

LA DEPRESIÓN EN PSICOTERAPIA

Luigi Cancrini

Transcripción Javier Ortega

1. INTRODUCCIÓN

Creo que hay pocas palabras como la palabra *depresión* que se empleen, tanto en psicoterapia como en psiquiatría o en psicoanálisis, con significados tan diferentes. Por ejemplo, en psicoterapia psicoanalítica se entiende por *depresivo* un estadio de maduración. La *depresión integrativa* de M. Klein es un pasaje necesario en la elaboración de la persona que hace psicoanálisis. En la teorización de la organización de decisiones durante la semana, los cinco días con su interrupción por el fin de semana es una fantasía con la cual se insiste en el hecho de que toda persona que entra en análisis tiene que experimentar la depresión del abandono como momento de pasaje necesario para comprender qué sucede en el interior de sí mismo. Así, depresión integrativa es un concepto importante para muchos que trabajan con un estilo psicodinámico; y es un término positivo: conciencia de los límites, madurez, elaboración del duelo. Son conceptos ligados a esta idea de depresión.

Por contra, hay en el lenguaje psiquiátrico una idea de *la depresión como enfermedad*. Hay todavía muchos psiquiatras que piensan en estos términos. La depresión es una enfermedad. Esta idea está en la base de una ofensiva de la industria farmacéutica, muy poderosa en estos momentos. En estos últimos años, las ventas de los antidepresivos han ido incrementándose constantemente. Y ahora ya han entrado en el circuito de los médicos de familia y de la automedicación de los enfermos de depresión. Hay teorías de la depresión entendida como enfermedad parecida a la diabetes, como si hubiera una falta de serotonina, un error en el metabolismo, orgánicamente determinado. Se puede empezar a verlo cuando el niño tiene siete u ocho años y ha de estar luego bajo control de por vida. Esta es una visión opuesta a la de la depresión integrativa.

La misma depresión, en su sentido clínico, resulta muy difícil de definir exactamente. Por ejemplo, el drogodependiente o el alcohólico son personas cuya organización personal está asentada sobre elementos profundos de depresión, pero su depresión está enmascarada por el empleo de drogas. Y así no son definidos en el sentido clínico, pero en la relación con ellos se puede observar que detrás de esta máscara hay una depresión importante.

Otra distinción difícil de trazar es la que existe entre la depresión y el duelo. Para el sentido común, si una persona llora porque ha perdido a un ser querido, esto puede ser interpretado como depresión.

Nosotros somos psicoterapeutas, que es una categoría difícil de percibir, aunque existe; y tenemos que definir de alguna manera la depresión desde una perspectiva clínica.

Para mí, la definición más útil de depresión es la de **un duelo que no está expresado. Cuando un duelo no se expresa con palabras en una relación interpersonal significativa, el duelo está en la persona y se manifiesta con los**

síntomas característicos del estado depresivo. Tenemos que hacer como un duelo, y un duelo que no puede ser elaborado en la relación.

Hay muchos antecedentes literarios de esta idea. Por ejemplo, en la novela de Thomas Mann *Los Buddenbrook*. En ella hay un personaje que se llama Tonia que, según el autor, está siempre defendida de la depresión porque habla continuamente, porque se desahoga. Este es, para Thomas Mann, el secreto de su equilibrio.

En Shakespeare, en su tragedia *Macbeth*, hay un hombre que se ha enterado del asesinato de su mujer y sus hijos. Su amigo le dice: *da palabras a tu dolor*. Porque esto es lo único que le puede proteger.

En un cuento de Chéjov, titulado *Soledad*, hay un cochero que empieza a hablar con un cliente que no tiene ganas de escuchar la historia de su hijo, que ha muerto. Y cuando el cliente se va, empieza a hablar con su caballo. Esta es la necesidad de hablar con cualquiera, y puede ser cumplida incluso por un animal muy querido.

Los ejemplos se podrían multiplicar, pero la idea es esa definición que he dado y que me parece útil: podemos siempre ligar la depresión a un duelo no expresado. Esta es una hipótesis. **La manifestación de una depresión debería ligarse a un hecho de la vida que ha irrumpido y roto un equilibrio anterior.** La depresión no es una enfermedad, sino un síntoma o un conjunto de síntomas que señalan que algo no va bien.

Las características más comunes son:

- La dificultad de expresarse se manifiesta con una actitud de rechazo, de dificultad interpersonal, también frente al terapeuta.
- Frecuentemente, el paciente que está deprimido no está preparado para hablar. No es fácil que hable.
- El paciente está encerrado en sí mismo.
- Puede tener dificultad para responder a las preguntas que le hacemos.
- El paciente está bloqueado.

Vamos a ver ahora algunos ejemplos clínicos

2. PRIMER CASO

El primer ejemplo es el de **la depresión aparentemente ligada a un trauma parcialmente expresado.**

Es una chica adolescente, atractiva. Su novio la ha abandonado de repente, de manera muy dramática, y ella ha caído en una depresión. Ya ha tenido relación con algunos psiquiatras y ha seguido diversas terapias farmacológicas, pero no han funcionado.

Hace tres meses que ocurrió este suceso, pero ella sigue demasiado bloqueada y se pasa los días encerrada en casa. Acude a la consulta con su madre y es capaz de

hablar de esta ruptura, repitiendo los pasajes de este abandono. Pero, después de un rato, pregunta si puede hablar sin que su madre esté presente. La madre sale de la consulta y ella comienza a hablar de otra cosa. Esta chica abortó unos meses antes de la ruptura. Ella no quería abortar, pero el novio acabó convenciéndola. Ahora, toda su dificultad está ligada, precisamente, a sentimientos de culpabilidad. Ella se ve con un niño que no ha podido tener y piensa en la locura que ha hecho. Pero esto no se puede decir en casa. La madre no lo sabe. Hay circunstancias complejas, familiares, que le impiden decirlo.

Aquí se ve que la depresión ligada a lo que se puede decir ya ha sido dicha; pero hay otras cosas que no se podían decir. Y esto es como la cola de una depresión que no se podía elaborar del todo. Hay cosas que ella no ha podido expresar completamente en su casa.

A veces, la depresión ligada a un evento no puede ser aceptada ni expresada totalmente. Ocurre así en la historia de un chico de Florencia que tenía hemofilia y que a los quince años se contagió de SIDA con una transfusión. Siempre había vivido con mucho cuidado, una vida muy retirada, con una familia que había estado protegiéndolo constantemente. Pero a los quince años se produce una ruptura en su comportamiento. Se marcha de casa y comienza a inyectarse heroína. Fue un cambio brutal.

Pienso que aquí hay una imposibilidad de aceptar lo que le había ocurrido. Quería no pensar.

Muchas drogadicciones dramáticas son formas de encubrir situaciones de duelo que no han podido expresarse. Situaciones que no son aceptables y no pueden ser elaboradas por el sujeto.

En estas situaciones no es difícil hacer una terapia. El terapeuta necesita tan sólo construir una relación empática con estas personas, y no hay técnicas especialmente difíciles para trabajar con ello. Un modelo lo tenemos en los estudios de **Bowlby**, que se centran sobre todo en duelo de niños, de adolescentes... Hay un estudio de este autor muy interesante sobre esta terapia de escucha.

3. SEGUNDO CASO

El segundo caso que voy a introducir es un caso un poco más difícil. Es el caso de un hombre de cincuenta años, que viene a consulta desde una pequeña ciudad cercana a Roma. Es funcionario de un ministerio y está deprimido de una manera que podríamos considerar clásica. Describe sus síntomas con mucho cuidado y precisión. Dice que no duerme bien, se despierta temprano y sus ocupaciones, que antes le parecían interesantes, le dejan ahora vacío. Ya nada parece llenarle. No come a gusto ni siente deseo hacia su esposa. Él describe muy bien aquella época en su trabajo en que, cuando alguna persona con menos experiencia le pedía ayuda, él se la brindaba; mientras que ahora esta misma cosa le molesta profundamente y siente grandes deseos de acabar su jornada laboral y volverse a casa para dormir, aunque luego no descansa. Esta descripción que hace de su vida es muy triste.

Empezamos con su mujer en una terapia de pareja, para intentar ver si hubo algunos hechos que le hayan llevado a esta situación, pero durante dos sesiones nada aparece. Él dice que nada ha sucedido para encontrarse así. En esas dos sesiones se

insiste con el fin de comprender mejor si hay relaciones entre hechos importantes de su vida y su estado actual. Yo sentía que él no me lo decía todo. Y en la tercera sesión, su mujer le espeta de repente: *¡Venga! ¡Habla de una vez, porque tenemos que hablar!* Y así aparece el secreto de este hombre. Y el secreto es que su padre, hace algún tiempo, en la casa, ha molestado a la hija de esta pareja. La mujer, debido a esto, ha echado al suegro de la casa.

El esposo se encuentra en una situación muy difícil. Siente hacia su padre una enorme gratitud, pero comprende que no puede justificarlo delante de su mujer y de su hija. Lo visita una vez por semana, sin ellas, y no vuelve a hablar de este asunto. Dice que está viejo y que lo ocurrido sucedió por esa vejez del padre. La mujer está enfadada y surgen pronto otras historias familiares.

Cuando se habla de esto y se produce esta pelea en la pareja, lo que sucede es que estamos ante un conflicto difícil y para el que resulta necesaria la terapia, pero lo que ha desaparecido es el síndrome depresivo. La depresión desaparece y ahora lo que hay es un cuadro de crisis.

Esta historia me ha impresionado mucho porque, después de dos sesiones inútiles, yo había empezado a pensar que tal vez estaba equivocado y que existía la depresión como enfermedad, tal como dicen los psiquiatras. Él tenía unas enormes defensas sobre este asunto. Y si no hubiera estado la mujer presente habría sido muy difícil sacar esto a la luz. Ha sido la presencia de la pareja lo que nos ha permitido expresarlo todo.

Anteriormente, él había acudido a otros psiquiatras, que le habían prescrito antidepresivos, pero su situación no mejoraba más que de modo parcial. Seguía teniendo oscilaciones de ánimo. A veces estaba algo más animado y, otras, se hundía en la tristeza.

Ahora, entre los psiquiatras y los terapeutas, nos encontramos en una situación en que hay una diferencia esencial en el abordaje. Un psicoterapeuta tendría que hacer una investigación fuerte y sostenida de acontecimientos dramáticos que pueden ser muy importantes en la vida de los pacientes; mientras que el abordaje psiquiátrico farmacológico es muy diferente, centrado sobre la escala de Hamilton y las puntuaciones de síntomas somáticos, físicos... Es una exploración sobre el *manifestarse actual* de síndrome depresivo, que ayuda a clasificarlo como más o menos grave.... Los psiquiatras, actualmente, se encuentran interesados por las oscilaciones del ánimo... Si un psiquiatra os preguntara en este instante si en vuestra vida hay momentos de euforia y momentos de tristeza, le tendrías que contestar que sí. Creo que no hay nadie que pueda decir que no es así. Y ser llamado *bipolar* por esto es un poco curioso...; pero esto explica la multiplicación de bipolares que hay en la estadística. Todos son bipolares. Yo mismo o cualquiera de vosotros sería un bipolar.

No siempre hay una clara conciencia de los problemas por los cuales estamos tristes, o por los que uno se siente bien. No siempre son claros para la propia conciencia de quien los vive. A veces, son los amigos quienes lo observan mejor. Pero siempre hay una necesidad de explorar con mucho cuidado lo que ocurre en las situaciones que nos llevan a la depresión.

Aquí, en este hombre del caso, había un hecho dramático muy claro, un conflicto del cual él no podía hablar, porque tenía miedo de las consecuencias que le podía acarrear esto.

En otras situaciones, el conflicto está más alejado de la conciencia del sujeto que lo vive.

4. TERCER CASO

Una mujer de treinta años lleva deprimida dos años. Ha sufrido la misma secuencia de psiquiatras, antidepresivos, mejoras breves de dos meses y recaídas posteriores. Ella viene a consulta con su madre y empieza a hablar mucho de los síntomas. Cuando habla de su historia, nos dice que pronto se quedó huérfana de padre y la madre tuvo que sacrificarse mucho para que su hija estudiara. Se ha licenciado finalmente y enseña en una escuela. La madre siempre ha centrado toda su vida, su interés, sus esperanzas y sueños de futuros sobre esta hija, quien siempre ha respondido muy bien. Pero cuando empieza a trabajar aparecen dificultades imprevistas, enamorándose de un hombre casado. Aquí hay una dificultad para ella, ya que se produce un conflicto entre la lealtad a su madre y a ese hombre. Decide dejar la relación y regresar a casa con su madre. Pero es como si la vida hubiera cambiado y, lentamente, ella ingresa en una depresión.

Aquí, el trabajo terapéutico ha sido de larga duración porque ha sido muy difícil para ella reconstruir estos pasajes. Esto, que así contado parece lógico, ha sido el resultado de mucho esfuerzo de reconstrucción. Un trabajo largo en el tiempo. Ella no veía bien las conexiones. Así, el conflicto, no es un conflicto dramático. No son hechos terribles, como el del padre que molesta a la nieta o el chico que enferma de SIDA. Es una cosa más sutil, un conflicto ligado a la contradicción entre diversos roles en la vida. ¿Tengo que ser la hija de mi madre por siempre?, ¿puedo ser yo misma? Es un típico conflicto de desvinculación.

Este tipo de conflicto está ligado a pasajes de la vida y no a hechos terribles. Su reconstrucción es un poco más difícil, pero lo que resulta extraordinario es la enorme fuerza de esta reconstrucción de los hechos, de la historia. Cuando la persona se reapropia de su historia, la persona tiene que confrontarse con dificultades, pero puede hacerlo. Puede hacerlo porque se ha encontrado con una escucha empática de sus problemas.

5. CUARTO CASO

A veces el problema es que la persona ha hablado del problema, pero el grupo de personas significativas para ella no le han creído.

Esto es lo que ha sucedido con un caso que vi hace unas pocas semanas. El caso de una niña de nueve años que ha sido molestada por un vecino de casa. Este vecino de casa es el propietario de todo el edificio. La familia de esta chica es una familia débil, personas llenas de miedo... Cuando la hija habla de estas molestias, llorando, el padre y la madre no la creen. La chica se deprime.

Es en la escuela donde se percatan de esa depresión, porque comienza a aislarse de sus compañeras, a rendir poco, a estar triste.... Se consulta a la psicóloga pero la niña no quiere hablar. Sólo llora silenciosamente. Como no explica, la psicóloga no puede hacer nada.

Tras un tiempo, en la escuela se da un tema y la chica, durante la explicación de este tema, la chica habla de este hecho y moviliza a la escuela, que denuncia la situación a los Servicios sociales. Se llama a los padres y se les cuenta lo ocurrido. La familia tiene entonces una reacción más saludable. El padre entonces reacciona y pide explicaciones al vecino, quien, de forma algo confusa, reconoce que ha habido algo, pero lo minimiza. En este punto, hay consultas con un terapeuta de familias y en la consulta, finalmente, creen a la chica. Hay una activación de los padres y denuncias y comienza un proceso judicial. Los síntomas de la depresión desaparecen. El problema era que ella no había sido creída. Es como si **el expresar el dolor sin que el otro escuche y esté empáticamente con quien habla, no sea útil. La expresión del problema sirve sólo cuando hay escucha empática.** Esto es importante para nosotros como terapeutas. Expresar sirve si hay intercambio con los otros significativos.

Estas depresiones de la infancia son muy interesantes para el terapeuta familiar, y de las más curables de manera tradicional.

6. QUINTO CASO

Otro caso curioso ocurrió en una empresa importante de telecomunicaciones, *Telecom*, que había firmado un convenio con el Instituto de neuropsiquiatría infantil... este convenio permitía hacer unas entrevistas sobre problemas infantiles y en una de ellas encontraron a dos niñas de ocho y diez años que fueron definidas como deprimidas. La neuropsiquiatría infantil estaba muy orientada a la biología y empezó a hablar de fármacos, pero la familia no quería que sus hijas los tomaran, y se fueron a una consulta con un terapeuta familiar. Precisamente un terapeuta familiar en formación.

En la consulta están el padre y la madre, y las chicas; y ocurre un hecho pequeño interesante, y el terapeuta comenta que las chicas tienen una conducta muy normal. No entiende la definición de depresivas que les han dado. La madre responde que es cierto, pero que les han explicado que *la depresión de sus hijas es muy profunda, y por eso no se ve...*

En esta situación, se encuentran con dificultades en la escuela, pero se entiende bien que ellas no han sido luego incluidas en las sesiones cuando se comprende que los padres están en un avanzado proceso de separación, que la madre vive con otro hombre y el padre con otra mujer; y las chicas están muy confundidas por esa situación de los padres. La sesión de terapia familiar fue para ellas extraordinaria, por tener la ocasión de unir durante la sesión a los padres, tal como ellas deseaban. Aquí nos encontramos con una de esas parejas que hablan de su separación de una manera excesivamente tranquila, como si no fuera un problema. Todo esto es muy confuso para estas chicas, que ven que hay una pelea fuerte pero que está oculta. Cuando se empieza a trabajar con la pareja y el esposo decide irse de casa, la terapia será durante un tiempo un apoyo a la madre para organizarse con sus hijas. Es una terapia de apoyo tras la separación. Esto era lo importante en esta depresión. La terapia de apoyo ha ido bien.

La depresión era una expresión directa de un malestar de estas chicas en esta situación.

Todos estos ejemplos nos permiten decir algunas cosas sobre la organización terapéutica.

7. LA ORGANIZACIÓN TERAPÉUTICA

La profesora pudo expresar su depresión y explicarse su propia historia en un contexto de trabajo que se llevó a cabo, en parte, con su madre, y en parte, con el terapeuta.

El funcionario pudo ser ayudado en un contexto de pareja. La chica abandonada pudo ser ayudada sólo en un contexto individual, de relación dual.

Las chicas pequeñas pudieron ser ayudadas tomando en cuenta la dimensión familiar y con sesiones de terapia familiar seguidas con otras organizaciones del *setting* y de la convocatoria.

Esto nos lleva a poner de manifiesto una modificación del estilo de terapeuta familiar sistémico. Para mí, **el terapeuta familiar sistémico tiene que ser capaz de trabajar con familias, con parejas y con individuos cuando esto sea necesario**. Para mí esto queda bastante claro si se razona sobre el concepto de **ciclo de vida**. El pensar sistémico tiene que reflejarse en la organización de la convocatoria inicial. Cuando, antes de la primera convocatoria, el grupo hace el mapa familiar y se empiezan a elaborar las hipótesis, porque a la familia no la conocemos aún y sólo tenemos idea de ella a través de la conversación telefónica, en este momento es importante decidir cuáles son los miembros de la familia que tienen que ser convocados y qué tipo de organización terapéutica vamos a usar. No siempre es bueno convocarlos a todos; aunque otras veces es bueno hacerlo así. Depende de la fase del ciclo vital en que estén los miembros de la familia.

Un ejemplo de esto puede ser una historia de un joven que se encuentra por segunda vez en análisis. Harold se halla en una curiosa situación cuando un día llega a sesión muy agitado, diciendo que le ocurren cosas que no puede decir. El analista insiste un poco, pero Harold enmudece y no colabora. Hay muchas sesiones en que Harold se encuentra bloqueado, pero un día Harold expresa el miedo de que su psicoanalista enloquezca. La pesadilla de Harold es que su psicoanalista enloquezca.

Para comprender esta pesadilla hay que ir a bucear a la historia de Harold. La madre de Harold había sido una enferma psiquiátrica, que había devenido loca en el sentido más común del término, y ahora el analista empieza a estudiar las repeticiones de la relación entre Harold y su esposa y la antigua relación con su madre. Lo interesante estriba en que la relación de Harold con su esposa es del mismo tipo que la que éste mantuvo con su madre: temor de que su mujer se vuelva loca si él se comporta de una manera más libre. Tiene la necesidad de cuidar de su mujer, como antes cuidó de su madre. Esta es la *organización de vida* de esta persona, y su depresión es fruto del cansancio ante todas estas preocupaciones. Aquí vemos lo interesante que resulta comprobar la repetición de todas estas relaciones y yo pienso que si nosotros pensamos

en la terapia, hay muchas entradas para abordar el caso; si el problema de Harold hubiera ocurrido cuando éste contaba trece o catorce años, pienso que una terapia familiar clásica hubiera sido ideal; si le hubiera sucedido tras su encuentro con esta mujer, puede ser que la terapia de pareja hubiera sido el abordaje más correcto. Ahora, estando en análisis, el problema es la supervisión de la terapia psicoanalítica.

Lo interesante es que el material con el cual se trabaja es el mismo. Si el supervisor ayuda al analista a modificar su relación con Harold, necesariamente introducirá un cambio en la relación de Harold con su pareja. Si el terapeuta de pareja ayuda a ésta, el cambio naturalmente invertirá su antigua relación con la madre. Si el terapeuta de familia trabaja sobre la relación madre- Harold, está claro para mí que sus relaciones obsesivas con su pareja o su analista serán muy diferentes. Hay una correspondencia natural en todo esto.

Y así, es interesante ver que **el problema de la convocatoria, del inicio del sistema sobre el cual se piensa trabajar, es un problema de oportunidad**. Siempre trabajamos con relaciones y con personas. Siempre trabajamos con relaciones interpersonales. Y lo hacemos con personas que, precisamente, siguen reglas demasiados estrictas y tienen poca flexibilidad en las relaciones. **En el capítulo de los síndromes depresivos esta flexibilidad en la organización de la terapia y de la convocatoria es muy, pero que muy importante**. Insistir sobre una convocatoria de familia en el caso de la chica abandonada por el novio habría sido un error. Ella puede expresarse, y esa es su curación. El haber ocultado la historia del aborto es una buena cosa, porque es expresión de salud mental: no haber involucrado a la madre. Y nos debemos aprovechar de estas situaciones. Mientras que tener las niñas de Telecom en sesiones solas, cuando ellas se presentan como tímidas, no tiene sentido. No se puede entender así nada de lo que pasa. **El único concepto que nos puede ayudar es el de la flexibilidad máxima y la elección de instrumentos que sean adecuados a cada situación concreta**.

Estas depresiones de las cuales hemos hablado son depresiones que pertenecen a un área que es dramática y neurótica.

Si se estudia casuística de centros psiquiátricos, éstas son la mayoría de las situaciones que se dan en esos centros.

Pero hay un tipo de depresiones que son un poco diferentes y que vamos a ver a continuación:

8. DEPRESIONES DE PERSONAS CON GRAVES TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA.

La relación entre ambas situaciones no está aún suficientemente estudiada y es difícil hacerlo.

En los llamados **trastornos de personalidad**, una situación clásica que suele darse cuando aparece la depresión - y que resulta difícil de reconocer si no se tiene claro-, es que ésta ocurra cuando la persona se encuentra en mitad de su vida, en la edad media de la vida; es decir, entre los 40 y 50 años de edad. Y en pacientes con rasgos

narcisistas muy pronunciados. Un poco antes en la mujer, un poco después en el hombre.

La persona con rasgos narcisistas asienta toda su seguridad sobre una imagen aparentemente muy segura de sí misma. Siente desprecio por los demás, mientras que lo suyo le parece excelente. A veces tiene una posición muy fuerte, a menudo acompañada por una inteligencia potente y una posición social exitosa. Esta persona, cuando se acerca a este cambio evolutivo, cuando llega a la mediana edad, puede encontrarse con los límites de su organización de vida. Si el narcisismo está asentado sobre el cuerpo se produce un fuerte cambio: la belleza ya no existe o empieza a decaer, la fuerza declina, el rendimiento en los deportes baja... Aceptar los límites, que es el secreto de una madurez normal, puede ser un trauma muy fuerte para una organización narcisística de la personalidad. Aquí hay una curiosa situación, ya que estas personas con tales rasgos piden terapia precisamente en esta fase de su vida, ya sea que la pidan como pacientes individuales, ya sea que lo hagan como miembros de una pareja en crisis.

La depresión, aquí, es a veces muy dramática. Es una *depresión integrativa*, en el sentido que le daba M. Klein, en búsqueda de la aceptación de los propios límites.

A veces es difícil, para el terapeuta familiar, aceptar y trabajar este tipo de depresiones, porque está más acostumbrado a trabajar con hechos y situaciones que pertenecen a la organización de un grupo: nacimiento de los hijos, separación, etc... No le es tan fácil de aceptar que hay cambios que están ligados a la maduración personal. Cambios ligados, digamos, a la evolución psico-fisiológica.

Hay cambios ligados a la pubertad, y esto es algo que se acepta bien. Pero también **hay cambios ligados a la edad mediana**, pero aquí estamos menos preparados para escuchar tales cambios.

Con **las psicosis maníaco-depresivas** se produce en la actualidad una situación bastante rara. Ahora hay una moda por la que se diagnostica a la gente de una forma muy superficial como bipolares... La psicosis maníaco depresiva es bastante rara. Pero ahora se diagnostica superficialmente como bipolar para señalar algo tan simple como que *en la vida de cada persona hay situaciones de euforia y situaciones de tristeza*. El diagnóstico de bipolar tiende a hacerse muy simple. Hay psiquiatras que hacen este diagnóstico de una manera muy fácil, y prescriben fármacos como el litio, y antiepilépticos que pueden ayudar a superar el umbral de la crisis. Creo que hay pocas locuras tan graves como las que hacen las psiquiatras, pero esto es comprensible, porque el suyo es un trabajo que vuelve loco... Freud decía siempre que cada cinco años los psiquiatras psicoanalistas debían hacer un nuevo análisis. Pedir ayuda para sí mismo es un elemento de salud propia, que esta profesión necesita.

Si nosotros tenemos una verdadera psicosis maníaco-depresiva, nos encontramos en un área importante. La psicosis maníaco-depresiva presenta problemas de interpretación, un problema de difícil interpretación.

Nosotros, en estudios que hemos hecho en nuestra escuela, **hemos ligado las crisis agudas a las fases de desvinculación del joven adulto**, y también lo hemos ligado a lo que hemos llamado **desvinculación incompleta o aparente**. Hay en *La caja de Pandora* casos bien descritos sobre esta cuestión aquí señalada.

El problema es que, cuando esta situación se determina, puede ser **repetida en otras fases de la vida**, dándose entonces depresiones ligadas a juegos familiares. Hay que seguir haciendo estudios sobre esta cuestión.

En la psiquiatría, desde antiguo, existe una vieja polémica entre los psiquiatras más tradicionales, quienes afirman que, entre crisis, el sujeto tiene una personalidad *normal*. Este fue antaño un criterio de distinción entre psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia. El verdadero problema es el siguiente: ¿cuál es el tipo de organización personal *entre las crisis*? ¿Son personalidades normales entre las crisis?

Ya Abraham había escrito sobre el tipo de organización personal en esa *fase entre las crisis*. En estos estudios de Abraham se muestra bien que la organización parece normal, pero en estas personas hay rasgos de carácter de estructura más fronteriza. Sobre todo esto, no tengo las cosas muy claras.

Sé que cuando, en psicoterapia, se toma una de estas situaciones, lo que se ve es que hay:

1. una disminución de las crisis.
2. una disposición a que crezca en el tiempo la capacidad del terapeuta y el paciente para buscar relaciones entre el comienzo de la crisis, el juego relacional y las situaciones en que se encuentra la persona. El acercamiento terapéutico puede ayudar a humanizar un poco una situación que, presentada como *enfermedad psicótica*, estamos todavía muy lejos de comprender.

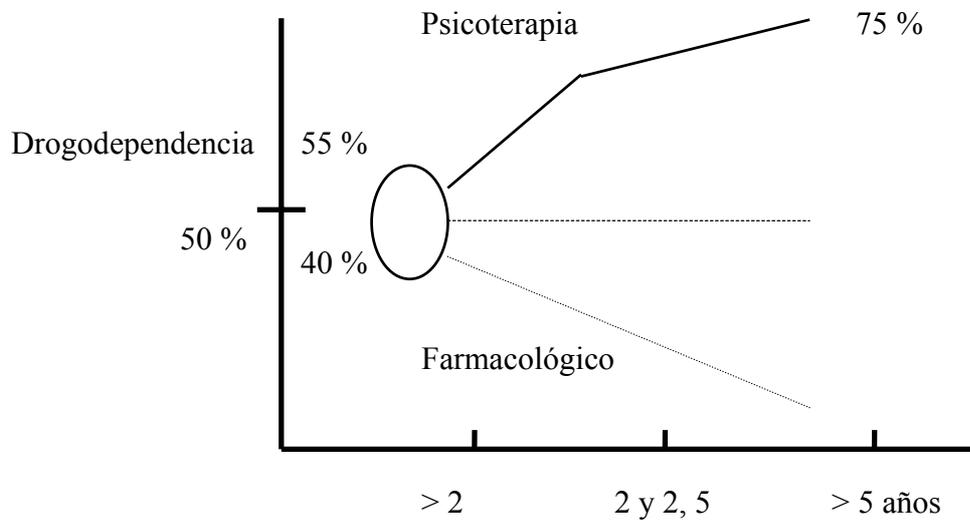
Creo que no todo está claro y hay muchas cosas aún que estudiar al respecto. Pero creo, en primer lugar, que hay un punto en el cual, unidos, tendríamos que ser muy firmes, muy combativos en la pelea intelectual: **la idea de que hablar de la depresión como enfermedad es una locura, es una moda**. No tiene sentido ni en términos psicopatológicos ni en términos de abordaje terapéutico. Este es un punto importante.

Por otro lado, el síndrome depresivo es siempre un misterio, y la flexibilidad del terapeuta tiene que ser máxima para abordar esta situación.

En tercer lugar, el síndrome depresivo puede ser curado generalmente muy bien. Son pacientes a los que la psicoterapia puede ayudar mucho. Hay pacientes muy difíciles, con ideas suicidas muy fuertes, o con tendencias automutilantes, o extremadamente narcisistas. Con estos pacientes es muy difícil; pero la gran mayoría pueden ser ayudados muy bien, curados con un trabajo que, siendo difícil, resulta muy satisfactorio.

El gobierno estadounidense promovió una investigación sobre el debate entre los partidarios de los fármacos y las terapias. El metaanálisis que estos investigadores han realizado ha hecho hincapié en el éxito de las curaciones con psicofármacos o con terapia. Esto nos permite entender el decurso de la curación. Lo interesante ha sido ver que, en seis meses, también la psicoterapia ha tenido éxito en el tratamiento de estos pacientes. Si prolongamos el estudio durante dos o tres años, las ventajas de la psicoterapia aparecen como evidentes y necesarias.

Hace algunos años hicimos un metaanálisis de este mismo tipo sobre los estudios en drogodependencia.



25-30% de curaciones espontáneas.

Todos los estudios a corto plazo mostraban un éxito en torno al 40-50%. Luego, conforme el plazo se iba haciendo más extenso, los estudios mostraban que la psicoterapia subía, en cuanto a efectividad como tratamiento, hasta un 75% ; mientras que los llamados tratamientos farmacológicos mostraban un decrecimiento sustancial. Al final, se llega al 17%.

La idea es que el tratamiento farmacológico de larga duración tiene una influencia negativa. Puede ser que haya tipologías de drogodependientes que influya en estos resultados.

El problema es que el tratamiento farmacológico de larga duración supone una desvalorización del propio sujeto. Sería interesante analizar, tanto en las drogodependencias como en la depresión, la existencia de tendencias pseudoterapéuticas que están haciendo mucho daño en este campo. Para mí, esto ocurre por dos razones conjuntas.

La primera, que hay una **poderosísima industria farmacéutica**, que se promociona con gran fuerza, con viajes, congresos, etc.

Pero hay una segunda cosa: **la fragilidad de los operadores** de los servicios. Ponerse a cargo del destino de una persona a través de este trabajo de la psicoterapia exige una formación personal, una fuerza, un equilibrio, tiempo e instrumentos de trabajo sofisticados. No es suficiente tener una licenciatura. Un médico no sabe tratar psicoterapéuticamente si no se forma específicamente y sigue cursos de psicoterapia.

Creo que lo que se llama **contratransferencia**: -el miedo del sufrimiento de los otros, el riesgo de alejarlo con definiciones médicas- es un ejercicio muy potente. Así,

hay una combinación infernal entre la promoción de la industria farmacéutica y necesidades del individuo que no está preparado para manejar la contratransferencia.

De modo que, detrás de estas modas hay razones profundas, no todas especulativas; y algunas más comprensibles que otras desde un razonamiento psicoterapéutico. Entiendo bien que estoy ante psicoterapeutas que están de este lado, y que si hubiera aquí un grupo de operadores médicos tendríamos una pelea sin llegar al final a alcanzar ningún resultado. Esta es mi experiencia personal.

Cuando se habla del **síndrome del operador quemado**, se ve el clima que envuelve a tantos servicios. La depresión de tantos operadores es algo que nos debería llevar a plantear más investigaciones.

Creo que una formación psicoterapéutica debería ser obligatoria para los que trabajan en situaciones de sufrimiento psicológico y relacional. Es algo necesario. No se puede conducir el coche sin carnet, y tampoco se puede tratar a las personas sin tener patente su sufrimiento.

9. COLOQUIO

J.L.Linares: *Quería preguntarte, puesto que hoy no te has referido al DSM IV, y yo no he tenido ninguna dificultad en identificar lo que tú has definido como depresiones traumáticas y neuróticas uno de los dos grandes grupos de trastornos depresivos que distingue el DSM IV; es decir, la distimia. Me queda, en cambio, un poco más confuso encajar el otro grupo, que es la depresión mayor. Ya que has hecho tantas distinciones diagnósticas, me gustaría saber cómo encajas la depresión mayor en ese panorama.*

L. Cancrini: El DSM IV no es, en este punto, tan claro como nos gustaría, porque explica, por un lado, el síndrome de depresión mayor, que está definido por una puntuación de síntomas y su duración.

Por ejemplo, la chica abandonada por el novio, en la descripción que da de su depresión, sale con una puntuación muy alta: síntomas somáticos, ideas suicidas, bloqueo completo de la alimentación. La duración fue de seis meses. En el DSM IV estaría diagnosticada como un *trastorno mayor*. Dicen que, cuando se da por más de seis meses, esto es algo que la distinguiría de la depresión traumática. A mí me parece un poco curioso. Porque, si un padre pierde a su propio padre, tres meses pueden ser bastante tiempo; pero si lo que pierde es un hijo, tres meses son poco. Estas distinciones que hace en el Eje I son difíciles de ver. Hay diferencias que son culturales y bastante discutibles.

El problema estriba en que, en la clasificación del DSM IV, el síndrome depresivo mayor está definido sobre el Eje I. La dificultad radica en utilizar el Eje II. La clasificación de trastornos de la personalidad de DSM IV incluye sólo trastornos graves y fronterizos. No está el área neurótica entre tales trastornos. Falta completamente. Y entonces es difícil, porque tenemos el síndrome depresivo mayor que está conectado con trastornos de la personalidad en algunas ocasiones; pero en otras no lo está.

En principio se puede decir que muchos episodios mayores no conectados con trastornos graves de la personalidad pueden ser descritos como psicosis maníaco-depresiva.

Para mí, en este capítulo, el DSM IV introduce más confusión que solución. Yo lo aprecio mucho por otras cosas, pero no por esto. Con la depresión hay mucha confusión. Es un capítulo muy difícil. Creo que en el DSM IV hay una tendencia interdoctrinal, que es un poco su fragilidad. Es su fuerza, por una parte, pero también su fragilidad.

Por ejemplo, yo tengo la impresión clínica de que el trastorno depresivo mayor es menos grave que el trastorno depresivo menor, porque a veces el menor está conectado con trastornos de la personalidad y cristaliza más.

J. L. Linares: *Mi impresión es que, cuando eso ocurre, es porque ese episodio supuestamente mayor es, más que nada, reactivo o traumático. Y, en cambio, si tenemos una depresión mayor con episodios recurrentes, tenemos un trastorno de la personalidad..*

L. Cancrini: Pero cuando ellos hablan de puntuación y duración y olvidan los hechos de la vida, hay una locura. Creo que habría que buscar otra clasificación.

Nota de la Revista: Agradecemos al profesor Luigi Cancrini su abierta colaboración y apoyo a **REDES** para la publicación de este seminario, cuya transcripción él mismo supervisó.