

## Una investigación sobre la teoría psicoanalítica de la depresión \*

*Herbert Rosenfeld*

(Londres)

**Descriptores: DEPRESION / MALANCOLIA / SUPERYO / ANSIEDAD PARANOIDE / PARANOIA / NARCISISMO / SENTIMIENTO DE CULPA / REPARACION / FACTOR CONSTITUCIONAL / AMBIVALENCIA / ORALIDAD / INTROYECCION / IDENTIFICACION / RELACION DE OBJETO / RESEÑA CONCEPTUAL.**

En este estudio trataré de presentar un informe detallado del trabajo de la mayoría de aquellos analistas que han hecho contribuciones importantes a la psicopatología de la depresión.\*\*

Uno de los propósitos de este estudio ha sido, en primer lugar, el descubrir las principales tendencias en el desarrollo de la teoría de la depresión, clarificando los puntos de vista de cada autor y, en segundo lugar, al hacer una comparación detallada de éstos, obtener una imagen de las diferencias y similitudes que existen entre las varias teorías expuestas. Para poder llegar a esto ha sido necesario hacer resúmenes detallados del trabajo de cada autor y, por medio de un proceso de condensación, llegar a los factores pertinentes. Durante este análisis de la literatura sobre el tema que estamos tratando, me llamó la atención el hecho de que ciertos rasgos característicos surgen constantemente, siendo los más prominentes los siguientes: el papel desempeñado por factores constitucionales; la importancia de los elementos orales; el papel que desempeñan los procesos de introyección e identificación; la importancia del narcisismo; la naturaleza de las relaciones de objeto primitivas; la importancia de los procesos de clivaje de los objetos y el yo en partes buenas y malas; el origen y la importancia del superyo depresivo; la importancia de ciertos períodos o fases infantiles y su relación con el desarrollo de la depresión adulta; la relación de la paranoia y las ansiedades paranoicas con La depresión; la relación de la manía y la depresión. He decidido omitir este último aspecto casi por completo, ya que es demasiado amplio para ser incluido. Me he limitado, por lo tanto, a la depresión **per se**. Al describir los detalles de los trabajos de varios analistas, me he concentrado especialmente en aquellas contribuciones relacionadas con los puntos recién mencionados.

El primer interés psicológico demostrado por Freud en la teoría de la melancolía fue en 1897, en una carta que le escribió a Fliess, pero fue recién en 1910-1911 que

---

\* Este trabajo ha sido traducido del "International Journal of Psycho-Analysis", Tomo XL, N° 2, 1959.

\*\* Para evitar recargar este estudio un he mencionado a todos los autores que han escrito sobre el tema de la depresión y he omitido algunos, tales como Scott, Zilboorg y Harnik. Tampoco he incluido a aquéllos cuyas contribuciones han sido principalmente en el campo clínico, como ser Federn, Schilder, Sándor Lorand, Peck, Feigenbaum, Pierce Clark, Blitzsten y Alfred Carver. Además he omitido el problema del suicidio. Espero poder escribir sobre los aspectos clínicos de la depresión en el futuro.

los primeros estudios sobre la depresión por escritores psicoanalíticos fueron publicados. Me estoy refiriendo a la obra de Maeder, Brill y Abraham.

Abraham hizo su primera contribución importante al estudio de la depresión en 1911, luego de haber tratado seis casos de evidente depresión psicótica. En cada uno de ellos se pudo descubrir que la enfermedad provenía de una actitud de odio que paralizaba la capacidad de amar del paciente. En la opinión de Abraham, el sentimiento de culpa nace de la represión del odio llevando al paciente a un estado de depresión, ansiedad y autocensura. El sentimiento de pobreza del paciente surge de una percepción reprimida de su propia incapacidad de amar. En 1916 Abraham escribió: "Una percepción más profunda de la estructura de la psicosis depresiva me ha hecho llegar a la conclusión de que en esos pacientes la libido ha regresado al estado más primitivo de su desarrollo, es decir, a la etapa oral o canibalística". Sugirió que algunos de los reproches que los melancólicos se hacen a sí mismos están relacionados con el sentimiento de culpa que sus impulsos canibalísticos les hacen sentir. En 1924 Abraham manifestó su acuerdo con Freud (1917) sobre la importancia que tiene el mecanismo de la introyección en la melancolía. Describió en detalle las relaciones de los melancólicos con sus objetos; y dio énfasis al hecho de que en cuanto el yo del melancólico tiene un conflicto agudo con el objeto de su afecto, renuncia a su relación con éste. Lo hace por medio de la expulsión anal, por medio de la cual el objeto es destrozado y tratado como materia fecal. El objeto amado expulsado y destrozado es reintroyectado oralmente por el melancólico. Abraham llegó a la conclusión de que la fijación del melancólico se efectúa en un temprano nivel anal, pero hay también una fijación en la fase oral sádica, lo que implica una incorporación sádica del objeto. Él considera las tendencias sádicas orales como la principal causa del sufrimiento depresivo que se experimenta a través de la autocondena.

Abraham recalca varios puntos que él considera como responsables del desarrollo posterior de enfermedades depresivas: a) sobreacentuación del erotismo oral; b) una fijación especial de la libido en el nivel oral; c) una ambivalencia incrementada que predispone a la pérdida del objeto amado; d) un disgusto amoroso en la época en que el paciente estaba todavía en la etapa narcisística de la libido cuando todavía tienen importancia sus impulsos sádicoorales.

Considera que la hostilidad del melancólico tiene sus raíces en la fase del Edipo, pero señala simultáneamente la hostilidad del melancólico hacia su madre en relación con el destete. Al investigar la autocrítica y el reproche del melancólico, Abraham cree que el proceso de introyección toma dos formas: 1º) El paciente ha introyectado al objeto amado primitivo, sobre el cual ha construido su yo ideal, de tal manera que el objeto desempeña el papel de conciencia del yo. La autocrítica patológica procede de este objeto amado introyectado. 2º) El contenido de este reproche personal es, en última instancia, una crítica despiadada del objeto amado introyectado. La descripción de dos procesos de introyección en la creación del superyo implica que Abraham creía que existían al menos dos objetos introyectos que contribuían a la formación del superyo. Lo que no explica con claridad es cómo los reproches dirigidos al objeto externo son transferidos al objeto introyectado (en función de superyo) luego que la introyección ha ocurrido. Lo que sí explica, sin embargo, es en qué etapa infantil él cree que los sentimientos de culpa se desarrollan, pues dice: "El proceso de superar los impulsos canibalísticos está íntimamente ligado a un sentimiento de culpa que pasa a un primer plano en la tercera etapa como un fenómeno de inhibición típico perteneciente a ese período" (primera etapa anal sádica). Como el desarrollo de sentimientos de culpa implica el comienzo de la formación del superyo, podemos asumir que Abraham creía que el núcleo del superyo queda formado, apro-

ximadamente, al final del primer año, y, que también reconocía la importancia de los impulsos agresivos del ello en los autorreproches del melancólico.

En 1917 Freud publicó su única investigación amplia sobre el problema de la depresión. Dice que “la melancolía puede ser la reacción *frente* a la pérdida del objeto amado”. Además llama la atención a la importancia del conflicto ambivalente en la melancolía, conflicto que a veces surge de experiencias reales y otras veces se debe más bien a factores constitucionales. Señala que la “cathexis” erótica del melancólico con relación a su objeto experimenta una doble vicisitud: parte regresa a la etapa de identificación (la fase oral o canibalística del desarrollo libidinal) y la otra parte, bajo la influencia del conflicto debido a la ambivalencia, vuelve a la etapa del sadismo. (Parece tener en mente más bien la fase anal que la oral.) Una de las características más importantes de este trabajo es el descubrimiento del superyo por Freud. Le impresiona la autocrítica oculta del melancólico, que él describe como autodenigración y llega a la conclusión de que debe existir una agencia crítica —la conciencia— que se separa del yo. Sugiere que las recriminaciones que el melancólico se hace a sí mismo son en realidad recriminaciones al objeto amado redirigidas hacia el yo del paciente. Por medio de la identificación narcisística la pérdida del objeto se transforma en una pérdida del yo. En este mismo estudio Freud da énfasis a la extraordinaria disminución del respeto propio y al empobrecimiento del yo del melancólico. La formulación hecha por Freud implica que la poca estima que el melancólico siente por su persona está directamente relacionada con la condición del objeto introyectado. Lo que Freud no aclara es cómo las recriminaciones del yo, primero al objeto y luego al yo, son transferidas al superyo; ni cuándo, en su opinión, comienza el desarrollo de la conciencia.

En 1923 Freud presentó un examen más detallado del superyo en el melancólico. Puso énfasis en que en la neurosis obsesiva el yo se rebela contra el superyo, pero en la melancolía el yo no hace objeciones, admite su culpa y se somete al castigo. Freud relacionó su opinión acerca del sadismo con esta extraordinaria intensidad del sentimiento de culpa y sugirió que la componente destructiva —“un cultivo puro del instinto de muerte” se enclava en el superyo y rechaza al yo. Da dos razones para explicar el porqué del rigor de la conciencia: 1º) el control que la misma persona ejerce sobre su agresividad hacia otros, y 2º) la desunión de los instintos luego de la introyección. Explica el porqué del miedo a la muerte en el melancólico, diciendo que el yo se da por vencido (muere) porque en vez de sentirse amado se siente odiado y perseguido por el superyo. Freud relaciona esta situación con el estado de ansiedad que se produce al nacer, así como con la ansiedad que se siente frente a la separación de la madre protectora. De esta descripción se deduce claramente que Freud atribuía la rigidez del superyo en el melancólico al funcionamiento del instinto de muerte. El superyo se convierte en un perseguidor implacable. Asimismo relaciona la situación de ansiedad interna con la separación de la madre buena y protectora, quedando el yo a la merced del objeto perseguidor interno superyoico. No llega, sin embargo, a la conclusión que una figura perseguidora interna implique la existencia de una figura maternal o paternal perseguidora, aunque él creía que la introyección precoz de la madre durante el primer año de vida tiene ingerencia en el desarrollo del superyo.

En 1926 Eduardo Weiss hizo una contribución interesante que generalmente se pasa por alto. Llamó la atención a la relación estrecha entre la melancolía y la paranoia y sugirió el término síndrome melancólico-paranoico, debido a la similitud de los mecanismos en las dos enfermedades. Describió a un objeto introyectado perseguidor, tanto en los casos de paranoia como en los de melancolía, En la melancolía también encontramos un objeto introyectado “perseguido”, al cual se dirigen las acusaciones de la conciencia, siendo la conciencia misma un objeto introyectado perseguidor. Puso

énfasis especial *en que* hay *numerosos* objetos introyectados y lo relacionó con la fragmentación del yo. En la paranoia el objeto introyectado perseguidor se proyecta hacia el exterior; en las dos enfermedades el objeto introyectado perseguido parece estar relacionado con los instintos reprimidos. El doble proceso introyectivo del superyo en la melancolía se relaciona muy claramente con la sugerencia de Abraham, mientras que la importancia de los instintos reprimidos, especialmente el instinto de muerte, en la formación del superyo fue amplificada y difundida por Freud en su obra "El yo y el ello".

En 1932 Weiss presentó detalladamente el crecimiento del superyo. Nuevamente hizo hincapié en la importancia de los orígenes instintivos en el desarrollo del superyo. Dice: "Mientras las condiciones que fomentan la aparición del odio a sí mismo y del amor a sí mismo dependen del comportamiento del padre como autoridad, la fuerza de la energía instintiva que opera en estos sentimientos se deriva de las fuentes instintivas que operan dentro del mismo sujeto". Al describir su teoría sobre el desarrollo del superyo, discurre con detención sobre la suerte de las relaciones objetales al efectuarse la introyección o la identificación. Procede luego a describir un proceso de identificación por el cual se mata al objeto, sugiriendo que en este proceso el reemplazo de una persona por otra es para el ello como si se matara a la primera. Agrega que se considera a una persona como anulada cuando uno se coloca a sí mismo en su lugar. Como esto implica que el objeto es muerto por el proceso de introyección e identificación, el objeto debe ser revivido por un procedimiento mágico, que implique omnipotencia, para que pueda existir un objeto interno vivo. La omnipotencia del proceso de resurrección da poderes mágicos al objeto interno, que ahora se convierte en el superyo. Los impulsos destructivos del yo, que originalmente estaban dirigidos al objeto, son traspasados a la figura superyoica. Este superyo está relacionado con un yo arcaico que Federn llamó el "yo ego-cósmico", en el cual no existe todavía una diferenciación entre la idea del objeto y el objeto mismo. Todo posee aún la cualidad yoica. Weiss relaciona su opinión sobre el desarrollo del superyo con la psicosis. Su análisis parecería indicar que Weiss cree que el superyo tiene un núcleo primitivo.

En 1944 Weiss diferenció las depresiones neuróticas y las melancólicas. Los estados depresivos neuróticos se deben frecuentemente a una fijación tenaz con su objeto amado, el que, sin embargo, es rechazado por el mismo individuo, de tal manera que una gran parte de la libido queda bloqueada y por lo tanto permanece inaccesible. Este tipo de depresión es, en muchos casos, una medida defensiva para evitar una aflicción psíquica más seria. Al hablar de depresiones melancólicas Weiss dice que el paciente ha perdido, hasta cierto punto, la capacidad de amarse a sí mismo; más aún, se odia. Pone énfasis en el carácter narcisístico de la melancolía y sugiere que la satisfacción narcisística del melancólico se obtiene casi exclusivamente de la libido que el superyo dirige hacia el yo. "El amor a sí mismo se obtiene por medio de canales superyoicos." Parece pensar que la razón de la existencia del odio a sí mismo radica principalmente en los impulsos rechazables del ello del propio paciente. En este estudio también menciona el papel que desempeña la introyección, pero es evidente que está más interesado por el papel que desempeñan los impulsos del ello como factores causantes de la melancolía.

Sándor Rádó (1927) contribuyó con sus estudios de diversos aspectos de la teoría de la melancolía, particularmente el relacionado con el papel desempeñado por el superyo del melancólico. Los pacientes melancólicos dependen enteramente de otras personas para mantener su estima propia, estima que se derrumba por ofensas y disgustos triviales. Pone énfasis en la tenacidad con que los pacientes depresivos

aferran a sus objetos amados su sadismo devorador. Sienten la pérdida final del objeto de su amor atormentador como la injusticia más grande del mundo. Rádo opina que las raíces más profundas del conflicto melancólico están relacionadas con los paroxismos coléricos del niño hambriento que motivan posteriormente todas las formas de reacciones depresivas a la frustración. Es sobre estos paroxismos que el yo, en el periodo de latencia, concentra su culpa. Rádo dice que los tormentos del hambre son los precursores mentales de castigos posteriores, y que llegan a ser un mecanismo primo para el castigo que, en la melancolía, alcanza un significado tan fatal. Estas declaraciones de Rádo son difíciles de reconciliar, ya que, por un lado, habla de los mecanismos primales del castigo, pero, por el otro, dice que el sentimiento de culpa se desarrolla únicamente durante el periodo de latencia, aunque asocia los mecanismos de castigo y los sentimientos de culpa *con* los mismos impulsos y conflictos. Evidentemente Rádo tiene en mente, cuando hace sus descripciones, a los precursores del superyo, aunque nunca lo expresa directamente. Rádo también sugiere que el melancólico se siente culpable debido a su actividad agresiva; se culpa a sí mismo por la pérdida de su objeto. En su opinión la tendencia agresiva del ello se pasa al lado del superyo y obliga al yo, de por sí debilitado por su actitud expiatoria, a ocupar la posición del objeto. Escribe acerca de dos procesos de incorporación: el niño divide a su objeto en dos —una madre buena y una madre mala— y estos objetos son claramente diferenciados. Bajo la influencia de un fuerte impulso amoroso el conocimiento que el niño tiene del lado malo de su madre simplemente desaparece. Rádo sugiere que debido a la división del objeto este proceso no puede todavía describirse como ambivalente. (En la misma época Melanie Klein desarrolló teorías similares acerca de la vida emocional del niño, pero Rádo no las menciona en su estudio.) En la iniciación de la melancolía el objeto bueno, cuyo amor el yo desea, es introyectado en el superyo. Las fuerzas eróticas y agresivas con las que el superyo debe trabajar son puestas a disposición del mismo por el yo cuando éste abandona su propio derecho de utilizarlas para apaciguar al padre bueno y al superyo. El objeto malo ha sido separado del objeto total para desempeñar el papel de flagelante. Se incorpora al yo y se convierte en la víctima de las tendencias sadísticas que ahora emanan del superyo. Rádo considera el proceso de la melancolía como un intento de reparación en gran escala. Su propósito es hacer revivir el aprecio por el yo que ha sido aniquilado por la pérdida del amor. Esta restauración del aprecio por el yo está nuevamente relacionada con la derivación oral de este proceso que puede ser observada en la euforia del mamante satisfecho (orgasmo alimenticio). Rádo cree que el narcisismo del niño siempre se recupera completamente luego de una experiencia alimenticia satisfactoria, que él llama “alegría oral narcisística”. Declara que en la melancolía los mecanismos orales llevan la ventaja, pero que en depresiones menos severas los mecanismos genitales y sadicoanales son suficientemente fuertes como para salvaguardar al yo de una caída a la melancolía.

Rádo fue el primero que intentó presentar una descripción clara de la situación infantil previa que posteriormente causa conflictos depresivos. Señala con suma claridad que las primeras relaciones con la madre y la división de la madre en una buena y una mala tienen mucha importancia en el desarrollo del superyo y, también, pone énfasis en la importancia de los tormentos del hambre como un mecanismo inicial de autocastigo. Las contribuciones posteriores de Rádo no muestran la misma comprensión del conflicto del melancólico como lo hacen sus primeros estudios.

Helene Deutsch ha hecho varias contribuciones que ayudan a comprender mejor el problema de la melancolía. En 1932 describió a una paciente con una severa depresión agitada. En sus formulaciones teóricas sigue la línea de Freud, sugiriendo que la

paciente incorporó a su hermana —en representación de la madre— a su yo y, como superyo reforzado, el objeto introyectado castigó al yo de la paciente por el odio que sentía por su madre. En 1933 Deutsch declaró que el elemento paranoico tiene importancia en todos los casos maníacodepresivos con fases agresivas. Estos pacientes son capaces de hacer frente, durante algún tiempo, a los sentimientos de culpa, resultantes de su propia actitud agresiva, por medio de un mecanismo de proyección, sosteniendo que son maltratados y odiados. Si este mecanismo defensivo de proyección pudiera ser estabilizado estos casos se convertirían en casos de paranoia real. Deutsch describe un caso de ciclotimia para ilustrar su punto de vista. Al hablar acerca de la estrecha relación existente entre la paranoia y la depresión, confirma una sugerencia similar de Weiss (1926). En el mismo estudio hace hincapié en que todas las formas de envidia del pene están en los comienzos del conflicto depresivo. En uno de sus casos la envidia oral, escondida detrás de la envidia del pene, pudo ser descubierta por medio del análisis y evidentemente contribuyó a la formación del síntoma. La envidia del pene parecía estar mucho más reprimida que la envidia oral y Deutsch presenta el desplazamiento de la envidia del pene hacia la situación oral. En 1951 Helene Deutsch “agrupó las consideraciones dinámicas sobre el papel que desempeña el narcisismo tanto en el paciente depresivo como en el maníaco. Ella, como muchos otros escritores, considera la manía y la depresión como dos expresiones distintas de la misma lucha psicológica. En las dos enfermedades relacionó el proceso de defensa con las primeras etapas de la formación del objeto y con las vicisitudes subsiguientes. En uno de sus casos, que desde el punto de vista clínico fue un fracaso, insistió nuevamente sobre el papel central que desempeña la envidia del pene. En su segundo caso trató de ilustrar cómo un paciente, en la fase depresiva, se identificaba a sí mismo con su padre depreciado; mientras que, en el estado maníaco, se identificaba con su padre ideal, limpio, activo y completamente aceptado. En la transición de la fase depresiva a la maníaca el paciente soñaba con la rehabilitación del padre depreciado. El paciente continuaba identificándose a sí mismo, en forma alternada, con la imago paterna. Deutsch relaciona estas dos imágenes del padre con la división del yo ideal en identificaciones, lo que trae aparejado un retorno a una fase previa del desarrollo, a identificaciones infantiles primitivas, a las incorporaciones orales. Cree que en la depresión la falta de estima de sí mismo se relacione con la identificación con el objeto depreciado, un concepto que sigue la idea original de Freud. Deutsch cree que en la depresión hay elementos disposicionales más profundos que pueden ser inferidos de las primeras frustraciones, separaciones y disgustos del yo. Se pueden encontrar reacciones depresivas en las tempranas separaciones postnatales del objeto, mientras que las reacciones maníacas preliminares podrían derivarse de la restitución del mismo objeto. Es interesante notar que en la discusión que surgió acerca del estudio de Deutsch varios oradores, tales como Rotheman, Lewin y otros, confirmaron que en pacientes maníacodepresivos existe una división previa de las imágenes paterna y materna en imagos buenos y malos. Ni en el estudio de Deutsch ni en la discusión subsiguiente parece hacerse referencia al trabajo de Melanie Klein sobre el tema del clivaje preliminar y la introyección.

Ahora trataré de dar una perspectiva detallada del estudio de la depresión hecho por Melanie Klein. En 1927 escribió que en niños de 3, 4 y 5 años encontraba ya un superyo riguroso. Describe el contraste existente entre la madre real (cariñosa) de una paciente de 4 años y el castigo —fantástico y cruel— con que amenazaba el superyo de la niña. Llega a la conclusión que no es el padre real el que en este caso es introyectado para convertirse en figura superyoica. Da énfasis al hecho de que el proceso de formación del superyo comienza a una edad muy temprana, probablemente

al final del primer año y relacionado con los comienzos del complejo de Edipo, que sigue al sentimiento de privación que se experimenta con el destete. Esta fecha temprana para la formación del centro del superyo coincide, pues, con la dada por Abraham cuando habla acerca del desarrollo de sentimientos de culpa en la tercera etapa.

Melanie Klein informa en el mismo estudio que en la paciente de cuatro años ya mencionada descubrió identificaciones que correspondían más aproximadamente a sus padres reales, aunque no eran idénticas a ellos. Estas figuras que se presentaban como buenas, dispuestas a perdonar y a ayudar, eran llamadas por la paciente “papá hada” y “mamá hada”. Melanie Klein ilustra cómo, a veces, en la situación de transferencia, debía desempeñar el papel de “mamá hada” y otras veces el de “mamá cruel”. Al discutir más adelante en su estudio el caso de Erna, dice que Erna exhibía la fisura característica de la personalidad clivándose en “diablo y ángel” así como en “princesa buena y a la vez cruel”. (Relató este caso en el Congreso de Würzburg en 1924.)

Podemos, por lo tanto, llegar a la conclusión que desde muy al principio de su trabajo Melanie Klein encontró y trató características de un superyo sádico preliminar, que ella creía era creado en gran parte por los propios impulsos sádicos del niño. Relaciona a este superyo riguroso con la división, en la primera infancia, de las imágenes paterna y materna en imágenes ideales y en imágenes increíblemente malas. Al mismo tiempo reconoció la división de la personalidad del niño en un ser ideal y en un ser malo.

En 1933 Klein confirmó que en análisis de niños de entre 2  $\frac{3}{4}$  y 4 años había encontrado que existía un superyo. “Este superyo preliminar era inconmensurablemente más riguroso y cruel que el de un niño mayor o un adulto. Literalmente aplastaba al -débil yo del pequeño niño.” “El superyo del niño no coincide con la figura presentada por sus padres reales, pero es creado de figuras imaginarias o imágenes de ellas que el superyo toma para sí mismo.” Cree que el núcleo sádico del superyo ha sido formado durante la primacía de los niveles pregenitales. “La creciente fuerza de nivel genital va mitigando al superyo, para que un yo más poderoso pueda contener con su superyo como lo hace con sus impulsos instintivos.” El superyo sádico primitivo que Klein encontró en el niño pequeño aparece como casi idéntico al superyo que la mayoría de los observadores analíticos, tales como Freud, Abraham, Weiss y Rádo, describieron como activos en pacientes depresivos. Únicamente Weiss, sin embargo, había presentado aspectos de un superyo primitivo y arcaico.

En 1935 Klein presentó en detalle la psicopatología de la depresión, de la manía y la paranoia y las relaciones existentes entre estas enfermedades. Piensa que el estado depresivo está basado en el estado paranoico y genéricamente se deriva de él. Escribe:

“Considero al estado depresivo como el resultado de una combinación de ansiedades paranoides y de aquellas aflicciones, sentimientos de desespero y defensas relacionados con la inminente pérdida del objeto amado total.” Un poco más adelante agrega: “Si este punto de vista es correcto deberíamos ser capaces de comprender los frecuentes casos donde se presenta una imagen con tendencias paranoides y depresivas entremezcladas, pues podríamos aislar los varios elementos que la componen”. Cree que sería más fácil comprender casos y seguir las similitudes y diferencias que existen entre las ansiedades psicóticas del desarrollo de un niño y la psicosis de un adulto introduciendo nuevos términos, tales como “ansiedad paranoide y depresiva” y “posición esquizoparanoide y depresiva”. Durante la posición

esquizoparanoide, que, según Klein, se extiende durante los primeros tres o cuatro meses de vida, el bebé concibe relaciones con objetos parciales del cuerpo de la madre, predominantemente del pecho. Los objetos parciales se dividen en muy buenos (ideales) y muy malos (perseguidores). De esta manera se mantienen separados el amor y el odio. Esta fase, donde se origina la división, podría llamarse preambivalente, como ha sido sugerido por Grenson; la única dificultad es que esto podría prestarse a cierta confusión, ya que Abraham describió como preambivalente una fase temprana de la infancia durante la cual él creía que no existía todavía la agresión. Durante la posición depresiva que sigue a la paranoide se percibe a la madre como un objeto completo y la relación es, pues, ambivalente. En las fases más tempranas las ansiedades del infante tienen un carácter predominantemente persecutorias. En situaciones de frustración causadas por factores internos y externos, prevalecen impulsos sádicos que son proyectados a la madre o al pecho; simultáneamente se introyecta una imagen materna, o del pecho, mala. Estos objetos malos se conciben como perseguidores. El objetivo principal de las defensas características utilizadas frente a estos objetos perseguidores es la de su eliminación, ocupando la ansiedad por el yo un lugar muy prominente en este cuadro. Estas características existen también en los casos adultos de estados paranoides. Al irse desplegando hacia la posición depresiva el yo se organiza mejor, las imágenes internas se aproximan más a la realidad y el yo se identificará más de lleno con los objetos buenos. Es en este momento que se produce el cambio de la relación con el objeto completo. Desde este momento la preservación del objeto bueno es análogo a la supervivencia del yo. Es también en este momento que la ansiedad comienza a centrarse en la situación llamada "pérdida del objeto amado", que es una situación de ansiedad predominante en la posición depresiva y que desempeña un rol importante en la enfermedad depresiva del adulto. No hay una división hecha y derecha entre la posición paranoide y la depresiva. Algunos mecanismos y ansiedades paranoides persisten en la posición depresiva, aunque quizás en un grado menor y con ciertas modificaciones. De manera que se puede decir que los mecanismos paranoides en la depresión se deben a los remanentes de la posición paranoide-esquizoide, infiltrándose dentro de la posición depresiva, pero existe también el peligro constante de regresión a mecanismos paranoides para evitar la ansiedad y la culpa por el peligro que pueda sobrevenir a los objetos buenos. Es éste uno de los motivos por los cuales tan a menudo encontramos ansiedades y síntomas paranoides en el paciente depresivo adulto.

Melanie Klein introduce algunos conceptos completamente nuevos que son importantes para la comprensión de la enfermedad depresiva. En primer lugar desearía mencionar el concepto de reparación. Explica el comienzo del proceso reparatorio de la siguiente manera: "Cuando se ha mantenido una separación marcada entre los objetos buenos y los malos, el sujeto tiende a restituir el objeto bueno utilizando la restitución como indemnización por todos los detalles de sus ataques sádicos". Klein no cree que el mecanismo reparador sea un mecanismo maniaco, como asumen otros escritores, tales como Helene Deutsch y Weiss. Lo considera como un mecanismo normal para sobreponerse a las ansiedades depresivas. Cuando los mecanismos reparadores dejan de funcionar el resultado es la enfermedad depresiva. Considera como características de la manía únicamente a las fantasías omnipotentes de la reparación mágica. Aparte de la división de los objetos en buenos y malos, Melanie Klein describe estados cuando, bajo la influencia de ansiedades paranoides, los objetos buenos y malos no pueden ser diferenciados y se confunden. En tales condiciones la reparación es imposible. (Más adelante describiré la confusión de objetos buenos y malos en conexión con el superyo depresivo.) Una de las características muy importantes de la

depresión en adultos, así como en la posición depresiva del niño, es el miedo de que pueda morir el objeto bueno interno o externo. Klein dice:

“He descubierto, tanto en niños como en adultos que sufren de depresión, el terror que sienten de estar albergando objetos moribundos o muertos, especialmente los padres internalizados, y de una identificación del yo con objetos en esa condición.” Hace hincapié en el sentimiento de desesperación y el sentido de fracaso está relacionado con el fracaso del individuo en asegurar a su objeto interno bueno.

Puede ser un fracaso el mantenerlo vivo o puede ser un fracaso el impedirle que se transforme en malo. Este sentido de fracaso aumenta por la inhabilidad del individuo de sobreponerse a su temor paranoide de los perseguidores que constantemente ponen en peligro al objeto bueno y al yo. El sentimiento de desesperación se relaciona con la duda que el individuo tiene de su capacidad de reparación.

Al discutir el desarrollo del sentimiento de culpa y del superyo, Melanie Klein sugiere que “cuando el niño se da cuenta de su amor por el objeto bueno, un objeto completo y además real, experimenta una sensación de culpa abrumadora hacia el objeto”. Melanie Klein está de acuerdo con otros escritores en que los sentimientos de desmerecimiento representan, parcialmente, reproches que se hacen al objeto introyectado (Abraham y Freud), pero agrega que “el odio que el yo siente por el ello, que es de suprema importancia en esta fase, explica aún más el porqué de sus sentimientos de indignidad y desespero”. Encontró a menudo que “el odio que se siente por los objetos malos ha sido incrementado secundariamente como una defensa frente al odio por el ello que es aún más insufrible. Es también esta ansiedad por el ello, particularmente por su agresión, que engendra la duda sobre la bondad del objeto amado”. Esto nos recuerda el primer estudio de Abraham, de 1911, en donde insiste sobre la importancia que los impulsos agresivos tienen en la suscitación de sentimientos de depresión y de culpa, de autorreproches y de dudas acerca de la propia capacidad para amar. También Weiss, en 1944, hizo hincapié en este odio a los instintos, y una parte importante del trabajo de Edith Jacobson (1953-1954) —cuando habla acerca del odio hacia el ser malo— presenta este sentimiento. Klein desarrolla este aspecto de su trabajo mucho más detalladamente más adelante.

Al hablar acerca del superyo mantiene una vez más que aun los objetos introyectados más temprano forman la base del superyo y parte de su estructura. Siente que su comprensión del desarrollo del superyo desde esta temprana fase hace que la implacabilidad y rigidez del superyo melancólico sean más inteligibles. Afirma, sin embargo, que tanto los objetos buenos como los malos forman parte de su estructura, y habla, primero, de las demandas perseguidoras de objetos internalizados malos y, en segundo lugar, “de la necesidad urgente de cumplir con las demandas sumamente severas de los objetos idealizados buenos”. Klein explica la severidad de los objetos buenos, discutida ya por tantos escritores, de la siguiente manera: el infante trata de mantener aparte los objetos extremadamente malos de los extremadamente buenos, pero no logra hacerlo completamente. De manera que parte de la crueldad de los objetos malos y del ello se adhiere a los objetos buenos y esto aumenta nuevamente la severidad de las demandas de los objetos buenos. Desearía recordar a los lectores que Rádo había insistido sobre el traspaso de agresividad a los objetos buenos en el superyo pero él creía que la división entre los objetos buenos y los objetos malos se mantenía constantemente. Weiss señalaba que el superyo en la melancolía era un perseguidor (objeto introyectado perseguidor). Freud aseguraba que el superyo era un “lugar de reunión para los instintos de muerte”. Abraham creía que había dos objetos introyectados en el superyo del melancólico y éste parece haber sido también el punto de vista de Weiss. Melanie Klein hacía notar que podría haber una

multitud de objetos en el superyo —objetos buenos (ideales) y malos (perseguidores)—. La incapacidad de mantenerlos separados es la que aumenta la agresividad de los objetos buenos. La relación existente entre el estado infantil y la depresión adulta ha sido recalçada por Freud, Rádo y también por Abraham cuando habla de que el odio del bebé es provocado por el destete. La analogía entre el estado depresivo infantil y la depresión adulta fue descubierta por Melanie Klein. La siguiente cita resume mejor lo que decimos: “Si el bebé, en uno de los primeros períodos de su vida, no logra establecer dentro de sí a su objeto amado, surge ya el estado de la pérdida de un objeto amado en la misma acepción que en el caso del melancólico adulto. La pérdida precoz del objeto durante el destete tendrá como resultado un estado depresivo posterior siempre que el niño, en ese período temprano del desarrollo, no logre establecer a su objeto amado a salvo dentro de su yo”. En el material clínico que Klein describe en 1935, insiste en la relación de la depresión y la posición depresiva con la situación edípica. En 1940 afirma que la aflicción surge de una situación edípica que comienza precozmente y que está relacionada estrechamente con las frustraciones orales, de tal manera que en sus comienzos está dominada por temores e impulsos orales. Esto nos trae a la memoria la declaración hecha por Abraham, y aceptada tanto por Rádo como por otros, de que un conflicto melancólico retrocede a la frustración del conflicto de Edipo en la época en que el niño está todavía bajo la influencia de sus impulsos narcisísticos sádicos orales.

En el mismo estudio Klein describe los mecanismos reparadores con mayor detalle y explica el porqué de su falta de éxito. Dice, por ejemplo, que “el deseo de controlar un objeto, la gratificación sádica de lograr vencerlo y humillarlo, de triunfar sobre él, puede entrar a formar parte del acto de reparación con tanta fuerza que el círculo benigno comenzado por este acto puede ser destrozado”. Los objetos que iban a ser restaurados se convierten nuevamente en perseguidores y, a su vez, los temores paranoides reviven. Klein señala que el deseo de invertir la relación hijo-padre, de tener poder sobre los padres, de triunfar sobre ellos en fantasías de este tipo, hace surgir el sentimiento de culpa y, a menudo, lesiona toda clase de empresas. La secuela de este triunfo puede ser la depresión. Esta contribución es importante porque aclara un punto que, hasta ahora, no ha sido suficientemente comprendido por los analistas —la frecuente depresión que sobreviene luego del triunfo o de la promoción—. En 1944 Weiss tomó este punto y sugirió que el depresivo a menudo se siente culpable por los actos cometidos en su estado maníaco anterior. (Véase también la contribución hecha por el grupo de Washington para una mejor comprensión del temor o la envidia que surge como consecuencia del éxito y que yo trataré más adelante.)

En 1946 Melanie Klein contribuyó nuevamente a una mayor comprensión de la depresión al describir los procesos por medio de los cuales partes del ser se separan del mismo y se proyectan dentro de objetos. Como estos objetos se identifican con el ser proyectado, Melanie Klein llamó al conjunto de estos procesos “identificación proyectiva”. La “identificación proyectiva” se deriva de los impulsos que el bebé de muy corta edad siente de entrar, por medio de la omnipotencia, dentro de la madre y tomar posesión de ella. También se refiere a la división del ser en partes buenas y malas y a la proyección de las mismas dentro de la madre. Si se siente que este entrar dentro de la madre es agresivo, sustancias corporales, tales como orina y materia fecal, se expulsan —en la fantasía— hacia la madre; pero, simultáneamente, partes del ser malo se separan y se proyectan. Como la madre llega así a tener la parte mala del ser se le concibe, no como una persona aparte, sino como el ser malo. Es ése el motivo por el cual gran parte del odio que se siente por esa parte del ser se dirige a la madre.

Cuando la proyección procede principalmente del impulso del bebé de dañar o controlar a la madre, se verá en la madre un objeto perseguidor. Sin embargo, no son únicamente las partes malas las que se expulsan y proyectan; lo mismo *sucede con las partes buenas del ser*. Si este proceso proyectivo se lleva a cabo en grado excesivo, el ser siente que las partes buenas de la personalidad se pierden y la madre, en la que han sido proyectadas, se convierte en el superyo ideal. De esta manera la capacidad de amar puede perderse, ya que se siente que el objeto amado es amado principalmente como un representante del ser. Klein hace hincapié en que cuando estos procesos de división y proyección son excesivos el yo se debilita y empobrece y es incapaz de asimilar sus objetos internos. Esto puede llevar a que, por un lado, el yo sea gobernado por sus objetos internos o, por el otro, el yo esté supeditado a los objetos externos. La importancia que tiene un yo débil en los procesos psicóticos y en la depresión psicótica ha sido recalcada por varios escritores, de los cuales mencionaré particularmente a Bellak y a Bychowski. En las enfermedades depresivas sobresale muy particularmente la extrema dependencia del paciente en otras personas, siendo ésta una de las características marcadas de la enfermedad. Es también característico del paciente que sufre de depresión el sentir que ha perdido la capacidad de amar y que su amor está en el objeto, el cual tiene que suministrarle amor continuamente. Muchos escritores se han referido a la necesidad de que los suministros narcisísticos fueran proporcionados por el objeto. Como ya he indicado, Melanie Klein ha hecho una contribución importante al estudio de este fenómeno al sugerir que muy a menudo el paciente se torna desmesuradamente dependiente del sujeto amado cuando por una excesiva identificación proyectiva del ser bueno del paciente con el objeto, éste se convierte en representante del ser. (Quiero hacer referencia a la descripción que en 1956 Benedek hizo de las relaciones infantiles tempranas cuando el bebé proyecta partes de su ser hacia la madre y restablece su yo con una experiencia alimenticia satisfactoria; así como también a los estudios de Jacobson, de 1953-1954, en los que describe la fusión omnipotente del ser y del objeto, cuyo resultado es o su confusión o su identificación, y relaciona este proceso con los procesos de identificación, y relaciona este proceso con los procesos de identificación de los estados manícodepresivos.) Melanie Klein también llama la atención a la correspondencia que existe entre los procesos proyectivos e introyectivos y la depresión. Dice: "Si los elementos agresivos relacionados con el objeto son predominantes y son estimulados fuertemente por la frustración causada por la separación, el individuo siente que los componentes separados de su ser, proyectados dentro del objeto, controlan al objeto en una forma agresiva y destructiva". Al mismo tiempo el objeto interno siente estar frente al mismo peligro de destrucción que el externo, donde él siente ha quedado una parte del ser. El resultado es un debilitamiento excesivo del yo, un sentir de que no hay nada que pueda sustentarlo y, correspondientemente, una sensación de soledad. En este estudio Melanie Klein hace una nueva contribución a la investigación sobre la correlación de los primeros niveles de crecimiento y la posición depresiva y su relación con las enfermedades psicóticas adultas. Escribe: "Si el desarrollo durante la posición esquizoparanoide no ha sido normal y el infante no puede, por motivos internos o externos, hacer frente a los impactos de las ansiedades depresivas, surge un círculo vicioso; porque si el miedo perseguidor y los mecanismos esquizoides correspondientes son demasiado fuertes, el yo no está capacitado para trabajar hasta lograr salir del estado depresivo. Esto obliga al yo regresar a la posición esquizoparanoide y refuerza los temores persecutorios anteriores y el fenómeno esquizoide. El resultado puede ser una severa enfermedad en el adulto, por ejemplo, esquizofrenia. Otro resultado puede ser el fortalecimiento de severos rasgos

depresivos”. Klein menciona que hay algunas fluctuaciones normales entre las posiciones esquizoparanoide y la depresiva y que éstas fluctuaciones siempre ocurren en un desarrollo normal. En un desarrollo anormal esta interacción tiene, en su opinión, influencia sobre el cuadro clínico de algunos tipos de esquizofrenia y de desórdenes maníacodepresivos. Describe un caso agudo de un paciente maníacodepresivo que tenía todas las características de este desorden, así como algunos rasgos esquizoides; llega a la conclusión que los grupos de desórdenes esquizofrénicos y maníacodepresivos están mucho más relacionados en su evolución de lo que hasta ahora se había dado *por sentado*. Esto explicaría porqué es sumamente difícil hacer un diagnóstico exacto entre casos de melancolía y esquizofrenia.

Al llamar la atención sobre la afinidad que existe entre la esquizofrenia y las enfermedades maníacodepresivas, Klein toca algunos problemas muy importantes que desde hace algún tiempo han preocupado a los psiquiatras. Algunos autores, Meduna entre ellos, han sugerido que la psicosis maníacodepresiva y la esquizofrenia son distintas manifestaciones del mismo desorden biológico básico. Bellak también cree que no hay una dicotomía clara entre la psicosis maníacodepresiva y la esquizofrenia, sino más bien una diferencia de grado. “Está inclinado a considerar los desórdenes y síntomas maníacodepresivos, en parte, como defensas para evitar una mayor desintegración del yo, así como Sullivan consideraba la solución paranoide como un estado de equilibrio defensivo para evitar una mayor ansiedad y una completa desintegración hebefrénica”.

En 1952 Melanie Klein, en un estudio sobre la identificación, presentó en más detalle algunos de los aspectos de identificación proyectiva. Al referirse a Fabián, el personaje principal de una novela, que tenía poder omnipotente para entrar en otras personas y asumir sus personalidades, ella dice: “Fabián no sólo odia a sus perseguidores internos, sino que también se siente desvalorizado porque contiene objetos malos. Esto es un corolario de su sentimiento de culpa, porque siente que sus impulsos depresivos y sus fantasías han transformado a sus padres en perseguidores vengativos o los han destrozado. El odio a sí mismo, también dirigido a los objetos internos malos, se centra finalmente en los propios impulsos del individuo, impulsos que se considera que han sido, y son, peligrosos para el yo y sus objetos buenos”. En esta declaración Klein implica que los objetos malos internalizados contienen partes malas del ser hacia las cuales se dirige, en última instancia, el odio a sí mismo. (Me referiré nuevamente aquí a los puntos de vista similares expresados en una fecha posterior por Weiss y Edith Jacobson.) Klein describe más claramente la forma en que los sentimientos de culpa y la depresión surgen como resultado de la separación y la proyección no solamente de las partes malas del ser, sino también de las buenas e ideales. Declara que los sentimientos de culpa por haber descuidado y abandonado un componente precioso de la propia personalidad contribuyen al deseo de ser uno mismo nuevamente. La búsqueda de la mejor parte de la propia personalidad, que parece ser ideal porque se ha perdido, contribuye al sentimiento de soledad y desasosiego. La búsqueda del ser perdido ideal incluye la búsqueda de los objetos ideales perdidos. “La dispersión de lo bueno y su separación del ser para alojarse en otros objetos produce no solamente un importante debilitamiento del ser, una dependencia en esos objetos, sino que también aumenta el odio y la envidia que se sienten por personas que tienen la parte buena del ser.” Este es un factor importante en pacientes deprimidos quienes a menudo demuestran envidiar a las personas de quienes dependen, y muy a menudo encuentran intolerable el hecho de que otros estén bien mientras ellos están tan

enfermos. Bychowski y otros han hecho hincapié en esta característica de pacientes depresivos.

Klein hace numerosas referencias a la depresión y al superyo en su libro "Envidia y gratitud", en el que desprende a la envidia de la fuente primaria "la envidia del pecho que alimenta" y escribe: 'Mis experiencias psicoanalíticas me han mostrado que la envidia al poder creador es un elemento fundamental en la alteración del proceso creativo. Echar a perder y destrozarse la fuente inicial de bondad (el pecho) conduce a la destrucción y al ataque de los bebés que la madre contiene y el resultado es que el objeto bueno se convierte en un objeto hostil, crítico y envidioso. La figura superyoica sobre la cual ha sido proyectada la envidia, se torna muy persecuidora e interfiere con los procesos intelectuales y con toda actividad productiva y, en última instancia, con la creación en sí'. Esta declaración es sumamente importante para la comprensión de la depresión, dada la dificultad del paciente depresivo de utilizar su capacidad creadora.

Esta observación de Klein concuerda con la investigación hecha por el grupo de Washington. Ellos piensan que la envidia que siente el individuo deprimido y su temor a la envidia de otros, así como sus defensas para vencer estas fuerzas opositoras, son un proceso fundamental en la estructura de la depresión. La investigación psicoterapéutica del grupo de Washington, publicada en 1953, no dice ser psicoanalítica. La principal investigadora fue Frieda Fromm-Reichmann, aunque también intervinieron Edith Weigert y otros analistas. Los observadores hicieron hincapié en que el niño que posteriormente sufre de enfermedades maniácodepresivas es a menudo el favorito y el mejor dotado. Los observadores lo relacionan con el tema de José, o sea, que es precisamente por estos dones que el maniácodepresivo está propenso a despertar la envidia y los celos de sus hermanos. A medida que estas personas van creciendo continúan permaneciendo extremadamente susceptibles a la envidia y a la competencia. Saben bien lo que significa abrigar estos sentimientos, así como ser su blanco. Una manera de frenar esta envidia, que ya se convierte en una estructura inconsciente a muy temprana edad, es la de darse menos valor a sí mismos para esconder la gama total de sus cualidades. Otra manera de contener a los sentimientos activos y pasivos de envidia que muchos de estos pacientes desarrollan, es ayudando a los hermanos y más adelante a otras personas con las que se tiene contacto. El ciclotímico no percibe que su propia envidia y espíritu de competencia toman la forma de sentimientos de inferioridad y de gran necesidad. El proceso de desvalorizarse, tanto para no ocasionar envidia como para ser recipiente de dádivas de otros, a menudo llega a tal punto que esas personas actualmente paralizan el uso de sus propias capacidades y mayores habilidades. Muy a menudo creen que han perdido sus potencialidades o que nunca las han tenido. En este momento es que comienzan a odiar a otras personas por considerarlas culpables del círculo vicioso en el que se encuentran. Parece que frecuentemente la depresión se manifiesta en el momento en que al paciente se le sube de puesto o, en alguna forma, mejoran sus circunstancias. En ansiedades depresivas de este tipo se puede ver que lo que el paciente verdaderamente teme es la envidia que él prevé su éxito hará despertar en otras personas. Este temor es el resultado de la estructura infantil de la envidia, que nunca fue resuelta; envidia despertada por aquellos que tuvieron más éxito que él. En la medida en que él siente que él ahora ha despertado la envidia de otros, es posible que él crea que no puede ya depender de ellos para hacer frente a sus necesidades y, por lo tanto, se encuentre nuevamente abandonado y solo. Excluyendo la importancia primordial de la envidia en el origen de las enfermedades maniácodepresivas, los observadores creen que el odio es solamente de importancia secundaria. Es evidente que no están pensando en la envidia del pene al hacer su descripción. No dan una

indicación precisa acerca de la fase de desarrollo en la cual ellos creen que la importancia de esta estructura de envidia primero surge. Abraham cree que la envidia tiene su origen en la fase oral-sádica. También subraya la importancia de los elementos anales sádicos en la estructura del carácter envidioso que se adhiere a la transferencia y a menudo despierta, en su opinión, una resistencia casi insuperable al proceso analítico. Melanie Klein está de acuerdo con Abraham en lo que se refiere al origen oral sádico de la envidia y subraya el hecho de que la envidia se remonta a la envidia primaria del pecho. (Ella ha desarrollado la teoría de la envidia oral en forma mucho más detallada que Abraham.)

Procederé ahora a hacer una descripción más detallada de las contribuciones hechas por Edith Jacobson al problema de la depresión. En 1943 Jacobson relacionó sus propias experiencias con pacientes maníacodepresivos con la suposición de Abraham de que los pacientes deben haber experimentado disgustos serios y daños narcisísticos antes de la resolución del conflicto de Edipo. Esta suposición sugiere que las funciones yoicas y superyoicas que tienen un temprano desarrollo anormal predisponen a la personalidad a enfermedades posteriores. Al hablar acerca de un caso, Jacobson se impresionó por el abandono agresivo de *uno* de los padres a favor del otro, con el amor culpable reactivo sadomasoquístico correspondiente. Ella piensa que esto es típico de la situación edípica en los casos maníacodepresivos. En 1946 desarrolló mucho más a fondo sus teorías sobre los estados depresivos. Sugirió que el sufrir una gran desilusión en los padres durante el primer año de vida, por un lado, aplasta al *yo infantil* y, por el otro, puede ser la causa de la formación de un superyo en una etapa más temprana que la normal. Primero se le dota al superyo con la omnipotencia arcaica de las primeras imágenes paternas y maternas, lo que explica el porqué de la tensión patológica que se suscita entre un superyo superpoderoso y un yo doblegado. Estos pacientes no han dejado de aferrarse a un poder mágico el que, si uno logra obtener su favor, puede cambiarse de malo a bueno y que promete un sostén y *una protección* como originalmente daba el pecho materno. Este punto de vista parece ser idéntico al de Rádó, cuyos trabajos Jacobson menciona a menudo en su estudio. Insiste sobre la diferencia que existe entre los padres malos y desvalorizados, “desinflados” y aquéllos buenos, o malos, disciplinarios, “inflados”. Si bien el niño puede tener la esperanza de recuperar el amor y la seguridad de los padres disciplinarios, semidioses, por medio de la propiciación, ya no puede esperar más nada de los padres desvalorizados. De ahí la sustitución del objeto amado sin valor por su imagen inflada en el superyo. Si bien Jacobson cree que un *conflicto* depresivo comienza con la situación de Edipo, relaciona la reacción de la desvalorización con la conducta del infante hacia *la comida indeseada*, que le causa repulsión, y que escupe y aun vomita. Esta primera respuesta fisiológica luego se liga con *impulsos* y *fantasías* agresivos. Estos impulsos y fantasías provocan temor a una venganza y hacen erigir la imagen de una madre mala y castigadora al lado del de una buena y amante, que puede cambiar de buena a mala en la misma forma que la frustración puede transformarse en gratificación. Jacobson cree que los ataques fecales a la madre pueden utilizarse como instrumentos para devaluar a la madre y que si la madre es motivo de disgusto y desilusión en una temprana edad, se ha dado uno de los pasos más importantes para la formación del yo y del superyo. En su opinión el disgusto y la desilusión en el padre real es un proceso normal que capacita al niño a abandonar a los padres mágicos por los reales. Sin embargo cuando la desilusión ocurre demasiado temprano el niño no puede sacar provecho del incidente para el desarrollo de su yo; por el contrario, el yo queda involucrado en el colapso del mundo mágico. El niño se hunde del optimismo en el pesimismo. Los padres, antes dioses omnipotentes, se tornan no solamente en seres

castigadores hostiles sino que, privados de su poder divino, aparecen como débiles, malos, corruptos, vacíos y castrados. Esta disminución y destrucción de las imágenes paternas se torna idéntica a la propia disminución y destrucción. Este último proceso evidentemente implica la identificación del niño con los padres desinflados. Al describir a los padres malos como seres hostiles y disciplinarios parece evidente que aún aquí se involucra cierto elemento superyoico. Jacobson dice, sin embargo, que sus ideas difieren de las de Klein, especialmente porque ella piensa que la formación del superyo no puede ser considerada como un proceso constante comenzando con la introyección de imágenes malas y buenas en la infancia, sino como una reanimación de imágenes idealizadas mágicas y de su integración en el yo. Pero ella cree que el superyo depresivo se origina en la introyección temprana de ambas imágenes —paterna y materna— infladas.

En 1953 y 1954 Jacobson hace nuevas contribuciones clínicas y teóricas al problema de la depresión ciclotímica y de la melancolía. Hace hincapié en que el problema psicológico central en la depresión parece ser el derrumbamiento narcisístico de la persona deprimida, su pérdida de autoestima, sus sentimientos de empobrecimiento, incapacidad, debilidad e inferioridad. Presenta el término “autorrepresentación”, que se refiere al concepto mental del ser, a las imágenes inconscientes y preconscious del cuerpo de uno y de la propia personalidad. Trata de explicar el término “narcisismo secundario”. Define a la libido narcisística como sólo aquella parte de la energía libidinal en el sistema del que se utiliza para la catexis de las representaciones del yo en contra-distinción con las representaciones de objetos. “La identificación narcisística, ese mecanismo que desempeña un papel tan importante en la depresión melancólica, debe definirse no como una identificación del yo con el objeto, sino como una fusión parcial o total de las representaciones del ser y del objeto en el sistema del yo.” Ella mantiene que nuestro concepto del ser, como las imágenes objetales primitivas, al principio se fusiona y confunde con las imágenes objetales y está compuesto de una serie de imágenes del ser que cambian constantemente reflejando las fluctuaciones del estado mental. También dice que una distinción insuficiente entre el objeto y el ser al principio de la formación del superyo explica porqué el nivel inconsciente profundo del superyo representa fusiones de imágenes tanto de objetos amados como del ser. Al hablar acerca de la personalidad prepsicótica de los maníacodepresivos dice que sufren de una debilidad yoica específica que se manifiesta en su extraordinaria vulnerabilidad y en su intolerancia para con la frustración, el daño y el desencanto. Señala también que las representaciones objetales y del ser en el superyo estarán propensas a una fragmentación regresiva, a separarse nuevamente en las primitivas imágenes tempranas, así como a fusionarse unas con otras. El comienzo de la psicosis en sí se caracteriza por peligrosas defusiones irresistibles que llevan a una feroz lucha entre fuerzas libidinales y destructivas. Cree que el proceso psicótico probablemente comienza por una reactivación de los conflictos infantiles centrados principalmente en los objetos paternos y maternos de amor. Jacobson dice que en sus estudios deliberadamente no ha considerado los problemas instintivos correspondientes, tales como la incorporación canibalística melancólica y las fantasías sádicas de expulsión anal. Confirma su teoría expuesta anteriormente que la formación de síntomas del melancólico es una expresión de sus últimos intentos —malogrados— de restituir a un objeto poderoso de amor en el superyo.

En 1954 Edith Jacobson se concentra en las “identificaciones psicóticas”. Afirma que en el melancólico no hay únicamente una identificación en la cual se obtiene un parecido realista con el objeto amado, sino que el paciente se trata a sí mismo en su

estado patológico como si él fuera el objeto malo. Al hablar acerca del desarrollo en su fase primitiva dice: “Durante la temprana fase preedipal comienzan a formarse imágenes «buenas» y «malas» del ser y de los objetos amados que, lejos de pintar la realidad, no se distinguen con claridad entre sí y que muestran tener una tendencia a Unirse y a dividirse nuevamente con suma facilidad”. Describe como “identificación mágica primitiva” al deseo del bebé de ser uno con su madre, fundado en fantasías de incorporación oral del objeto amado; esto producirá fácilmente refusiones entre imágenes de objetos amados y el ser cada vez que el niño experimente gratificación, contacto físico e intimidad con la madre. Describe a esta temprana identificación como “únicamente una unión temporal, parcial o total, de imágenes mágicas del ser y de objetos, fundadas en fantasías o aún en la creencia temporal de ser uno con el objeto o de convertirse en el objeto sin tener en cuenta a la realidad del ser y de los objetos. Jacobson sugiere que “el centro del yo ideal está compuesto por imágenes idealizadas de los padres unidas a imágenes arcaicas aumentadas del ser” y dice: “Neutralizando la tendencia del niño a denigrar a sus padres, los procesos de idealización y formación del ideal del yo, transforman a los padres de seres agresivos sexuales, malos, débiles, sucios y castrados en figuras modelos —exaltadas, buenas, fuertes, asexuales—”. Describe dos identificaciones en la melancolía: la primera de éstas “tiene como consecuencia el establecimiento de una imagen objetal amada, mala y desinflada dentro de la imagen del ser, un proceso que pretende mantener el catexis libidinal del objeto amado”. A medida que estos esfuerzos para solucionar los conflictos ambivalentes fallan, “una segunda identificación va tomando gradualmente el lugar de la primera”. “En vez de deshacer las representaciones realistas de objetos, se revivifica una imagen de un objeto amado, poderoso e indestructible, punitivo y cruel que se establece en el superyo que así se repersonifica y se torna sádico en grado extremo.” “En la continuación intersíquica de la lucha con el objeto amado el ser mantiene su completa dependencia en el objeto. Se convierte verdaderamente en una víctima del superyo, tan desamparado e impotente como un pequeño niño torturado por una madre cruel y poderosa.” Al señalar la importancia que tiene el objeto amado cruel en la melancolía, que no es idéntico al objeto malo, Jacobson sigue muy de cerca el punto de vista de Rado con respecto al superyo sádico, pero bueno. En su descripción de las representaciones del ser y de la fusión del ser con los objetos, nos llama la atención la similitud de sus conceptos con el punto de vista de Klein sobre la identificación proyectiva, particularmente con la descripción que esta última hace sobre la proyección del ser dentro de los objetos y la resultante fusión de la parte proyectada del ser y el objeto que describe como la “identificación del objeto con la parte proyectada, buena o mala, del ser”. Las consideraciones de Klein sin embargo, difieren considerablemente en lo que al desarrollo del superyo en la melancolía se refiera. Jacobson cree que en la depresión, el superyo se desarrolla tempranamente. También afirma que hay una figura superyoica terminante sádica, que es, a la vez, poderosa. El parecer de Klein es que hay, no solamente lucha y conflicto entre las figuras superyoicas y el ser, sino también una lucha entre los diversos tipos de figuras superyoicas, buenas y malas. Klein relaciona la rigidez de las figuras superyoicas buenas idealizadas con la confusión entre las figuras superyoicas malas y las idealizadas. (Hablaré acerca de las importantes contribuciones clínicas hechas por la Dra. Jacobson en otra contribución que haga al problema de la depresión.)

Therese Benedek ha tratado varias veces el problema de la depresión, especialmente en las mujeres. Aquí, sin embargo, trataré solamente algunos de los puntos de su estudio “Hacia la biología de la constelación depresiva”. Insistió en la simbiosis de la constelación materno-infantil, describiendo en detalle los sentimientos y

las reacciones del niño hacia su madre y aquéllos de la madre hacia el niño; habla acerca de la temprana relación del niño con su madre en términos de proyecciones del ser del niño. La parte del ser proyectada hacia la madre es “recapturada nuevamente cada vez que el niño es alimentado”. Benedek dice que “la introyección de la madre y la tendencia a retenerla como para disfrutar de la parte agradable y satisfactoria del ser se nota claramente en la conducta del niño desde una temprana edad”. Ella cree que hay una introyección de la madre buena en situaciones satisfactorias, pero cuando la madre se asocia con recuerdos desagradables se convierte en el objeto introyectado doloroso, y en la madre mala. Se refiere a las dificultades innatas del niño diciendo: “El desarrollo de la confianza del niño no depende únicamente de la habilidad y del deseo de la madre de dar, sino también de la habilidad innata o adquirida del niño para recibir, para succionar, para asimilar y para prosperar. Si el bebé, ya sea por inhabilidad Congénita o adquirida, no puede ser satisfecho permanece frustrado y a su vez frustra a la madre”.

Ella sugiere que “el balance entre los hechos simbióticos positivos y negativos tiene influencia sobre la organización yoica del niño y también sobre la de la madre”. Hace hincapié en el significado céntrico del ataque de llanto del bebé y de la importancia de la madre al tratar de solucionarlo: “Es la madre la que debe, en tales circunstancias, hacer un esfuerzo para reinstaurar al yo del bebé y, al hacerlo, se convierte en un objeto de la des-carga agresiva difusa. De tal manera parece que el bebé ha manifestado odio por el objeto que necesita para establecer nuevamente el yo, su ser. Al mismo tiempo aumenta el odio por el sujeto que tiene necesidad. Como resultado de tal introyección, asumimos que se establece la huella en la memoria de que madre mala equivale al ser malo. Con la ruptura de la relación por el ataque de llanto, la madre como objeto se pierde”. “Por este proceso es que se establece dentro el centro de la ambivalencia”. Benedek cree que las dificultades del niño despiertan en la madre problemas similares ocurridos en su propio pasado infantil. De esta manera la relación simbiótica entre niño y madre se altera y el conflicto nuclear descrito como “constelación depresiva” se determina. Ella sugiere que los conflictos de la aspiración del yo comienzan a activar procesos regresivos, que excitan a las capas más profundas de la fijación evolutiva, por ejemplo la de los complejos alimenticios orales que pueden así movilizar la “constelación depresiva”. La condición emocional es más seria si el conflicto incluye dentro del ser no solamente a la madre mala sino también al ser malo y odiado. “La mujer odia en sí misma al niño que todavía conserva una dependencia hostil.” Si por causa de ansiedad o agresión hay necesidad de un abastecimiento libidinal durante ciertas fases del desarrollo, habrá, tanto en mujeres como en hombres, una reactivación de la “constelación depresiva”; esto nos recuerda el punto de vista de Melanie Klein de la reactivación de la posición depresiva en ciertas fases del desarrollo infantil y de la vida adulta. Benedek cree, sin embargo, que una constelación depresiva es más importante para las mujeres que para los hombres y también que los trastornos de origen hormonal son tan importantes para la comprensión de las reacciones depresivas en las mujeres como la “constelación depresiva”. Benedek es la única trabajadora analítica que ha descrito una constelación depresiva en el niño de acuerdo con las observaciones de Melanie Klein. Pone énfasis, tal como lo hace Klein, en la experiencia del objeto bueno, de la madre buena y del ser bueno, al igual que en la de la madre mala y el ser malo. Las referencias de Benedek a la simbiosis de madre y niño nos recuerdan a Winnicott, quien a menudo ha señalado que debemos considerar la relación madre-hijo como una unidad. Jacobson, aunque hable de la importancia del objeto malo y del ser malo, no insiste sobre la importancia del conflicto durante el primer año de vida con la misma fuerza con que lo hacen Benedek, Klein y otros. Es

importante señalar aquí iue hay diferencias importantes entre Benedek y Klein. La segunda considera la posición depresiva como parte de un desarrollo normal, mientras que Benedek asume que la constelación depresiva se debe a una relación anormal entre niño y madre. Además, Klein ha desarrollado su concepto de la posición depresiva infantil en mucho más detalle de lo que lo ha hecho Benedek.

Hay un número grande de contribuciones que yo no puedo tratar detalladamente. En 1953 Lampl-de-Groot se concentra en la importancia de la agresión en la depresión. También señala que los cambios depresivos pueden ser trazados con regularidad a la primera infancia. Ella siente que la diferencia entre estados depresivos moderados y graves está basado en factores “económicos”, es decir, cuantitativos. Los mecanismos psíquicos activos son, sin embargo, los mismos. Sobre este último punto la autora está de acuerdo con Fenichel, quien ha expresado opiniones similares.

Hay únicamente unos pocos escritores que han desarrollado teorías psicológicas de la depresión que difieren fundamentalmente con las aquí expuestas. Mencionare únicamente a Massermann (1941), quien trata en detalle los estudios de Abraham de 1911 y 1924 y los critica severamente. Piensa, por ejemplo, que Abraham no analizó suficientemente la homosexualidad de sus pacientes. Critica en forma similar a Helene Deutsch. La contribución de Masserman puede ser considerada como negativa desde el punto de vista de este estudio, ya que indica que no debería desarrollarse una psicopatología particular de las enfermedades depresivas. Edward Bibring (1953), criticando las teorías psicoanalíticas actuales de la depresión, dice: “No se justifica definir la predisposición a la depresión como si consistiera exclusivamente en fijaciones orales que determinan las reacciones posteriores a los choques narcisísticos, y situaciones similares”. Afirma que el énfasis no se centra en la frustración oral y la subsiguiente fijación oral, sino en la experiencia sacudidora frente al sentimiento de desamparo y la fijación correspondiente del bebé o niño pequeño. “Este estado se reactiva agresivamente posteriormente siempre que surjan situaciones que se parezcan a la condición sacudidora primaria.” “De acuerdo con este punto de vista, la depresión no está determinada en primera instancia por un conflicto entre el yo y el ello por un lado, o el superyo y el medio ambiente por el otro, sino que se deriva principalmente de una tensión dentro del mismo yo, de un conflicto sistemático interno. De esta manera la depresión puede definirse como el correlativo emocional de un colapso parcial o total de la autoestima del yo, ya que se siente incapaz de vivir a la altura de sus aspiraciones (ideal yoico, superyo), aspiraciones que, a su vez, se mantienen firmemente.” Bibring define a la depresión principalmente como un fenómeno yoico, es decir, como si fuera esencialmente independiente de las vicisitudes de la agresión así como de los estímulos orales.

Como casi todos los analistas mencionados hasta ahora han encontrado evidencia de que la depresión o la melancolía tienen sus raíces en experiencias emocionales del niño en su primera infancia, es de interés mencionar dos estudios hechos sobre observaciones directas de depresión en los niños. Spitz (1946) informó que encontró un síndrome depresivo en infantes durante la segunda parte del primer año que es “muy similar a las clásicas descripciones de Freud y Abraham sobre el duelo, el duelo patológico y la melancolía, descripciones que ya nos son familiares”. Este síndrome se desarrolla, según sus observaciones, solamente cuando hay separaciones largas del bebé y su madre entre los seis y ocho meses de edad. Spitz hace una diferencia clara entre el síndrome depresivo y la ansiedad de los ocho meses señalada por otros trabajadores. No habla acerca del concepto de tendencia a la depresión en esa edad; en realidad critica severamente los conceptos de la posición depresiva tal como han sido elaborados por Melanie Klein, cuyo trabajo, podría pensarse, hubiera sido un

estímulo para que él hiciera sus investigaciones.

El Dr. E. Zetzel (1953) critica el punto de vista de Spitz, diciendo: “El hecho que la pérdida de la madre en ese período decisivo produce una depresión clínica real es, a mi parecer, evidencia a favor de la vulnerabilidad del niño en este punto. Otros observadores han notado el cambio decisivo en la relación del bebé con su madre alrededor de los seis meses y están de acuerdo en cuanto a la vulnerabilidad especial del bebé a la separación de su madre en momentos cuando él llega a conocerla como a una persona completa.”

Enghof y Leichsman (1956) han informado sobre “las depresiones espontáneas y producidas experimentalmente en un bebé con una fístula gástrica”. Una reacción depresiva se puso de manifiesto cuando el bebé tenía de cuatro a seis meses aproximadamente. El bebé no fue separado físicamente de la madre en esa ‘edad crítica, pero parece que la madre se había retraído emocionalmente del niño, y no le había dado suficiente satisfacción oral en la forma en que se le había instruido. Tales informes confirmarían que el infante es vulnerable a la enfermedad a esa temprana edad y que puede desarrollar depresiones severas bajo ciertas circunstancias que no están relacionadas necesariamente con la completa separación fisiológica de la madre. (No es mi intención la de discutir aquí sobre las teorías fisiológicas desarrolladas por Spitz y Leichsman, así como por Richard L. Frank.)

## CONCLUSIONES

Al describir las distintas teorías psicoanalíticas he tratado de mencionar algunas de las conexiones, similitudes y diferencias de opinión existentes entre los autores. Ahora pasaré a tratar las similitudes y diferencias más detalladamente bajo los subtítulos específicos sugeridos al principio de este estudio.

### **1) Predisposición y factores constitucionales en enfermedades depresivas**

Freud cree que hay un incremento constitucional de la ambivalencia en pacientes predisuestos a las enfermedades depresivas. También cree que puede haber un factor somático (deduce esto de la mejoría que se nota en la depresión al llegar la tardecita). Abraham también hace hincapié en los elementos constitucionales de los pacientes depresivos, sugiriendo que han heredado un erotismo oral acentuado. El también cree que es la ambivalencia incrementada la que predispone al deprimido a la pérdida de su objeto amado, aunque no dice explícitamente el tener en mente aquí a un factor constitucional como sería, por ejemplo, el sadismo oral excesivo. Melanie Klein piensa que los factores constitucionales contribuyen al desarrollo tanto de neurosis como de psicosis (como ser, la depresión), y hace énfasis en que a menudo existe un factor constitucional en la fuerza excesiva de la voracidad y el sadismo oral. En 1957 declara explícitamente que ella considera que “la envidia es una expresión sádica oral y sádica anal de los impulsos destructores y que ésta tiene una base constitucional”. De manera que la excesiva envidia sádica oral puede ser considerada como uno de los factores constitucionales que predisponen a la depresión. Benedek describe una incapacidad congénita de los infantes de ser satisfechos. No explica, sin embargo, el origen de esta incapacidad. También hace hincapié en el factor hormonal como uno de los que contribuyen a la depresión de la mujer tanto en la época de fecundidad como en el período climatérico. Edith Jacobson ha subrayado el elemento somático en la depresión al describir el retraso depresivo: “Los verdaderos ciclotímicos experimentarán su propio retraso como somático en contraposición con la forma en que

los neuróticos depresivos experimentan sus inhibiciones”. Bychowski escribe: “En la gran mayoría de los estados depresivos debemos dar por sentado la existencia de una combinación de factores psicológicos y biológicos, exógenos y endógenos”. Fenichel dice que la investigación somática ha revelado muy poco en lo que se refiere a descubrimientos positivos. Hay algunas consideraciones que sugieren la existencia de factores somáticos: a) una periodicidad rigurosa en las alternativas del ánimo, y b) evidencia definitiva de herencia (los mismos desórdenes ocurren en generaciones sucesivas).

De esta comparación parecería que la sugerencia de Freud sobre la existencia de un factor somático en las personas deprimidas ha sido tomada en cuenta y estudiada por varios escritores. Solamente Melanie Klein ha seguido y desarrollado su punto sobre la ambivalencia constitucional exagerada.

## **2) La importancia de la agresión, de la ambivalencia incrementada y del instinto de muerte en la depresión**

La importancia de la ambivalencia y de la *agresión* en la depresión fue señalada primero por Abraham en 1911 y después por Freud. Klein, Rádo, Weiss, Deutsch, Bychowski, Fenichel, Jacobson y Benedek y Lampl-de-Groot. Esta última crítica a Abraham por “no haber hecho ningún esfuerzo por estudiar el papel específico de la agresión en la depresión, a pesar de las muchas reacciones agresivas y destructoras descritas en el material recopilado de los casos estudiados”. Yo considero *que* esta crítica no es válida, ya que el primer estudio de Abraham sobre la depresión, de 1911, señala que la agresión es la base de todas las depresiones. Solamente dos trabajadores o equipos de trabajadores expresan no estar de acuerdo con la opinión que adjudica importancia primordial a la agresión en la depresión. Bibring declara explícitamente que la depresión no depende de las vicisitudes de la agresión y el grupo de Washington dice que considera a la agresión como un factor de importancia secundaria en la depresión. En 1923 Freud aplicó su concepto de instinto de muerte al fenómeno clínico de la depresión. Melanie Klein es la única analista que al escribir sobre la depresión ha seguido a Freud en la aplicación clínica de la teoría del instinto de muerte.

## **3) El problema de la oralidad en la depresión (Incluyendo la relación existente entre la oralidad, la introyección y la identificación)**

En 1916, Abraham fue el primero en hacer hincapié en la importancia de la fijación del melancólico en la fase oral o canibalística de su desarrollo. Freud confirmó las observaciones de Abraham e hizo énfasis en la importancia del mecanismo de la introyección en la melancolía y lo relacionó con la regresión oral. Introduce el concepto de “la pérdida del objeto amado” en la melancolía y señala que luego de la introyección del objeto amado perdido (identificación narcisística) el odio comienza a trabajar sobre el objeto Sustitutivo (el yo lo identifica con el objeto introyectado). Rádo menciona la regresión oral y el amor devorador del paciente melancólico. Subraya en particular la importancia de los procesos de introyección e identificación en la melancolía. Da a entender que el niño divide su primer objeto, la madre, en una madre buena y en otra mala. También describe la partición del objeto en uno bueno y otro malo en los casos de melancolía y habla en detalle acerca del destino de estos objetos completamente separados. Sin embargo, para poder comprender completamente el punto de vista de Rádo, debemos tener presente que él, aparentemente, cree que los objetos buenos y

los malos no son introyectados en la primera infancia, sino más adelante (período latente), para formar el superyo. Weiss insiste sobre la importancia de dos objetos introyectados en la melancolía, pero no discute ni la regresión oral ni la fijación. Melanie Klein insiste sobre la importancia de la oralidad en la depresión y también declara que los procesos introyectivos comienzan al principio de la vida. Señala la separación del primer objeto, el pecho materno, en un objeto ideal y otro perseguidor y al hecho de que los dos objetos son introyectados. Helene Deutsch menciona el problema de la fijación oral en algunos de sus pacientes melancólicos y discute la envidia oral de uno de ellos. En 1932 escribe acerca de la introyección del objeto amado perdido en la melancolía y en 1951 habla acerca de la regresión del maníacodepresivo a una fase temprana del desarrollo, a la primera identificación, a la incorporación oral donde ocurre la división de las imágenes paterna y materna en buenas y malas. Edith Jacobson (aparte de mencionar la actitud oral de su paciente en la situación de transferencia) no ha tratado con claridad hasta el momento la importancia de la oralidad y la fijación oral en la melancolía (ella cree que el conflicto depresivo comienza con la situación de Edipo). Describe la división de la madre en una madre mala y castigadora y en una buena y amada y la introyección de estos objetos, pero no relaciona a estos procesos específicamente con una temprana situación oral. Geroe piensa que el placer oral es solamente uno de los factores en la experiencia de satisfacer las necesidades del infante de calor, tacto, amor y cuidado. Relaciona este concepto con la depresión. Fenichel insiste en que la fijación oral siempre está presente en el paciente deprimido. Lampl-de-Groot también hace hincapié en la fijación oral y en la devoradora y omnipotente actitud posesiva del melancólico. Benedek habla acerca de la introyección de una madre mala y una buena en la primera infancia en la formación de la "constelación depresiva", que predispone a una depresión posterior, pero no habla acerca de una fijación oral específica del depresivo. Masserman critica el punto de vista que da importancia a la fijación oral en la depresión. Bibring no está de acuerdo con la idea de que el conflicto primitivo del deprimido deba relacionarse exclusivamente con la fijación oral.

De esta discusión es muy aparente que el concepto de la importancia primordial de la oralidad en la depresión es aceptado por la mayoría de los analistas con la excepción de Masserman, Bibring y posiblemente Jacobson y el grupo de Washington. El concepto de la división del objeto en objetos buenos y malos y su introyección en la primera infancia y la relación de esto con la depresión ha sido desarrollado por Melanie Klein (Rádo no ha hecho la descripción de la separación de objetos como un proceso introyectivo en la primera infancia). Este punto de vista ha sido compartido por Benedek, Helene Deutsch y algunos otros analistas, tales como Rotheman y Lewin.

#### **4)El papel del narcisismo, del yo y del concepto del ser en la depresión**

Freud da énfasis a la extraordinaria disminución en la estima que de sí mismo se tiene el melancólico y al empobrecimiento de su yo. Relaciona este fenómeno con la identificación narcisística con el objeto, la cual es un sustituto para la catexis erótica. Define a la identificación narcisística como una etapa preliminar de la elección del objeto durante la cual el objeto es incorporado con ambivalencia. Por consiguiente el empobrecimiento del yo se debe a su identificación con un objeto introyectado, denigrado y envilecido. Además Freud pregunta si un golpe puramente narcisístico al yo, debido a una pérdida en el yo independiente del objeto, no sería suficiente como para causar melancolía. No define, sin embargo, lo que tiene en mente.

Abraham también habla acerca de las profundas heridas narcisísticas o disgustos

narcisísticos en la depresión, pero lo relaciona con un disgusto ocasionado por un objeto (como, por ejemplo, la desilusión de un paciente que había creído ser el favorito de la madre). Insiste no sólo sobre el sentimiento de inferioridad del melancólico, sino también sobre el de superioridad y lo inaccesible que resulta para el paciente melancólico cualquier crítica, por parte del analista, a su manera de pensar. Relaciona esta actitud con el “carácter puramente narcisístico del hilo del pensamiento del paciente”. Estas observaciones las relaciona con una sobreestimación y una subestimación del yo en la melancolía, que él llama “narcisismo positivo y negativo”. Habla de la regresión narcisística en la melancolía y describe la etapa del narcisismo con una meta canibalística hacia el objeto como una “fase de narcisismo ilimitado” relacionado con un “canibalismo ilimitado”.

Rádo describe el descenso de la estima propia y de la satisfacción en sí mismo como la característica que más se destaca en los pacientes melancólicos. También hace hincapié en el anhelo de obtener satisfacción narcisística y en una muy considerable intolerancia narcisística (rápida caída de la estima de sí mismo). Le impresiona el egoísmo sin sujeción y la absoluta tiranía del melancólico. Habla de un retiro narcisístico en los melancólicos, del mundo exterior hacia un mundo interno donde toman como objeto al superyo. Relaciona el estado de empobrecimiento del yo con el estado de hambre del bebé, y, a la vez, liga la satisfacción del ser con la gratificación del bebé cuando está en el pecho de su madre.

Eduardo Weiss (1944) sugiere que el rasgo característico del melancólico es “la pérdida de la capacidad de amarse a sí mismo, en verdad, se odia a sí mismo”. Afirma que el amor a sí mismo se obtiene por canales superyoicos o, para ser más exactos, “la satisfacción narcisística del melancólico se obtiene casi exclusivamente de la libido que el superyo dirige hacia el yo”. Dice que la melancolía es el ejemplo más claro de una neurosis narcisística. El narcisismo del paciente se daña en la forma más evidente. Weiss relaciona el sentimiento de sentirse pobre o de empobrecerse en la depresión neurótica con la percepción del paciente de no tener suficiente libido independiente. Esto él lo relaciona con una fijación fuerte a un objeto amado, al que, sin embargo, es rechazado por el mismo individuo, de tal manera que una parte de la libido queda bloqueada y por lo tanto permanece inaccesible.

Melanie Klein ha llamado la atención al hecho de que en lo\_, estados narcisísticos las relaciones con los objetos introyectados o internos son difíciles. Por ejemplo, describe el rechazo de un objeto externo y un dirigirse al objeto interno bueno. Rádo describió un proceso muy similar cuando habló acerca del retiro del melancólico a su superyo, como objeto interno, pero no relaciona este aislamiento con una posición infantil similar. El punto de vista de Klein sobre el narcisismo no está en desacuerdo con el de Freud sobre narcisismo secundario; sin embargo, ella cree que la incorporación narcisística de los objetos empieza con el comienzo de la vida. Freud habla de una fase de identificación y de identificación primaria con un objeto, pero no expresa claramente si en su opinión, este proceso empieza desde el comienzo de la vida. Abraham dice explícitamente que la fase narcisística de incorporación recién comienza con la segunda fase oral. Klein asegura que los sentimientos yoicos a menudo reflejan el estado o condición del objeto interno bueno. Sentimientos de inferioridad relacionados con un empobrecimiento del yo podrían implicar la existencia de un daño o una devaluación o, aún, de la muerte del objeto interno bueno, punto de vista muy cercano al expresado por Abraham y Freud. Sin embargo, Klein también consideró que el narcisismo y el estado de yo reflejan no solamente el estado del objeto interno, sino también los sentimientos relacionados con el ello. En 1935 señaló que el yo está identificado con el ello; por ejemplo, los instintos agresivos en la depresión. La falta de

estima a sí mismo, el odio a si mismo, la autocrítica implicarían el odio que se siente por el ello (ser malo). Desde 1946 ha desarrollado la teoría de la división del yo y la proyección de partes buenas y malas del ser dentro de objetos externos que luego, a menudo, se reintroyectan. (Llama a este proceso identificación proyectiva.) El yo puede empobrecerse por estos procesos de división y, además, la fusión del objeto y el ser resultan de esta división y proyección de partes del ser dentro de objetos. Ha dado muchas indicaciones de cómo estos procesos están relacionados con la depresión. Por ejemplo, insiste en que la pérdida de la estima de sí mismo refleja el sentimiento de haber perdido una parte idealizada del ser por la división y la proyección. No utiliza muy a menudo el término narcisismo al describir fenómenos que han sido llamados narcisísticos por otros analistas, pero describe detalladamente las relaciones del yo con partes del ser y con objetos internalizados. El Dr. Zetzel ha criticado a Klein por no haber utilizado suficientemente el término narcisismo. Al juzgar el valor de esta crítica debemos tomar en cuenta que los analistas describen con el término narcisismo una gran variedad de condiciones y que Melanie Klein trata de evitar cualquier término que ella considera confuso.

En 1946 Edith Jacobson sugirió que los disgustos tempranos con los padres deben tener el efecto de daños narcisísticos en el niño. Ella considera esto como una causa importante del desarrollo posterior de la depresión. En 1953 escribió que el problema de la depresión es el derrumbamiento narcisístico de la persona deprimida, causándole la pérdida de la estima a sí mismo, así como sentimientos de empobrecimiento. En esta descripción sigue de cerca las descripciones hechas por Rádo, Freud y Abraham, del melancólico. Ha dado, sin embargo, un importante paso hacia adelante al tratar de clarificar la terminología narcisística. Critica el uso del término "narcisismo secundario" sin que se especifique claramente su significado. Trata en especial de aclarar el significado de este término e introduce el concepto de autorrepresentación. Describe la identificación narcisística como una fusión del ser y de la representación del objeto en el sistema del yo. Define a la libido narcisística como únicamente aquella parte de la energía libidinal que se utiliza para autorrepresentaciones, y a la estima a sí mismo como la expresión emocional de la evaluación de si mismo y de la correspondiente catexis libidinal y agresiva de las autorrepresentaciones. Describe también las gratificaciones narcisísticas como tratando de elevar la catexis libidinal de las autorrepresentaciones y de la satisfacción del ser. Describe un cisma o división en las autorrepresentaciones y una *combinación* de las imágenes de los objetos desinflados con las autorrepresentaciones en la depresión. Critica a Klein por no hacer una diferenciación suficientemente clara de las representaciones del ser y del objeto y sus relaciones con las formaciones superyoicas, aunque en realidad fue Klein quien describió por primera vez los procesos de la división del yo y la proyección de las partes buenas y malas del ser dentro de los objetos.

Evidentemente, tanto Klein como Jacobson consideran la división del objeto y del ser y la fusión e identificación del ser y el objeto como importante para la comprensión de la depresión. En lo que se refiere a los orígenes de los procesos de división, las opiniones de Klein y Jacobson difieren.

Therese Benedek no habla acerca del problema del narcisismo en la depresión, pero describe la proyección del ser infantil dentro de la madre y la formación de un ser bueno y uno malo además de las imagos buenas y malas de la madre. Relaciono estos procesos con la formación de la constelación depresiva y con enfermedades depresivas posteriores. La similitud del punto de vista de Benedek con el de Melanie Klein es evidente, pero Benedek no continúa el estudio de los muchos detalles que Klein presenta al describir la división y proyección del ser en objetos que llevan a una

identificación proyectiva. Bychowski sigue a Rádo en su descripción del narcisismo en la melancolía. Fenichel hace hincapié en la regresión narcisística en la depresión. También menciona las grandes necesidades narcisísticas y el decrecimiento en la estima de su persona de los pacientes depresivos. Dice: “Una persona muy triste se aísla de los objetos y se transforma en narcisística incorporando al objeto no-satisfactorio” Bibring dice que en la depresión melancólica el narcisismo del paciente se daña en la forma más evidente. Hace énfasis, asimismo, sobre la pérdida de la estima a sí mismo y sobre el odio a sí mismo y sugiere que “el sentimiento yoico en la depresión melancólica, en contraste con la depresión simple, no desciende, sino que aumenta, ya que la depresión melancólica se debe al odio a sí mismo que surge como consecuencia de una pérdida grande en la estima que se tiene a sí mismo debido a ser rechazado”.

La debilidad del yo en la depresión es uno de los puntos en el que han hecho hincapié varios escritores y particularmente Bellak, quien lo considera como uno de los factores centrales en la depresión psicótica. Edith Jacobson también lo menciona y Bychowski, quien ha escrito mucho sobre el yo débil, hace énfasis en la importancia que tiene en los estados depresivos. Insiste particularmente en un núcleo yoico débil y vacío en la depresión, y en la formación de una norma de comportamiento que niegue el vacío interior. Melanie Klein ha hecho hincapié en un yo débil y vacío en la depresión que se debe, *no solamente* a la división y separación de las partes malas del ser, sino también a la proyección de las partes buenas del ser dentro de los objetos buenos y, consecuentemente, al sentimiento de ser dominado por y dependiente de esos objetos buenos.

Al repasar los puntos de vista sobre el narcisismo en la depresión, me parece claro que, bajo el encabezamiento de narcisismo, se habla acerca de un gran número de fenómenos tales como el egoísmo y la crueldad del paciente, sentimientos de superioridad, regresión a la fase oral, procesos introyectivos, retirada del mundo exterior a los objetos internos, fusiones o identificaciones del ser y objetos, y ciertos estados de sentimientos yoicos. Esto indica que es esencial para los analistas darse cuenta de que el término “narcisístico” nunca debería utilizarse por sí solo sin agregar una indicación de lo que esto significa exactamente. También debería considerarse si no se podrían poner de acuerdo sobre una nueva terminología. Edith Jacobson ha hecho un esfuerzo pionero para aclarar el término “narcisismo” y ha sugerido algunos términos nuevos. Melanie Klein, por otra parte, al describir todos los procesos que aquí se han discutido bajo el encabezamiento de narcisismo, ha usado muy pocas veces el término para evitar confusiones y malentendidos. Me gustaría hacer dos observaciones: 1) juzgando por los datos que he reunido aquí, parece no haber controversia entre la relación de objetos introyectados o internos y el narcisismo en la depresión; 2) pareciera que el intento de comprender los procesos de división del ser en partes buenas y malas, la proyección del ser dentro de los objetos que lleva a una fusión o identificación, se ha convertido en una parte importante de la investigación analítica sobre la depresión. El trabajo más detallado sobre este tema ha sido realizado por Melanie Klein, pero Edith Jacobson y Benedek han hecho también una contribución de importancia.

## **5) Relaciones de objetos primitivos y fases infantiles del desarrollo y su relación con la depresión**

Freud manifestó que la melancolía comienza como reacción a la pérdida del objeto amado. El objeto perdido exteriormente es introyectado dentro del yo. En 1917 Freud no trató en detalle la situación infantil con la que está relacionado el proceso de la pérdida del objeto, pero en 1923, al hablar sobre el superyo sádico, describió una

situación materno-infantil internalizada En 1926 hizo hincapié en la situación de ansiedad de la primera infancia, creada por el temor a “perder a alguien a quien se quiere y anhela” y la relacionó con el peligro de perder un objeto —una situación que él también relaciona con la ansiedad que existe en el nacimiento por la separación de la madre—. Freud no habla con claridad acerca de los procesos introyectivos de esta situación temprana, pero en “El yo y el ello” se refiere al proceso de introyección, especialmente en las primeras fases del desarrollo, como siendo probablemente la única condición bajo la cual el ello puede renunciar a sus objetos.

Abraham sugiere que cuando el melancólico pierde su objeto externo, destruye y expulsa a su objeto interno como si fuera materia fecal y que el objeto expulsado es luego reintroyectación además del objeto externo perdido. Se refiere, pues, a una interconexión de objetos externos e internos. Como él considera que el punto de fijación de la depresión ocurre en la primera fase anal sádica, debe pensar que las depresiones posteriores están relacionadas con una situación infantil ocurrida al final del primer año (sabemos que él también describe una fijación que ocurre en la fase oral sádica). Rado describe la situación traumática infantil en la depresión como el estado del bebé hambriento, una situación que debe referirse a los primeros seis o nueve meses de vida. Weiss menciona una temprana relación omnipotente con los padres, pero lo trata solamente en conexión con el desarrollo del superyo. No sugiere un momento específico para las situaciones traumáticas del conflicto depresivo. Melanie Klein escribe que ella ha encontrado que alrededor de mediados del primer año (cuatro a seis meses) “la ansiedad del niño comienza a concentrarse en la situación llamada pérdida del objeto amado, que es una situación predominante de la ansiedad en la posición depresiva y que desempeña una parte importante en la enfermedad depresiva del adulto”. Ella hace énfasis en la necesidad de establecer un objeto amado interno bueno, y describe en detalle cómo las situaciones externas pueden estimular la situación de ansiedad interna por la pérdida del objeto interno bueno como dañado, muerto, o transformado en un objeto perseguidor) y así producir una enfermedad depresiva. También sugiere que las tempranas ansiedades perseguidoras y los mecanismos esquizoides de una fase previa del desarrollo, tal como la división de objetos y ser (relacionada con la idealización y la persecución), tienen una influencia profunda en la situación de pérdida del objeto externo bueno e interno completo. Ha llamado la atención particularmente a la importante interrelación de objetos externos e internos que Abraham mencionó en 1924. En 1951 se hizo referencia a Helene Deutsch, diciendo que ella cree que el origen del conflicto depresivo puede llevarse a las primeras frustraciones, separaciones y disgustos del yo, y que las reacciones pueden encontrarse en las primeras separaciones post-natales del objeto.

Benedek describe la constelación depresiva como una situación infantil que predispone a depresiones posteriores. La situación se basa en frustraciones mutuas de la relación infanto-materna (simbiosis).

Edith Jacobson habla de una temprana fase preedipal, donde se forman imágenes buenas y malas del ser y los objetos. Describe la identificación mágica, el deseo del bebé de ser uno con la madre. Pero ella aparentemente no cree que la principal situación de ansiedad del depresivo tenga sus raíces en esta temprana fase infantil, ya que discute el efecto de los primeros disgustos que los padres ocasionan y piensa que el proceso psicótico se pone en marcha probablemente por una reactivación de un conflicto infantil centrado primordialmente en los dos padres (situación edipal).

Bibring sugiere que la experiencia chocante de desamparo que el niño sufre es el trauma principal y el punto de fijación para depresiones posteriores. Mark Kanzer (1952) sugiere que la escena primaria puede ser la principal situación traumática en la

depresión.

Parece haber acuerdo entre todos los autores, con la excepción de Jacobson y Kanzer, que la situación depresiva funda mental debe buscarse en la relación del niño con su madre durante el primer año de vida. Jacobson pone énfasis en la importancia primordial de los primeros disgustos causados por los padres en la situación de Edipo, punto también señalado por Abraham. Melanie Klein y Rádo hacen énfasis en la importancia secundaria de la situación edípica en el problema de la depresión, mientras Helene Deutsch discute acerca del papel importante desempeñado por el complejo de castración como un núcleo frecuente en el conflicto depresivo. La interrelación de objetos internos y externos que Abraham describe, apenas son mencionados por Rádo, pero son desarrollados en detalle por Melanie Klein. Jacobson y Helen Deutsch no han presentado sus puntos de vista en forma suficientemente clara.

## **6)El papel desempeñado por el superyó en la depresión**

La severidad o implacabilidad del superyo depresivo ha sido recalcada por casi todos los escritores que han tratado el problema de la depresión, comenzando con Freud, quien descubrió al superyo en 1917. El dice que el conflicto melancólico se bate entre el yo y el superyo y que este conflicto no es reprimido “luego de la regresión de la libido el «proceso depresivo» puede hacerse consciente y se presenta a la conciencia como un conflicto entre una parte del yo y la agencia crítica”. Subrayo aré aquí que la conciencia que se tiene del superyo en la melancolía es lo que hace que su investigación sea particularmente propicia.

En 1923 Freud señaló el aspecto perseguidor del superyo Weiss, en 1926, también ve a la conciencia como un objeto introyectado perseguidor. Melanie Klein ha hecho descripciones de los objetos ideales, así como de los perseguidores, en el superyo del paciente depresivo y sugiere que las frecuentes combinaciones de estos objetos son el motivo por el cual los objetos ideales son tan severos. Abraham habla únicamente acerca de la hostilidad del superyo, mientras que Rádo hace énfasis en que el superyo del depresivo es un objeto ideal que toma, en segundo término, los impulsos agresivos del ello. Jacobson describe dos procesos consecutivos en el desarrollo del superyo depresivo. E' primero es una identificación del paciente con los padres desinflados y el segundo lo describe como la construcción de una imagen paterno-materno fuerte, pero sádica como el superyo. La mayoría de los autores parecen pensar en el superyo como si consistiera de una sola figura. Abraham, Weiss y Melanie Klein, sin embargo, han descrito a más de un objeto representado en el superyo depresivo.

He encontrado un solo autor, Bibring, que no pone énfasis en el papel que desempeña el superyo en la depresión. En su opinión la depresión es principalmente un fenómeno yoico. Es evidente que su opinión es controversial.

La relación entre los impulsos agresivos y la severidad del superyo es uno de los puntos en los que Freud particularmente ha hecho hincapié; dice que parecería que en la melancolía “el superyo ha tomado posesión de todo el sadismo disponible en la persona que se está tratando”. Abraham dice que los reproches dirigidos al objeto amado se convierten en parte de los reproches que el superyo dirige al ser. Weiss escribe, en 1926, que impulsos destructivos instintivos se encuentran en el objeto introyectado perseguido, uno de los objetos del superyo que él describe. En otro estudio posterior escribe acerca de la proyección o el traspaso de los impulsos agresivos a un objeto amado omnipotente, un punto de vista muy parecido al sostenido por Rádo. Melanie Klein recalca la falta de realismo del superyo sádico. Ella fue la primera en sugerir que los impulsos sádicos contribuyen a la severidad del superyo

temprano así como al del superyo en la depresión. Edith Jacobson compara el superyo poderoso, indestructible, pero sádico, con una madre cruel y poderosa que tortura a un niño pequeño, indefenso e impotente; ella no dice si cree que esta figura es una imagen de la fantasía o la introyección de una figura materna realmente mala. Llama la atención a los rasgos poco realistas de las imagos paternas primitivas que no corresponden a una presentación auténtica de los padres. Es posible, por lo tanto, que sienta que los impulsos agresivos del ello contribuyen a la formación de un superyo sádico en la depresión.

En lo que se refiere al problema del desarrollo temprano del superyo en la depresión, desearía mencionar la opinión de Weiss, quien cree que los primeros procesos omnipotentes tienen influencia en el desarrollo del superyo, mientras que Edith Jacobson insiste en que el desarrollo temprano del superyo en la depresión es un factor específico (que se aplica únicamente a la depresión). Melanie Klein cree que el núcleo del superyo está formado por objetos introyectados desde la primera infancia. Rado describió a los tormentos del hambre como un mecanismo primario de autocastigo, pero cree que el superyo depresivo recién se forma en el período de latencia. Zetzel, en 1952, hace una contribución interesante e importante al problema del desarrollo temprano del superyo y escribe: “¿Cómo reconciliamos la hipótesis de que el superyo se deriva del conflicto de Edipo (genital) con las características pregenitales del superyo depresivo? Podemos explicar estas características como fenómenos regresivos atribuibles a fijaciones pregenitales que sabemos están presentes en estos individuos, o podemos asumir que la incapacidad de dominar situaciones pregenitales ha afectado, desde el principio, la formación del superyo en tal manera que aún en un relativo estado de salud el superyo depresivo se caracteriza por rasgos pregenitales rígidos que hacen que el individuo sea particularmente vulnerable a cualquier evento que al hacer disminuir su propia estima empuje al superyo patológico a un autorreproche melancólico? Y por último, ¿no es posible que en enfermedades depresivas la regresión lleve hasta los ahora generalmente aceptados precursores del superyo definitivo, o sea, las introyecciones e identificaciones del período pregenital?”.

Al hacer un sumario podemos dejar constancia de que la mayoría de los escritores que han escrito sobre la depresión son de la opinión que los impulsos agresivos contribuyen a la rigidez del superyo. El problema del desarrollo temprano del superyo permanece siendo uno de los pocos puntos controversiales en la teoría psicoanalítica de la melancolía.

## **7) La relación de la paranoia y las ansiedades paranoides con la depresión**

En 1926 Weiss llamó la atención a la similitud entre la depresión y la paranoia, sugiriendo la descripción “síndrome melancólico y paranoide”. Escribió que si el objeto introyectado perseguidor (la conciencia) se proyectaba hacia el mundo exterior, el resultado sería la paranoia. De esta manera, un conflicto melancólico podría transformarse en un verdadero caso de paranoia. Presenta material clínico para ilustrar sus observaciones. En 1933 Helene Deutsch describe pacientes ciclotímicos que pasaron por fases agresivas intensas que nunca llegaron a ser auténticos casos depresivos; cuando el período agresivo llegaba a su fin el paciente se tornaba en maníaco. Estos estados tenían un carácter definitivamente paranoide. Helene Deutsch describe a una paciente que no se sentía amada, pero sí se sentía maltratada y perseguida y que constantemente respondía a lo que ella imaginaba eran relaciones negativas de la analista con agresión furiosa del tipo paranoide. Deutsch sugiere que pacientes de este tipo lidian con sus sentimientos de culpa, resultado de su propia

actitud agresiva, por medio de un mecanismo de proyección con el que declaran al mundo exterior que están siendo maltratados y odiados. De acuerdo con la experiencia de Deutsch, si este mecanismo de proyección se estabiliza, la enfermedad del paciente puede convertirse en un verdadero caso de paranoia. Deutsch, en su descripción, confirma en forma contundente la formulación y la experiencia clínica de Eduardo Weiss. Melanie Klein (1935) llama la atención a la relación cercana que existe entre las ansiedades paranoides y las depresivas, tanto en el niño como en el paciente adulto. Explica estas observaciones por el hecho de que en la fase más temprana de la infancia, ella llama la posición esquizoparanoide, predominan las ansiedades y los mecanismos paranoides. Las ansiedades y los mecanismos de la temprana posición paranoide gradualmente van cambiando hasta convertirse, hacia los mediados del primer año (de los cuatro a los seis meses de edad aproximadamente), en ansiedades de la posición depresiva. En esa época hay un cambio en la naturaleza, tanto de las relaciones objetales como de las ansiedades, pero las ansiedades y los mecanismos paranoides previos tienden a infiltrarse dentro de la posición depresiva y, si las primeras ansiedades paranoides han sido severas, a menudo interfieren con la penetración normal de las ansiedades depresivas. Hay también una tendencia a regresar, por lo menos parcialmente, a la posición esquizoparanoide si la penetración de las ansiedades depresivas encuentran obstrucción; esto puede suceder con facilidad si en la posición depresiva las ansiedades y los sentimientos de culpa son excesivos. El resultado fácilmente podría llegar a ser que no solamente los conflictos depresivos de la infancia permanezcan sin resolver, sino también, que los rasgos paranoides surjan como una parte de la personalidad del niño y del adulto. Las personas de este tipo están expuestas a tener enfermedades depresivas más adelante, que reavivan los conflictos depresivos no resueltos y las primeras ansiedades paranoides. Fenichel (1945) también ha llamado la atención a la relación entre la paranoia y la melancolía. Escribe que la persona deprimida que llora la muerte de un ser querido teme que el muerto se transforme en un perseguidor por los deseos de muerte que habían existido con relación a él. “Las personas muertas”, dice él “pueden buscar venganza y regresar para matar a los vivos. También sugiere que el miedo a los muertos aumenta la ambivalencia. (Melanie Klein describió en 1946 el temor que se tiene a objetos muertos perseguidores y la agresividad aumentada que existe hacia ellos). Fenichel también declara que “en depresiones melancólicas la suposición de ser envenenado no es rara, originándose en el sentimiento de estar siendo destrozado por alguna fuerza oral introyectada”. Menciona también que el miedo de ser comido por algo que está dentro del cuerpo es una venganza para la introyección sádica.

Bychowski (1952) considera que algún germen de un delirio paranoico puede observarse en casi todos los pacientes que tienen rasgos depresivos desde hace un tiempo. También menciona que “cualquier desarrollo paranoico en el curso de una depresión, revela mecanismos proyectivos más característicos del círculo esquizofrénico”. En 1949 Anderson (citado por Bychowski) señala que los individuos deprimidos están ansiosos y tienen miedo de dormir por temor a encontrar en sus sueños personas amadas que han perdido, que aparentemente regresan a ellos como perseguidores. Los pacientes sienten que no tienen derecho a estar vivos mientras los seres queridos han muerto. “La única forma en que ellos pueden subsanar el mal, cosa que se ven obligados a hacer, es muriendo ellos también. En realidad esto se les requiere a menudo en sus pesadillas.”

Es evidente que un número de analistas ha reconocido la importancia de los elementos paranoides en la depresión. Esto se relaciona de cerca con las experiencias de la psiquiatría no orientada analíticamente. Es interesante notar que Bowman y

Raymond encuentran que el tipo más común de delirio en los casos maníacodepresivos es el de tipo persecutor, que se encuentra en un veinte por ciento del total de los pacientes maníacodepresivos. Coenan informa sobre estados paranoides que ocurren frecuentemente dentro del síndrome maníacodepresivo. Petren también menciona que ideas de persecución en desórdenes maníacos ocurren principalmente en pacientes depresivos. Es evidente, luego de esta descripción, que los analistas podrán hacer contribuciones importantes para clarificar más la relación entre la paranoia y la depresión.

## **8) La relación de la depresión con la neurosis obsesiva, la perversión, la manía y la esquizofrenia**

Se ha escrito una cantidad considerable de literatura psiquiátrica y psicoanalítica sobre la relación entre la depresión y varios desórdenes neuróticos y psicóticos. Es éste un tema demasiado extenso para que yo lo trate en este estudio, de manera que sólo presentaré unos pocos puntos pertinentes. Abraham investigó la relación cercana entre los estados obsesivos y la depresión. Freud, Melanie Klein, Stengel y otros han contribuido con estudios al mismo tópico. Lampl-de-Groot ha llamado la atención a la íntima conexión existente entre perversiones sadomasoquísticas y depresiones.

La muy cercana relación existente entre la manía y la depresión ha sido observada por prácticamente todos los principales investigadores que han estudiado el problema de la depresión. En realidad, la mayoría de los autores al tratar la psicopatología de la depresión, tratan simultáneamente a la de la manía —en efecto, los estados “maníacodepresivos”—. Es bien sabido que después de más de dos mil años de intensa controversia sobre el problema de la depresión y la manía, Kraepelin sugirió que las dos enfermedades eran en realidad la manifestación de una enfermedad: “la locura maníacodepresiva”. La única enfermedad depresiva que él consideraba por separado de este desorden era la “melancolía involutiva”. Esta correlación de la manía y la depresión es señalada con énfasis en los escritos de Freud, Abraham, Weiss, Rádo, Schilder, Deutsch, Klein, Fenichel, Jacobson, Rochlin y otros. Dada la enorme extensión de este tema, dejaré la discusión para una fecha futura.

La relación entre la esquizofrenia y los estados maníacodepresivos ha ocupado a los psiquiatras por muchos años. Algunos, como Nolan E. C. Lewis, han hecho ensayos para diferenciar la esquizofrenia de enfermedades maníacodepresivas por medio de diagnósticos diferenciales sumamente detallados. El cree que la existencia de síntomas esquizofrénicos en una enfermedad maníacodepresiva implica un diagnóstico equivocado. Dice que aun un vestigio de esquizofrenia en estados maníacodepresivos significa que es un caso de esquizofrenia.

Por otra parte, Aubrey Lewis, en un estudio detallado de 61 casos de melancolía presentado en 1936, llega a la conclusión de que una revisión de los casos que exhibían síntomas esquizofrénicos revelan que éstos no son de valor determinante.

La combinación de estados maníacodepresivos con esquizofrenia ha sido confirmada en un estudio hecho por Wyrsh. Al hablar de 18 pacientes con psicosis mixta de naturaleza esquizofrénica y depresiva, declara que de estos casos pudo diferenciar algunos en los cuales el desorden principal era la demencia precoz y otros en los que el desorden principal era la psicosis maníacodepresiva; la otra psicosis, en cada caso, intervenía en forma secundaria.

Entre los analistas han sido pocos los que se han interesado por la naturaleza de la relación existente entre la esquizofrenia y las enfermedades maníacodepresivas. Be<sup>1</sup>lak cree que las dos están muy relacionadas. Bychowski menciona características

esquizoides en un paciente maníacodepresivo, pero ninguno de los dos autores ofrece una explicación psicopatológica para sus observaciones y puntos de vista. Melanie Klein también ha detallado un caso de psicosis maníacodepresiva con características esquizoides. Llega a la conclusión de que los grupos de desórdenes esquizofrénicos y maníacodepresivos están mucho más relacionados en su desarrollo de lo que se había supuesto. En su opinión, los desórdenes esquizofrénicos están relacionados con una fase del desarrollo que ella ha llamado la “posición esquizoparanoide”. Si los mecanismos y ansiedades de este período inicial se infiltran en la posición infantil posterior —la depresiva— pueden interferir con la elaboración normal de la posición depresiva. Los mecanismos y las ansiedades esquizoides pueden persistir junto con las ansiedades y los mecanismos depresivos. Esto explicaría la frecuente combinación de síntomas depresivos y esquizoides en enfermedades psicóticas posteriores. De esta manera Klein ha hecho una importante contribución, no solamente a la teoría psicoanalítica, sino también a un confuso problema psiquiátrico.

#### SUMARIO DE LAS CONCLUSIONES DISCUTIBLES Y LOS NUEVOS DESARROLLOS EN LA INVESTIGACION DE LA DEPRESION

De los datos reunidos en este estudio debería resaltar, con claridad, que son muy pocos los puntos que provocan una verdadera controversia y desacuerdo con referencia a la psicopatología de la depresión. Parece haber muy poco desacuerdo y controversia con referencia a los factores constitucionales, al papel que desempeña la agresión, a la fijación en algunos períodos del primer año, al rol del narcisismo, y, aún, a la importancia del papel que desempeñan ciertos mecanismos y relaciones objetales tempranos, tal como la división de la madre en un objeto bueno y otro malo. Existe controversia con respecto a la forma en que el superyo se desarrolla, tanto en el desarrollo normal como en el de casos de depresión. Por ejemplo, los autores estadounidenses, en su mayoría, no están de acuerdo con la explicación de Melanie Klein de que la severidad del superyo melancólico puede explicarse por el hecho de que en la depresión se ha retenido la implacabilidad del superyo infantil inicial. Debe señalarse, sin embargo, que Edith Jacobson cree que el superyo del paciente depresivo se desarrolla mucho más temprano que el de los pacientes que no son depresivos. Parecería haber acuerdo en que los impulsos agresivos del ello contribuyen a la severidad e implacabilidad del superyo melancólico.

Hay muchas diferencias de opinión con respecto a los detalles del desarrollo infantil inicial: la importancia de situaciones infantiles tales como la situación del “bebé hambriento colérico”, el estado de incapacidad del niño, o fases del desarrollo tales como la “posición depresiva”, siendo esta última aceptada por muchos escritores ingleses, pero por pocos estadounidenses.

Al examinar el material expuesto en este estudio parecería que se están llevando a cabo investigaciones muy interesantes sobre el problema total de la depresión y que hay aún mucho para hacer, siendo los puntos principales a seguir estudiando para aumentar nuestros conocimientos, aparentemente, los siguientes:

primeras fases infantiles que predisponen a crisis depresivas posteriores, detalles y naturaleza de los mecanismos y las identificaciones que se encuentran en la depresión, y la comprensión de los rasgos esquizofrénicos en la depresión.

Traducción de Margarita Grassi.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, K. (1911).— “Notes on the Psycho-analytic Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions”.

(1916).— “The influence of Oral Erotism on Character-Formation”.

(1924).— A short Study of the Development of the Libido. Contained in “Selected Papers”. (London: Hogarth, 1942.)

ANDERSON, E. W. (1949).— Aspects of Pathological Grief and Mourning “Int. J. Psycho-Anal.”, 30, 48-55.

BELLAK, L. (1952).— “Manic-Depressive Psychosis and Allied Conditions”. (New York: Grune & Stratton.)

BENEDEK, T. (1950).— Climaterium: a Developmental Phase. “Psychoanal. Quart.”, 19, 1-27.

(1956).— Towards the Biology of the Depressive Constellation. “J. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 4, P.art. III.

BIBRING, E. (1952).— “Das Problem der Depression”. “Psyche, Stuttgart”, 5, 81-101.

(1953).— The Mechanism of Depression. In: “Affective Disorders”. (New York: “Int. Univ. Press”.)

BLITZSTEN, N. L. (1938).— Psycho-Analytic Contributions to the Conception of Disorder Types. “Amer. J. Psychiat.”, 94, 1431-1439.

BIRIERLEY, M. (1939).— A Prefatory Note on Internalized Objects and Depression. “Int. J. Psycho-Anal.”, 20.

BRILL, A. A. (1911).— Ein Fall von Periodischer Depression psychogenen Ursprungs. “Zentralbl. f. Psch.”, 1, 158-164.

BYCHOWSKI, G. (1952).— “Psychotherapy of Psychosis”. (New York: Grune & Stratton.)

CARVER, A. (1921).— Notes on the Analysis of a Case of Melancholia. “J. of Neur. & Psychiatry”, 1.

CLARK, L. Pierce. (1919).— The Psychological Treatment of Retarded Depression. “Amer. J. Insanity”, XLV.

COENAN, T. (1936).— “Paranoid States in the Manic-Depressive Syndrome”. (Bonn: Kubens.)

DEUTSCH, H. (1932).---- “Psychoanalysis of the Neurosis”. (London: Hogarth), Ch. 11.

(1933).— Zur Psychologie der Manisch-depressiven Zustände, insbesondere der chronischen Hypomanie. “Int. Zeitschr. f. Psychoanal.”, 19.

(1951).— Abstract of Panel Discussion of Mania and Hypomania. “Bull. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 7, N° 3.

DOOLEY, L. (1921).— A Psychoanalytic Study of Manic-Depressive Psychosis. “Psychoanal. Rev.”, 8, 37-72, 144-167.

ENGHOF, O. L. and PRANZ-LEICHSMAN (1956).— Spontaneous and Experimentally Induced Depressions in an Infant with a Gastric Fistula. A Contribution to the Problem of Depression. “J. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 4, N° 4.

FEDERN, P. (1923).— Die Geschichte einer Melancholie. “Int. Zeitschr. f. Psychoanal.”, 9.

(1953).— “Ego Psychology and the Psychoses”. (New York: Basic Books.)

FEIGENBAUM (1926).— A Case of Hysterical Depression. “Psychoanal. Rev.”,

12, 404-423.

FENICHEL, O. (1945).—“The Psychoanalytic Theory of Neurosis”. Depression and Mania. London: Kegan Paul), Ch. XVII.

FESSLER, L. (1950).— The Psychopathology of Climateric Depression. “Psychoanal. Quart.”, 19, 28-42.

FRANKIR, L. (1954).— “The Organized Adaptive Aspect of the Depression Elation Response”. Depression, ed. G. and Zubin. (New York: Grune & Strattoa), Ch. IV.

FREUD, S. (1917).—“Mourning and Melancholia”. S. E., Vol. 14.

(1923).—The Ego and The Id.

(1926).— Inhibitions, Symptoms and Anxiety.

FRUMKES, G. (1946).— A Depression which Recurred Annually. “Psychoanal. Quart.”, 15, 351-364.

GARMA, A. (1947).—Psycho-analytic Investigation in Melancholias and other Types of Depressions. “Year Book of Psycho-Anal.”, 3.

GAIRMA, A. and RASCOVSKY, L. (1948).—“Psicoanálisis de la melancolía”. (Buenos Aires: Asociación de Argentina), p. 516.

GEROE, G. (1936).— The Construction of Depression. “Int. J. Psycho-Anal.”, 17, 423-461.

GREENSON, R. iR. (1954).— The Struggle Against Identification. “J. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 2, 200.

HARNMK, J. (1932).— Introjection and Projection in the Mechanism of Depression. “Int. J. Psycho-Anal.”, 13, 425.

JACOBSON, E. (1943).—Depression; the Oedipus Complex in the Development of Depressive Mechanisms. “Psychoanal. Quarterly”, 12, 541-560.

(1946).— The Effect of Disappointment on the Ego and Superego Formation in Normal and Depressive Development. “Psychoanal. Rev.”, 33, 129-147.

(1951).—Panel on Mania and Hypomania. “Bull. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 7.

(1953).— Contribution to the metapsychology of Cyclothymic Depression. “Affective Disorders”, ed. Phyllis Greenacre. (New York: Int. Univ. Press.)

(1954).—Psychotic Identifications. “J. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 2. (1954).— Transference Problem in the Psychoanalytic Treatment of Severely Depressed Patient. “J. Amer. Psychoanal. Assoc.”, 2, N° 4.

KANZER, M. (1952).— Manic Depressive Psychosis with Paranoid Trends. “Int. J. Psychoanal.”, 33, 1.

KLEIN, Melanie (1927).— “Symposium on Child Analysis”. Contributions to Psychoanalysis (1921-45) (London: Hogarth, 1948).

(1933).— “Early Development of Conscience in the Child”. Contributions, etc., and Psychoanalysis Today, ed. Sándor Lorand (London: Allen and Unwin, 1948).

(1935).— “A contribution to the psychogenesis of the Manic-Depressive States”. Contributions, etc.

(1940).— “Mourning and its Relations to Manic-depressive States”. Contributions, etc.

(1946).— “Notes on some Schizoid Mechanisms”. Developments in Psycho-Analysis. (London: Hogarth, 1952.)

(1948).— “On the Theory of Anxiety and Guilt”. Developments in Psycho-Analysis.

(1955).— “On Identifacation”. New Directions to Psycho-Analysis. London: Tavistock.

(1957).— Envy and Gratitude. London: Tavistock.)

LAMPL-DE GROOT, J. (1953).— “Depression and Aggression”. Drives, Affects and Behaviour, ed. Loewenstein.

LEWIS, A. (1936).—Melancholia: Prognostic Study and Case Material. “J. Ment. Sc.”,

82, 488-588.

(1944).—Depression. "J. Ment. Sc.", 90, 256-265.

LEWIS, N. D. O. and HUBBARD, L. D. (1931).—The Mechanisms and Prognostic Aspects of the Manic-Depressive-Schizophrenic Combinations. "A. Research Nerv. & Ment. Dis., Proc.", 11, 539-608.

LORAND, S. (1937).—Dynamics and Therapy of Depressive States. "Psychoanal. Rev.", 24, 339.

(1946).— "Neurotic Depression". Technique of Psycho-Analytical Therapy. (New York: Int. Univ. Press). Ch. 8.

MAEDER, A. (1911).— Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. "Jahrbuch f. ps. u. psp. Forschungen", 3, 479.

MASSERMAN, J. H. (1941).—Psychodynamisms in Manic-Depressive Psychoses. "Psychoanal. iR-ev.", 23, 466-478.

MIEDUNA (1952).— Quoted by Bellak, L., in "Manic Depressive Psychosis and Allied Conditions".

PECK, M. (1936).— Notes of Identification in a Case of Depression. "Psychoanal. Quarterly", 8, 1.

PETREN, A. (1932).—Persecution Ideas in Manic-Depressive Insanity. "Acta Psychiat. et Neurol.", 7, 461-479.

RADO, S. (1927)—Das Problem der Melancholie. "Int. Zeitschr. f. Psychoanal.", 13. Translated 1928 as "Int. J. Psycho-Anal.", 9.

(1951).— Psychosomatics of Depression from the Etiologic Point of View. "Psychosom. Med.", 13, 51-55.

(1954).— "Hedonic Control, Action-Self and the Depressive Spell". Depression, ed. G. Hoch and Zubia, ch. 11.

RICKMAN, J. (1929).— The Development of the Psycho-Analytical Theory of the Psychoses. "Brit. J. Med. Psychol.", 1929-1930.

ROCHLIN, O. (1953).— The Disorder of Depression and Elation. "J. Amer. Psychoanal. Assoc.", 1.

SCHILDER, P. (1928).—"Introduction to a Psycho-Analytic Psychiatry". The Manic-Depressive Psychosis (New York: Nerv. & Ment. Dis. Pub. Co.).

(1933).— Notes on Psychogenic Depression and Melancholia. "Psychoanal. Rev.", 20, 10.

SCOTT, W. C. M. (1946)—A Note on the Psychopathology of Convulsive Phenomena in Manic-Depressive States. "Int. J. Psycho-Anal.", 27.

(1955).— A Psycho-Analytic Concept of the Origin of Depression. "New Directions in Psychoanalysis". (London: Tavistock), Ch. 3.

SPITZ, R. A. (1946).— Anaclitic Depression. "Psychoanal. Study of the Child", 2, 313-341.

(1954).—"Infantile Depression and the General Adaptation Syndrome". Depression, ed. Hoch and Zubia. (New York: Grune & Stratton), Ch. VII.

STENGEL, E. (1945).— A Study on Some Clinical Aspects of the Relationship between Obsessional Neurosis and Psychotic Reaction Types. "J. Ment. Sc.", 91, 166-187.

WEIGERT, E., and others (1953).—"An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-Depressive Psychosis". Report of Washington School of Psychiatry.

WEISS, E. (1926).— Der vergiftungswahn hat Lichte der Introjektions und Projektionsvorgänge. "Int. Zeitschr. f. Psychoanal.", 12, 466.

- (1932).— Regression and Projection in the Superego. "Int. J. PsychoAnal.", 13, 449.
- (1944).— Clinical Aspects of Depression. "Psychoanal. Quarterly", 13, 445-461.
- WHITE, W. A. (1936).—Personality, Psychogenesis and Psychoscs. "J. Nerv. & Ment. Dis.", 83, 645-660.
- WINNICOTT, D. W. (1955).— The Depressive Position in Normal Emotional Development. "Brit. J. Med Psychol.", 28, Pt. 2 and 3.
- WINNICOTT, D. XV. (1957).—"The Child and the Family". (London: Tavistock.)
- WITZEL, A. E. (1953).— Regression in Manic-Depressive Reactions. "Psychiat. Quarterly; 7, 387-400.
- WIRSCH, J. (1937).— Manic Depressive Psychosis associated with Schizophrenia (Mixed Psychoses). "Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat", 159, 668-693.
- ZETZEL, E. (1953).—"The Depressive Position". Affective disorders, ed P. Greenacre (New York: Int. Univ. Press).
- ZILBOORG, O. (1931).—"Depressive Reactions Related to Parenthood". A Research Nerv. & Ment. Dis., 11, 413-449.
- (1931).— Depressive Reactions Related to Parenthood. "Amer. J. Psychiat.", 10, 927.
- (1948).—"Manic-Depressive Psychosis". Psychoanalysis Today, ed. Sándor Lomád. (London: Allen and Unwin.)