba, están siempre en evaluación, se sienten vulnerables a cualquier implicación de fracaso o crítica y a menudo son incapaces de recurrir a otros, incluso al más cercano de sus confidentes, por ayuda o para compartir su angustia. (Freud, 1914, 1923) (Blatt, 1996, pp. 16-17).

Mientras que la depresión anaclítica sobreviene por temor a la pérdida de objeto, por rechazo o desaprobación de los demás, la depresión introyectiva, se produce por el temor al fracaso o por no lograr ciertos objetivos, en donde la culpa y los autorreproches tienen un lugar importante.

Desde éstas concepciones no se describen tanto los síntomas como puede ser desde los diferentes manuales de Psiquiatría, sino que se manifiestan los conflictos inconscientes inmersos en esta problemática, los mecanismos de defensa que intervienen, la estructura del carácter. Resalta el valor de considerar las diferentes formas de psicopatología no como series de síntomas manifiestos, sino como perturbaciones derivadas de trastornos de la interacción dialéctica normal de dos líneas de desarrollo, el desarrollo de relaciones vinculares mutuamente satisfactorias y recíprocas y el desarrollo de un sentido de sí mismo realista, esencialmente positivo, diferenciado e integrado.

En cuanto al tratamiento los individuos excesivamente preocupados por cuestiones de autodefinición y autovaloración (pacientes introyectivos), tienen usualmente los recursos intelectuales y las capacidades de autorreflexión necesarias para involucrarse constructivamente en un tratamiento psicoanalítico intensivo a largo plazo, para permitirles establecer una relación terapéutica y comenzar a cambiar las enraizadas representaciones mentales negativas de sí mismo y otros.

*Enfoque Modular-Transformacional de Hugo Bleichmar*

Además de las vías de acceso a la depresión que se presentaron anteriormente, se hará a continuación una presentación de este enfoque trabajado por el autor, con el fin de vislumbrar la génesis de esta enfermedad, el modo de comprenderla y su abordaje.

Influido por Fodor, y siguiendo el principio de modularidad cerebral, Bleichmar elabora un modelo clínico que concibe al psiquismo funcionando por diferentes módulos, genéticamente independientes, cada uno con sus propiedades y diversos procesamientos. Cada módulo es concebido como una base de datos específica que procesa ciertos estímulos y deja de lado otros.

El beneficio de concebir al psiquismo en términos de modularidad es que concibe un funcionamiento que no depende de principios uniformes que trascenderían a todas las partes, sino a la articulación compleja de sistemas de componentes, cada uno de ellos con su propia estructura, sus contenidos, sus leyes de funcionamiento.

El proceso transformacional se va dando por diferentes encadenamientos entre los módulos, influyendo los unos sobre otros. Describe un aparato psíquico complejo con múltiples modalidades operatorias y tipos de articulación.

Este modelo permite abrir nuevas perspectivas en el estudio de los procesos que intervienen en la génesis de los trastornos psíquicos y al modo de considerarlos en la clínica.

Desde Morin, Bleichmar aplica a la psicopatología el pensamiento complejo, buscando la génesis de los trastornos mentales pensando en múltiples componentes en permanente proceso de articulación. Se trata de tomar los diferentes módulos o sistemas motivacionales en su interjuego permanente entre ellos mismos, con el resto de las dimensionesdel psiquismo, con los niveles neurofisiológicos del sujeto y con los diferentes tipos de vínculo que el sujeto va estableciendo.

Lo fundamental para establecer la verdadera importancia de este modelo es que permite un desarrollo armónico entre la *teoría del trastorno*, es decir, cómo se produce el trastorno; la *teoría la cura,* es decir, cómo se produce el cambio psíquico; y una *teoría de la técnica,* es decir, cuáles son los instrumentos técnicos específicos a utilizar en cada caso para conseguir el cambio que se pretende. (Méndez, s.f. p.5)

Este modelo psicopatológico tiene como objetivo llegar a conocer los componentes y las dimensiones de análisis que definen y dan lugar a cada estructura psicopatológica. Trata de responder a la pregunta de; *¿Qué tipo de intervención terapéutica específica para qué tipo de configuración diagnóstica?*

Los trastornos depresivos entendidos desde este enfoque, tienen en cuenta la articulación y las múltiples combinaciones que pueden darse desde los diferentes componentes del psiquismo lo que constituye la psicopatología y la personalidad del sujeto.

Para llevar a cabo un tratamiento se tratará de que sea específico para la combinatoria de dimensiones que presente el paciente. Deberá adecuarse a la particularidad del individuo. Se hará un diagnóstico dimensional.

Frente a un cuadro psicopatológico Bleichmar, busca la articulación de los componentes, su historia generativa y las transformaciones de éstos componentes en el proceso de articulación, lo que él llama **deconstrucción**. Se delimitarán cada uno de los eslabones psíquicos del proceso, ya que la depresión es el resultado final de un proceso en el sujeto.

De ésta forma se presentarán en la clínica diferentes subtipos de trastornos depresivos según los factores psicológicos intervinientes, para los que se necesitarán tratamientos también específicos.

*Transferencia, contratransferencia y objetivos terapéuticos desde Benzión Winograd*

En cuanto la transferencia existen zonas de indiscriminación sujeto-objeto en los pacientes depresivos. Las repeticiones dramáticas con el terapeuta se relacionan con la autoestima en diferentes variantes, como la secuencia idealización-desidealización, valoración-desvaloración, ausencia-presencia, descalificación-calificación y exigencia-permisividad. Configuraciones que han marcado la historia del sujeto y pueden activarse en distintos momentos del proceso.

Considera a la constratransferencia un importante indicador de sentimientos, afectos o situaciones que no pueden acceder a los canales discursivos lingüísticos debido a interferencias, inhibiciones, represiones o falta de registro. Para trabajar su decodificación el analista debe tener en cuenta que los pacientes depresivos tienen una especial sensibilidad a los tonos y a cualquier sistema que pueda ser entendido en términos de calificación-descalificacion. Hay una acentuada atención a las expresiones extra verbales más que al contenido conceptual de las interpretaciones.

Establece como objetivos terapéuticos restituir o buscar la generación de una autoestima saludable, productiva y creativa. Conlleva en primer lugar a examinar, trabajar y procesar aquellos factores que actuaron en la representación insuficiente de sí. También considera de relevancia para la estimulación de la autoestima los desempeños cotidianos del sujeto, su vida afectiva, sus expresiones vinculares, la relación con su cuerpo y con los otros significativos. Se adhiere a la propuesta kohutiana de encontrar en el clima relacional una valoración del sujeto que pueda desembocar en el cambio de la relación interna con su self nuclear. Se desidentificarán los códigos enfermantes que se han ido construyendo en la historia relacional.

*Contribuciones de Luis Hornstein para la comprensión y tratamiento de la depresión*

“Las aspiraciones acerca de lo que se debe ser y tener (ideal del yo) y acerca de lo que no se debe hacer (conciencia moral) superyó, están conformadas por las aspiraciones parentales y sus sustitutos”. (Hornstein, 2003, p.205)

Establece que para entender esta patología se debe indagar la relación entre el yo y dichas aspiraciones (superyó-ideal del yo). El ideal del yo se presenta como el depositario de la omnipotencia narcisista original y en la medida en la que el yo se acerque a ese ideal se investirá narcisisticamente. Cuando existe una distancia entre el yo y las aspiraciones narcisistas, éste se verá empobrecido por la puesta en marcha excesiva de las defensas y no podrá lograr transacciones satisfactorias viéndose alterado el sentimiento de estima de sí, característico de la depresión. Como mecanismo compensatorio el depresivo se alimenta por el objeto, perderlo es transformar al yo, desvalorizarlo, desestructurarlo. La presencia de este objeto completa funciones y compensa déficit, aminorando la angustia que provoca la pérdida de amor del superyó.

Mientras en el duelo el mundo es sentido pobre y vacío, en la depresión es el mismo yo el que se percibe así. Tras la pérdida del objeto, el sujeto revive la indefensión infantil, el objeto amenaza al yo, ya no está a su disposición.

Propone como meta en el proceso terapéutico que “el analizando logre conjugar de otra manera los verbos *ser* (registro identificatorio), y *tener*, (registro objetal). (Hornstein, 2006, p. 186). Se trata de posibilitar simbolizaciones estructurantes.

Siguiendo los postulados freudianos plantea como objetivos terapéuticos;

* Aportar auxilio al yo neurótico que no puede cumplir lo que la sociedad le impone.
* Lograr que se le transfiera la autoridad del superyó que inhibe su actividad con sus rigurosas prohibiciones.
* Alentarlo a aceptar la lucha de cada exigencia del ello, el que consume la energía del analizando en sus inútiles intentos por defenderse. Sus continuas invasiones daña la organización del individuo.
* Ayudarlo a vencer las resistencias.
* Restablecer el orden del yo pesquisando contenidos y aspiraciones del inconsciente.
* Servir en diferentes funciones: autoridad y sustituto de los progenitores, maestro y educador.
* Mudar en preconsciente lo reprimido, reintegrando al yo lo que le es propio. Perdiendo sentido las inhibiciones, las defensas, las angustias, los síntomas y todo aquello a lo que el analizando se veía obligado a recurrir.
* Hacer consciente lo inconsciente
* Resolver fijaciones desplazando afectos desde objetos y situaciones del pasado hacia la vida actual.
* Rellenar lagunas mnémicas
* Cambiar repetición por el recuerdo y la reelaboración, elaborar el duelo por el mundo infantil e investir el presente y el futuro.
* Pasar de la introversión a la fantasía, la retracción narcisista y la fijación al interés sobre los otros reales.
* Del duelo patológico a las nuevas relaciones
* De Tánatos a Eros
* “Donde ello era, yo debo devenir”

Será esencial para el autor crear un *ambiente de sostén* en la clínica de las depresiones, donde se edifiquen nuevas estructuras retomando el curso psíquico interrumpido por traumas tempranos. La carencia de cuidados básicos en estos primeros momentos es paliada al reproducirse en la terapia estados y sensaciones infantiles. Pero establece que no se trata solo de un desarrollo detenido sino de la producción de una historia. Se exige del analista una interpretación del pasado al tiempo que un descubrimiento y producción de otros modos de relacionamiento. El “desarrollo supone el despliegue de lo ya presente. Historia apunta a permanencia y cambio (sólo pensable desde la aceptación de lo nuevo)”. (Hornstein, 2006, p.189)

Sostiene que los pacientes depresivos requieren innovación, junto con el analista se deben lograr experiencias que le faltaron en sus primeros vínculos, plenos de temor y desilusión. “El depresivo reactiva necesidades para las que no encontró respuesta en las interacciones primordiales (Kohut)” (Hornstein, 2006, p. 206)

“El proceso analítico aspira a que el analizando acepte la singularidad de su historia y descubra que sus encuentros actuales están influidos por los privilegios que se conceden a tal o cual rasgo del objeto, referencia identificatoria o compensación narcisista”. (Hornstein, 2006, p. 203)

***Conclusiones***

El propósito de las líneas previas ha sido vislumbrar de manera sucinta y sin pretensiones de ser exhaustiva, los acercamientos que ha tenido el Psicoanálisis hacia la depresión. Se han encontrado en los diferentes desarrollos teóricos, acuerdos y desacuerdos, aspectos inconclusos, lo que ha dado a un enriquecimiento hacia la comprensión de esta patología. Acuerdos que refuerzan teorías y desacuerdos y aspectos inconclusos que inspiran a profundizar, a seguir investigando, abriendo a nuevas interrogantes.

En esta construcción de la depresión desde un encuadre psicoanalítico y tras la lectura de los diferentes aportes teóricos, se puede observar lo trascendental de una mirada diferente, una mirada desde *procesos.* La depresión como una configuración psicopatológica que se va construyendo desde los tiempos más arcaicos del desarrollo. Allí en los primeros vínculos, en las primeras introyecciones de los otros, en las imagos internas de esos otros, se encuentran los cimientos sobre los que se erguirían un desarrollo normal o una condición patológica.

Del cómo se transite esas experiencias tempranas dependerá las fortalezas o vulnerabilidades hacia los avatares de la vida. Cuando se introyectan figuras que fueron gratificantes, que dieron seguridad y brindaron catexias libidinales, se estaría en una situación de fortaleza, en cambio, cuando se introyectan experiencias frustrantes, predominando los objetos perseguidores tan temidos e invade la angustia, se carece de sostén, quedan huecos, puntos vulnerables. Se tendría un disposición enfermiza (véase p. 4) y ante las pérdidas que se transcurren en la vida se entraría en un estado melancólico. Un estado de castigo hacia sí mismo, tratándose como se trataría a ese objeto malvado que abandonó al sujeto. Un estado de desvitalización, donde nada lo gratifica, ningún deseo se satisface ya que todos los anhelos y motivaciones estaban puestos en ese objeto que se perdió y al que se está fijado. Sólo ese objeto podría gratificar, saciar, pero este ya no existe más, habría un deseo irrealizable. El sí mismo comienza a ser percibido como vacío, muerto, muy lejos de lo que se querría ser, y en este vivir sin vida transcurre el penar depresivo, la tristeza que invade, que paraliza.

Tras estos procesamientos, estos módulos (véase p.19) que fueron complementándose, encadenándose, se estaría ahora ante una determinada configuración psicopatológica, un subtipo de depresión, en la que el terapeuta debe hacer una deconstrucción con la que pueda dilucidar el camino que el paciente atravesó para llegar a tal.

Llegando a esta comprensión de la situación, se buscará en la clínica revivir en los procesos trasnferenciales-contratrasnferenciales (y todo lo que pueda acontecer en un encuadre clínico) aquellas experiencias tempranas en las que no se lograron experiencias gratificantes. Con el propósito de encontrar ahora en la figura del analista el sostén y apoyo necesario para la consecución de experiencias inéditas del sujeto hasta ese momento. Construir una historia diferente, aspirando a llenar esos espacios vacíos que hacen vulnerables, recorrer un nuevo camino reelaborando la historia previa del paciente.

***Referencias bibliográficas***

Acevedo de Mendilaharsu, S. y Mendilaharsu, C. (1987). Melancolía y depresión*. Revista uruguaya de psicoanálisis*, (En línea) (66). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719876603.pdf>

Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión*. Anales de psicología,* 6 (1), 37-58. Recuperado de <http://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf>

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4° Ed. T.R). Barcelona: Masson

Baranger, W. (1961-1962). El muerto-vivo estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (En línea), (IV 04). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/1688724719611962040402.pdf>

Baranger, W. (1976). *Posición y objeto en la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Kargieman

Bernardi, R., Bouza de Suaya, G. y Morató, R*.* (2000).La depresión vista desde diferentes perspectivas*.* En: *Depresión* (pp. 31-40).Montevideo: Cuaderno de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.

Blatt, S. (1996). *Contribuciones del psicoanálisis al entendimiento y tratamiento* *de la depresión.* Recuperado de <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Blatt_t.pdf>

Blatt, S. (2003). Comentarios a algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico*.* *Aperturas psicoanalíticas*, (014).Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000246&a=Comentarios-a-Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>

Blatt, S., Wernick, P. y Goldschmidt, J. (2007). Experiencias de depresión. *Aperturas psicoanalíticas,* (025). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000433>

Bleichmar, H. (1988). *La depresión: Un estudio psicoanalítico.* Buenos Aires: Paidós

Bleichmar, H. (1997). *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós

Bleichmar, H. (2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico*. Aperturas psicoanalíticas*, (014).Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=245&a=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>

Cabrales, J. (2006). *El abordaje de la depresión desde distintos* *marcos conceptuales psicológicos.* Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/abordaje-depresion-psicologia/abordaje-depresion-psicologia.pdf>

Cancrini, L. (2006). *La depresión en psicoterapia.* Recuperado de [http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/Depresi%F3n\_en\_Psicoterapia-\_Cancrini.pdf](http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/Depresi%EF%BF%BDn_en_Psicoterapia-_Cancrini.pdf)

Depresión: la epidemia del siglo XXI. (2014). Recuperado 30 de julio de 2014, a partir de [http://www.teledoce.com/programas/calidaddevida/47684\_Depresion:-la-epidemia-del\_siglo\_XXI](http://www.teledoce.com/programas/calidaddevida/47684_Depresion%3A-la-epidemia-del_siglo_XXI)

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Ferrer, J. (2010). Experiencia de acabamiento del pasado y pulsos vitales del sujeto. Aproximación fenomenológica al psicoanálisis de la depresión melancólica. *Diánoia*, (64), (Vol LV, pp. 127–152). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/dianoia/v55n64/v55n64a6.pdf>

Freud, S. (1914). Introducción al narcicismo*.* En: *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 67-98). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía*.* En: *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 241-252). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1923). El yo y el ello*.* En: *Obras completas* (Vol. XIX, pp. 3-66). Buenos Aires: Amorrortu

Gabbard, G y Bennett, T. (2004). *Psicoterapia psicodinámica de la depresión.* Recuperado de <http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdffiles/Gabbard-Tr.Psiquiatricos/25.GABBARD_417_422.pdf>

Grinberg, L. (1976). *Culpa y depresión.* Buenos Aires: Paidós

Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, (48) 3. Recuperado de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/6-FENOMENOLOGIA.pdf>

Hornstein, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica.* Buenos Aires: Paidós

Hornstein, L. (2006)*. Las depresiones. Afectos y humores del vivir.* Buenos Aires: Paidós

Jacobson, E. (1990). *Depresión: estudios comparativos de condiciones normales, neuróticas y psicóticas.* Buenos Aires: Amorrortu

Jiménez, J. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: Una visión crítica integrada. *Aperturas psicoanalíticas*, (013). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000228&a=El-tratamiento-psicoterapeutico-de-la-depresion-una-vision-critica-integrada>

Klein, M. (1990). *Amor, culpa y reparación*. Buenos Aires: Paidos

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidos.

Méndez, J. (s.f.). *La comprensión de los trastornos depresivos desde el enfoque Modular-Transformacional: El diagnóstico dimensional y las intervenciones* *psicoterapéuticas específicas de los diferentes cuadros depresivos.* Recuperado de <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Enfoque.pdf>

Méndez, J. y Fernández, J. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional.* *Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de <http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/_Resena_Bleichmar.pdf>

Navas, W. y Vargas, M. (2012). Abordaje de la depresión: Intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26 (2):19-35. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2012). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Paciuk, S. (1998). Duelos depresivos y duelos reparatorios*.* *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (En línea) (88). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>

Villalba, L. (2010). Tratamiento de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 74(2), 169-178.* Recuperado de <http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/09_villalba.pdf>

Winograd, B. (2005). *Depresión: ¿enfermedad o crisis? Una perspectiva psicoanalítica.* Buenos Aires: Paidós

Winograd, B. (2006). Qué contribuciones relevantes aportaron los psicoanalistas para la comprensión y tratamiento de las depresiones. *Aperturas psicoanalíticas*, (022). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=373&a=Que-contribuciones-relevantes-aportaron-los-psicoanlistas-a-la-comprension-y-tratamiento-de-las-depresiones>