

Del narcisismo a la depresión a través de la agresión. Ilustraciones clínicas para el desarrollo de un modelo transformacional de un subtipo de depresión

From narcissism to depression via aggression. Clinical illustrations to develop a transformational model of a subtype of depression

Hugo Bleichmar †, Javier Ramos*, Ángeles Castro*, Jesús Fernández Rozas*

* Hospital Universitario 12 de Octubre

Resumen

El presente trabajo presenta un itinerario posible para explicar cómo un trastorno depresivo puede aparecer como el resultado final de un proceso que se inicia en un narcisismo patológico (vulnerable o grandioso) y en el que la agresividad juega un papel esencial. El objetivo es tratar de comprender cómo y por qué cada eslabón en este proceso conduce al siguiente eslabón. Esta aproximación, a la que denominamos modelo transformacional, se ilustra a través de una serie de descripciones clínicas extraídas de una terapia grupal de tiempo limitado. Este modelo transformacional para la comprensión de la depresión en pacientes con patología narcisista tiene como ventaja fundamental el hecho de hacer posible el diseño de intervenciones terapéuticas específicas que inciden sobre cada uno de los elementos implicados en el proceso. Sugerimos que este modelo, aplicado aquí al ámbito de la depresión, puede ser asimismo aplicado a la comprensión y el tratamiento de otros trastornos psicopatológicos.

Palabras clave: Depresión, Narcisismo, Agresión.

Abstract

This paper presents a possible pathway, including the pathway's interim steps, through which a narcissistic disorder –grandiose or vulnerable– and aggression can contribute to produce, as an end result, a depressive disorder. An attempt is made to understand how and why each step in the pathway leads to each subsequent step. This step-wise approach, which we are calling the transformational model, will be illustrated through several clinical cases derived from a time-limited group psychotherapy. The benefits of a transformational model for understanding depression in individuals with narcissistic pathology is that such an approach could prove useful in designing more effective

therapeutic interventions that are individually-tailored to target each of the specific steps in the pathway. We suggest that a transformational model, applied here towards depression, similarly could be applied to improve the understanding and treatment of other psychopathological disorders.

Keywords: Depression, Narcissism, Aggression.

Los orígenes de la Unidad de Psicoterapia del Hospital Universitario 12 de Octubre están estrechamente ligados a la figura del Dr. Hugo Bleichmar. No es ninguna exageración decir que actuó como mentor de esta Unidad desde su inicio, participando en ella de una forma decidida y apasionada. Y es preciso aclarar que esta participación no se limitó al asesoramiento teórico y la supervisión técnica. El Profesor Hugo Bleichmar no quiso nunca acomodarse a observar las cosas desde la distancia confortable que da el estar en la barrera. Antes al contrario, en un gesto conmovedor en alguien de su posición y su prestigio, decidió bajar a la arena asistencial de la Sanidad Pública y desplazarse a un hospital ubicado en un distrito alejado de las zonas nobles de la Comunidad de Madrid para trabajar con pacientes cuyas difíciles condiciones socioeconómicas tiñen de un modo especial la presentación clínica de su sufrimiento. La generosidad del Dr. Bleichmar a la hora de exponerse a todos los niveles, incluyendo la propuesta de ser grabado trabajando como terapeuta grupal, no solo dejó una huella profunda en nuestra Unidad, sino que merece aquí y ahora un sentido homenaje.

Introducción

En la literatura psiquiátrica y psicológica se ha postulado reiteradamente el papel fundamental que la agresividad puede jugar como elemento desencadenante o mantenedor de la depresión (Abraham, 1911/1927; Akhtar y Parens, 2014; Asberg, 2013; Balsamo, 2013; Bjork, Dougherty y Moeller, 1997; Blain-Arcaro y Vaillancourt, 2017; Busch, 2009; Busch et al., 2016; Bushman y Thomaes, 2011; Chue, Gunthert, Ahrens y Skalina, 2017; Freud, 1917; Jacobson, 1971; Kernberg, 1992; Klein, 1935; Lax, 1989; Luutonen, 2007; Ornstein, 1998; Stewart, Fitzgerald y Kamarck, 2010). Se ha sostenido asimismo que la patología narcisista pueden contribuir de manera importante a la generación de ciertos trastornos depresivos (Blatt, 2004; Bleichmar, 1996; Busch, Rudden y Shapiro, 2016; Erkoreka y Navarro, 2017; Kealy, Tsai y Ogrodniczuk, 2012; Kernberg, 1985; Kohut, 1971, 1977; Lax, 1989; Marcinko et al., 2014; Orth, Robins, Meier y Conger, 2016; Tritt, Ryder, Ring y Pincus, 2010), resultando muy útil en este sentido la reciente diferenciación que puede establecerse entre narcisismo grandioso y narcisismo vulnerable (Gore y Widiger, 2016; Miller, Gentile, Wilson y Campbell, 2013; Miller et al., 2011; Pincus, Cain y Wright, 2014). Estos hallazgos han permitido establecer una relación causal entre a) la patología narcisista y la depresión; b) la patología narcisista y la agresión; y c) la agresión y la depresión.

La intención del presente trabajo es aportar datos clínicos obtenidos a partir de diversas intervenciones terapéuticas desarrolladas con pacientes depresivos y que mostrarían cómo una serie de factores se articula en la configuración de un subtipo particular de depresión. Se presentan así diversos itinerarios que incluyen una serie de

pasos, que tienen su origen en una patología narcisista, son mediados por la hostilidad y la agresión, incluyen reacciones por parte del entorno social y culminan en un trastorno depresivo.

El modelo propuesto es una aplicación de una concepción más general de la psicopatología que conceptualiza los trastornos mentales como el resultado de una cadena de sucesivos estados psíquicos, cognitivos y afectivos, que interactúan de un modo dinámico entre sí y también con la realidad exterior, generando finalmente el trastorno en cuestión (Bleichmar, 1996, 2010).

Así, por ejemplo, una biografía marcada por experiencias interpersonales atemorizantes y generadoras de malestar puede predisponer a una persona a desarrollar una fobia social que limita sus oportunidades en la realidad, ocasionando no solo sufrimiento emocional sino también un deterioro de su autoestima. Esta autoestima dañada, este autoconcepto negativo, puede facilitar, a su vez, la aparición de un trastorno por abuso de sustancias que se despliega como forma de compensar el sufrimiento emocional. Sin embargo, este mismo abuso de sustancias puede lacerar aún más la autoimagen del paciente, y arruinar sus relaciones interpersonales, lo cual agudizaría la sensación de fracaso y podría propiciar un derrumbe depresivo. Así, cada uno de los pasos intermedios puede actuar sobre los pasos anteriores, de modo que, además de existir una secuencia lineal de momentos psíquicos, lo que se produce es una red en la que diferentes componentes contribuyen a la generación de otros. En cualquier caso, la configuración psicopatológica final dependerá de la influencia que sobre esta cadena causal ejerzan diversos rasgos de personalidad subyacentes en el paciente.

En el caso de pacientes en los que la patología narcisista, mediada por la agresión, desemboca en un trastorno depresivo, un posible itinerario incluiría diversos factores que entran en juego y que serían, en una posible cadena causal:

1. Existencia de un trastorno narcisista subyacente que conduce a un
2. Desarrollo de expectativas compensatorias poco realistas, bien sobre sí mismo, bien sobre los otros, o bien sobre la realidad en general, lo cual lleva a
3. Decepción y frustración que suscitan a su vez
4. Experiencias subjetivas de sufrimiento y dolor que activan
5. Rabia o resentimiento defensivos que buscan restaurar sentimientos de valía, y que impulsan
6. Funcionamientos agresivos y hostiles hacia figuras significativas, lo que conlleva un
7. Deterioro o pérdida de relaciones relevantes o de oportunidades en la realidad, lo cual supone una
8. Agudización del daño narcisista, dada la inoperancia de la rabia narcisista y coercitiva, activándose
9. Sentimientos de impotencia y desesperanza que disparan la

10. Depresión.

Trataremos de mostrar con ejemplos clínicos que no solo esos factores intervienen sino que se encadenan en secuencias en que cada uno de ellos se activa como respuesta o como consecuencia de la presencia de los otros. El aporte de este trabajo consistiría en la descripción de las secuencias combinatorias por las cuales un factor de la cadena causal activa el siguiente eslabón, así como un intento de explicación psicodinámica de cómo se produce tal activación. Los ejemplos clínicos presentados muestran que no existe un único tipo de secuencia entre los factores, así como que hay procesos recursivos. La utilidad de un modelo como el propuesto quedaría establecida por el hecho de que la comprensión fina de cada paciente en cada momento del proceso terapéutico permitiría al clínico intervenir en cada caso sobre el eslabón activo en ese momento, facilitándose la precisión y la especificidad técnica, con acciones terapéuticas que se dirigen a elementos nucleares de la depresión, y no únicamente a síntomas depresivos que son su consecuencia.

Escenario clínico

Nuestro trabajo se desarrolló en la Unidad de Psicoterapia del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre de Madrid con un grupo de 8 pacientes adultos, 5 mujeres y 3 varones, con edades comprendidas entre los 40 y los 59 años de edad. Elegiremos nombres ficticios para cada uno de ellos. Se trataba de pacientes clínicamente graves, crónicos en lo que atañe a su evolución, homogéneos en lo que se refiere a ciertos mecanismos psicodinámicos subyacentes y refractarios a los múltiples tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos ensayados.

En todos los casos los pacientes cumplían criterios DSM-5 para el diagnóstico de Depresión Mayor, siendo destacable la presencia, la mayor parte del día y prácticamente cada día, de un intenso estado de ánimo deprimido y de una marcada disminución en el interés y el placer sentidos en la realización de actividades cotidianas, especialmente de carácter relacional. En todos los casos era importante la presencia de ideas de muerte, en 5 de ellos (les llamaremos Juan, Irina, Antonio, Mario y Rosana) era apreciable la ideación suicida y en 3 (Irina, Mario y Antonio) se registraban en su historia tentativas autolíticas graves y recurrentes.

En todos los pacientes aparecía como un elemento importante la larga evolución o recurrencia del cuadro depresivo y la imposibilidad de obtener una remisión sintomática ni tan siquiera parcial a pesar de los múltiples abordajes ensayados a lo largo de años de tratamiento en los Servicios de Salud Mental del hospital. Eran pacientes crónicos y refractarios a diversas modalidades terapéuticas, lo que contribuía de un modo claro al sentimiento de desesperanza.

Los pacientes compartían en gran medida una serie de psicodinamismos que podían ser comprendidos en base a biografías que incluían elementos traumáticos tales como: 1) crianzas a cargo de cuidadores psicológicamente perturbados (Catalina), desvitalizados (Juan), fríos (Rosana, Irina, Marina) o violentos (Mario); 2) pérdida prematura de figuras de apego primarias (Irina); 3) infancias marcadas por defectos físicos que dañaban de manera grave la autoimagen del paciente (Rosana, Milagros); 4) patología física dolorosa e invalidante no resuelta o incluso agravada con los tratamientos médicos ensayados (Mario, Catalina). Estas biografías conllevaban estilos relacionales

caracterizados por la rabia y el resentimiento como emociones fundamentales. Se trataba de pacientes depresivos en los que los sentimientos hostiles (claramente comprensibles en algunos de ellos -y mucho menos en otros- por la realidad exterior) jugaban un papel central. Estados afectivos dominados por el resentimiento o la hostilidad y ante los que el paciente solía reaccionar bien con un funcionamiento paranoide/reivindicativo, bien con escepticismo cínico ante la vida, o bien con rabiosa autoprivación –renuncia a relaciones y a oportunidades-.

Todo ello indicaba una clara vulnerabilidad narcisista de la que los pacientes se defendían mediante la hostilidad. Una hostilidad que proporciona un sentimiento de fuerza y orgullo que permite el fortalecimiento de la autoimagen de estos pacientes tan dañados (“yo no soy de los que se rinden”, “yo soy capaz de detectar los ataques y responder eficazmente a ellos”, “yo no me voy a someter a las agravios”, “no voy a tolerar el ser frustrado por el entorno”).

Los pacientes con los que trabajamos estaban realizando psicoterapia psicodinámica individual, y fueron derivados en un momento dado para tratamiento psicoterápico grupal. Con todos ellos se estaba trabajando sobre los mecanismos psicodinámicos subyacentes a su cuadro depresivo: básicamente, la vulnerabilidad narcisista sobresaliente, explicable a la luz de ciertas experiencias traumáticas tempranas, y que conllevaba una vivencia de profundo dolor ante ciertas frustraciones, la percepción del entorno como agresivo y hostil, la emergencia consecuyente de una rabia muy potente y la reacción final en ese registro hostil, bien desde la agresión descargada sobre el mundo circundante o bien desde un ataque dirigido hacia sí mismos (en forma de tentativas de suicidio rabiosas, por ejemplo).

Siendo uno de los objetivos del equipo la generación de una herramienta terapéutica eficaz (al proponerse un trabajo grupal sobre pacientes depresivos que compartían funcionamientos psicodinámicos comunes) y eficiente (al diseñarse un abordaje grupal y breve), lo realmente interesante fue, no obstante, la posibilidad de profundizar en la delimitación y descripción de un subtipo depresivo en el que la agresividad jugaba un papel central y se entrelazaba dinámicamente con otras dimensiones psíquicas para dar como resultado una configuración clínica determinada.

La propuesta que se hizo a los pacientes consistía en invitarles a participar en un grupo psicoterapéutico que tenía como objetivo el añadir un elemento nuevo a un proceso terapéutico que ya estaba en marcha antes del grupo y que proseguiría en formato individual una vez el grupo hubiese concluido. El argumento fundamental para la justificación de esta indicación fue el beneficio esperable de un esfuerzo grupal común en el trabajo sobre patrones de funcionamiento psicológico comunes a todos los pacientes, generadores esenciales de su sufrimiento depresivo. En sus respectivas psicoterapias individuales, los pacientes se habían familiarizado ya con la tarea de detección e intento de modificación de estos patrones psicodinámicos subyacentes.

Se informó a los 8 integrantes de que la intervención se desarrollaría a lo largo de 10 sesiones de 90 minutos cada una, con una frecuencia semanal. Si bien el terapeuta que se hizo cargo del grupo¹ no fue uno de los terapeutas individuales², estos estuvieron presentes a lo largo de la terapia grupal en un papel observador. Las sesiones grupales fueron grabadas en vídeo, siendo revisada cada una de ellas antes del inicio de la sesión siguiente. Los pacientes firmaron un formulario de consentimiento informado explicitando su conformidad con las condiciones del trabajo terapéutico.

El equipo consideró que la actitud del terapeuta debía ser muy activa desde el primer momento. La idea era que los pacientes pudiesen aprender más acerca de un funcionamiento psíquico que tenía como elemento común la hostilidad desplegada para proteger un narcisismo frágil y vulnerable. Que pudiesen comprender mejor qué emociones se disparaban en ellos ante determinadas situaciones. Que pudiesen analizar finamente el modo en que percibían a los otros. Que pudiesen aclarar el modo en que sus biografías y sus vínculos tempranos influían en su manera de vivir circunstancias y relaciones actuales. Objetivos que determinaban la dinámica que se instauraba sesión a sesión, a partir de un resumen de los aspectos básicos trabajados en la sesión precedente y desde el que se proponía los temas a tratar para la sesión presente. No se pretendía llevar a cabo una detallada reconstrucción biográfica de cada uno de los pacientes, ya que esta tarea ya se había llevado a cabo durante el trabajo individual. Se enfatizaba una propuesta en la que el trabajo partía de escenas actuales o recientes, más centrada en los individuos que componen el grupo que en el grupo en su conjunto, y dirigida a la identificación de automatismos y funcionamientos depresógenos característicos de cada paciente. Si bien el objetivo no era fomentar una dinámica encaminada a generar interpretaciones grupales, las reacciones emocionales y las transferencias propiciadas por la situación grupal aportaron un material clínico nuevo y fundamental para la comprensión de los pacientes y para el trabajo psicoterapéutico con ellos.

La agresividad y su articulación en la dinámica psíquica de cada paciente

Primando la claridad expositiva sobre la exhaustividad tomamos solo algunos esbozos clínicos de aquellos pacientes que formaron parte del grupo terapéutico.

Catalina

Catalina es una mujer de 69 años bastante bien llevados. Aparece elegante, vivaz, simpática, ocurrente y aguda, haciendo gala siempre de su inteligencia y su sensibilidad para las artes. Enfermera preocupada por no dejar nunca de crecer profesionalmente (aferrada al trabajo, aunque podría haberse jubilado hace años), llega a mi consulta a través una íntima amiga suya, que es enfermera en Salud Mental. En ese momento es llamativo en ella, a nivel clínico, la alternancia entre un tono vital habitualmente alto, sin dificultades apreciables, y los momentos en que, inopinadamente, sin más desencadenantes identificados que “los períodos invernales, de poca luz”, se derrumbaba estrepitosamente, con episodios en los que, aún más que la tristeza, predominaba la incapacidad para enfrentarse a la vida y la casi imposibilidad para levantarse de la cama.

En un principio adopta una actitud socarrona para expresar el agradecimiento que siente hacia nosotros (su amiga, la psiquiatra que la atiende, yo mismo), que la atendemos con tanta amabilidad y preocupación, cuando a ella realmente no le sucede ni le ha sucedido nada que no le pase “al resto de los mortales”. Llena así de normalidad una historia biográfica infantil marcada por una madre más sádica aún que negligente (que siempre la miró con hostilidad, que no la soportaba, pues veía en Catalina la viva imagen de su suegra, que le tiraba a la carbonera sus preciados libros), por un padre ausente y que no la defendía, y por un hermano con el que nunca se entendió bien. Después tendrá dos matrimonios, ambos desgraciados. Del primero de ellos nacerán dos hijos, supone “por obra del Espíritu Santo, porque mi marido nunca me tocó”. En este sentido, hablando de sus desdichadas relaciones de pareja, sí le es más sencillo conectar con la pena sentida,

anudando a esa temática una frase que volverá una y otra vez en terapia: “yo nunca he sido lo primero y más importante para nadie”.

Progresivamente va apareciendo con mayor visibilidad su lado resentido y paranoide. En la relación con su hija, que nunca la atiende suficientemente (“claro, tiene que ocuparse de su marido”, dice con amargura) y, más aún, con su hijo. Este está casado, tiene dos niñas y vive en la costa. Sufre reiteradamente con él lo poco que es tenida en cuenta. Carga contra su nuera, a la que no soporta, “como buena suegra que es” (irónica). Le indigna que se ignore su criterio (siendo enfermera) en las cuestiones de salud de sus nietas (“que están pésimamente educadas”). Y se desborda cuando interpreta que las visitas a Madrid de la familia del hijo se justifican más por motivos que no son el visitarla a ella.

Ha ido teniendo problemas también cada vez más visibles con sus amigos, a los que les descubre rasgos detestables. Y ha roto taxativamente hace muy poco con una colega profesional con la que había trabado amistad y con la que se ha sentido profundamente decepcionada.

Le cuesta mucho ver su lado agresivo y paranoide. Es una paciente difícil que muestra inicialmente su lado más amable, seductor y entregado, y que rompe taxativamente relaciones cuando no se siente tratada con el cuidado y la atención que siente merece y necesita. Niega entonces todo dolor emocional, y carga con intensa agresividad contra el vínculo que abandona, al que descalifica radicalmente y cuya importancia niega. Ese modo de funcionar hará que deje la terapia de grupo tras la primera sesión, rearmando su narcisismo a través de la degradación absoluta del terapeuta, al que desacredita con inusitada agresividad y al que niega toda opción de reparación de la relación. Resulta muy ilustrativo el modo en que tiene lugar esta maniobra a través de varios correos electrónicos. El primero de ellos es remitido por Catalina a su terapeuta individual (JR) el día posterior a la primera sesión grupal. Dice en él lo siguiente para explicar su decisión de abandonar el grupo:

No dudo de la experiencia profesional del terapeuta grupal, pero no me gusta... Me puso una correa y un bozal. ¿Por qué? ¿Porque podría tomar las riendas? La forma en que me censuró (por no decir, me criticó) para que me callara, me habría causado un gran sufrimiento en otro momento. Ahora, soy indiferente a eso, gracias a ti. Creo que la orquesta es buena, pero no voy a tocar bien el violín con este director.

El terapeuta grupal, en un intento por lograr que la Catalina regresara al grupo, le responde con un correo que incluye este fragmento:

Lamento que te hayas sentido mal por mi causa en la sesión grupal. Para tomar prestada tu analogía, un director ciertamente puede cometer un error. Pero puede corregirlo y eventualmente trabajar bien con el violinista.

En respuesta a este mensaje, la paciente se aferra aún más a su denigración del terapeuta grupal, ampliando su grandiosidad narcisista en una victoria intelectual y moral. Y escribe:

Gracias por la cortesía de escribir, pero tu disculpa es innecesaria. No me sentí mal contigo, ni por ti. Simplemente tuve un momento desagradable, nada más. Lo que llamas interrupción no fue eso: me interrumpiste en mi primera sílaba.

Comparto lo que dijo Hans Jonas en *Principios de responsabilidad*: cuando alguien tiene ante sí a un individuo vulnerable y no puede protegerlo, se comporta inmoralmemente.

Catalina deja de esta forma el grupo, para no regresar más, con un episodio que ilustra parte de un patrón que se repite en su vida: la existencia de una (1) vulnerabilidad narcisista subyacente que conduce a (2) expectativas grandiosas acerca de los demás y de la realidad (fantasía de ser un co-terapeuta o de ser diferente y superior a otros miembros del grupo), lo que lleva a la (3) frustración cuando la realidad no cumple con sus expectativas, lo que lleva a (4) experiencias de dolor y sufrimiento a las que responde con (5) ira/agresión defensiva, con (6) muestras de hostilidad y denigración de otros y/o la situación (como los correos electrónicos), lo que lleva a (7) pérdida de relaciones u oportunidades en la vida real (la posibilidad de aprender algo del grupo), y a un (8) refuerzo de una sensación de daño narcisista cuando su ira coercitiva resulta inútil, lo que lleva a (9) una sensación de impotencia para obtener lo que desea, y finalmente, (10) depresión.

Irina

Irina es una mujer de 57 años, natural de Centro Europa, que reside en Madrid desde 1980. Divorciada desde 2004 tras años de recibir malos tratos a manos de su marido. Tiene dos hijos, varones, de ese matrimonio (29 y 22 años). Vive sola. Es auxiliar de vigilancia de seguridad. Trabaja muchas horas y gana muy poco, en una situación económica que ha ido pasando de lo precario a lo absolutamente desesperado. Hoy por hoy no puede pagar su piso, se está movilizando para obtener ayudas de Servicios Sociales y de Cáritas, ha llegado a planear sobre ella la posibilidad terrible de tener que abandonar su casa para buscar cobijo en un albergue (un fantasma que hace emerger su estilo más característico y su tono más desafiante: “Antes me voy al cementerio. Tengo claro que antes me mato delante de la empresa, del Congreso o de la Asamblea de Madrid”).

Tiene antecedentes médico-quirúrgicos de cáncer de mama. Operada en dos ocasiones ha requerido tratamiento quimio y radioterápico. Diabética.

En la primera entrevista conmigo plantea llorosa, al tiempo que retadora, “no tengo ganas de vivir”. En su relato inicial aparece su potente sentimiento de fracaso. En lo laboral y también en lo familiar, sintiéndose en este sentido tremendamente frustrada por el porvenir que vislumbra para sus hijos, en especial para el pequeño, bronco e irresponsable, que fuma marihuana habitualmente, que no trabaja y que no se centra tampoco en los estudios.

A lo largo de su historia, dice, “nunca me he sentido querida” (solo por su padre, que murió siendo ella pequeña), y se declara ya “cansada después de haber luchado siempre tanto para sacar adelante a los demás” (sus hijos), y “sin conseguir nunca nada para mí”. Se vio muy sola durante la enfermedad (el cáncer), y se siente también muy sola ahora, sin apoyos o protección, con muchas aperturas económicas. A pesar de que es innegable que es una mujer luchadora y con fuerza, se halla atravesada por un marcado sentimiento de impotencia/desesperanza al que subyace la intensa sensación de que no le va a ser posible iniciar proyectos que tengan visos de éxito.

Ha hecho varios intentos de suicidio desde los 16 años, el último de ellos en 2009.

Siendo su realidad externa efectivamente durísima, con un sueldo miserable, dificultades económicas, un hijo muy problemático y gran incertidumbre laboral, impacta el modo en que Irina despliega un reaccionar henchido de rabia, intensamente derrotista, que impregna muchas veces la relación con un terapeuta que termina siendo arrollado por la actitud desafiante de la paciente. Así, aquél, se ve constantemente interpelado por un “dime, dime a ver qué es lo que puedo hacer”, que tiene el significado real de un “¿ves?, no puedes decirme nada”. Predomina una actitud con la que contrarresta su sentimiento de impotencia mediante un supuesto realismo en el que el terapeuta también resulta ser impotente. El orgullo (rasgo caracterial central en ella) funciona como recurso defensivo –legítimo y necesario- ante una situación que la humilla. Un orgullo que tiene el efecto de hacerle vivir con intensa rabia su situación.

Juan

Juan es un hombre de 44 años, casado (recientemente separado), con un hijo, que alude “a la desilusión con la vida” y “a la desgana en relación a todo” cuando trata de explicar, con gesto hosco y de profundo disgusto, el motivo que le trae a consulta. Aparece, efectivamente, disgustado, hartado, enojado, pesimista, deprimido, atrapado en un bucle para el que no encuentra salida y en el que destaca el sentimiento de vacío crónico y la sensación de constante insatisfacción.

Esta insatisfacción se despliega de forma predominante, una y otra vez, en el ámbito relacional, tan necesario para el paciente como generador de sufrimiento. Así, cuando Juan procede a destacar libremente las que siente como sus principales dificultades -que serán una constante a trabajar a lo largo de todo el tratamiento-, habla de que es tremendamente inseguro. “Necesito saber lo que opinan los demás de mí, la imagen que doy a los demás”. “Creo que esa imagen es de hosco, huraño...” Aunque él no se ve así realmente, “es más por timidez”. “Necesitaría estar más en la cabeza de la gente”, y se siente profundamente humillado, “como una puta mierda”, cuando se da “cuenta de que no importo en absoluto a gente” que él creía que le apreciaba.

En este sentido, resulta interesante y esclarecedor el modo en que concluye, a partir de indicios mínimos, que no es en absoluto tenido en cuenta, que no se acuerdan para nada de él, que no le valoran ni mucho menos en la medida en que él lo necesita. Se siente entonces humillado, estúpido, y le inunda una rabia descomunal, que le envenena en los momentos en que se retrae y se aísla, o que vierte otras veces sin contemplaciones sobre aquella gente a la que tanto necesita y que tanto le frustra. Va así, poco a poco, destruyendo su mundo relacional, dañándolo activamente o alejándose de él.

Narra una escena que ejemplifica con claridad este estilo psicológico y relacional: Habla de compañeros de trabajo que tenía en el puesto que ocupaba hasta hace relativamente poco (como bedel en la Universidad, lo cual no es un hecho anodino en un licenciado universitario que valora mucho su cultura y su propia capacidad intelectual). Juan sentía que tenían una buena relación, de aprecio y camaradería, y añora (desde la pasividad y el silencio) el vínculo y el contacto cotidiano con ellos. En ese estado de ánimo relata cómo, estando ya cerca las fiestas de Navidad, se acerca un día por el edificio donde trabajaban antes, con la idea de pedir un décimo de lotería, ya que era habitual que la gente que trabajaba allí compartiese el mismo número para ese sorteo: “Cuando llegué me dijeron que no sabían que yo también quería lotería, y que ya se había pasado el plazo. Me cogí un rebote impresionante, les dije que desde que me había ido se habían olvidado de mí... Y ellos me dijeron que era como un niño. ¡Y es que soy el más tonto del planeta!”

(con inmensa rabia), “hacen un concurso y soy el más tonto”. “Creo que estas personas no merecen la pena, debería eliminarlas”. “Pero, ¿sabes qué pasa? que si las elimino, no tengo nada”. “No quiero depender tanto de las personas pero, ¿eso cómo se hace?” (ríe con profunda amargura).

Efectivamente, a lo largo del tratamiento se desprende como objetivo que su expectativa y su necesidad del otro puedan modularse sin que opte en ese esfuerzo por huir y aislarse en el fortín en que su casa se ha convertido. Allí, cuando concluye que la vida de relación le supone un sufrimiento inasumible, se retrae, aferrándose a sus libros, en una especie de “economía de guerra emocional”: no está bien, pero se pone a salvo así del dolor que le genera lo relacional. Del daño que le inflige que la gente de su trabajo no repare siquiera en su ausencia si ha pasado unos días enfermo, de baja. Del sentimiento de humillación que le acarrea el tener que dar un paso al frente y hacerse visible para que los demás le vean.

Pensar en todo esto le resulta muchas veces muy difícil, amargo, deprimente, doloroso. Y preso de ese dolor, llega a presentar reacciones muy agresivas y llamativamente inadecuadas en sesión, atribuyéndome por ejemplo una desconsideración sádica si no prolongo indefinidamente la sesión después de haberle llevado a pensar en lo mucho que necesita del afecto y el reconocimiento de su entorno. Me increpa entonces con acritud, con un “¿por qué me haces esto?” que desborda rabia y resentimiento.

En lo que se refiere a su biografía cabe destacar la idea de Juan de haber tenido una infancia miserable. Era muy enfermizo, y sus padres eran muy fríos, muy básicos. Preocupados exclusivamente por el bienestar material de los hijos, desatendían “otras necesidades”.

Es un paciente que apenas progresa en la terapia individual. “Me encuentro mal”, dice, sufre mucho, está atrapado en un funcionamiento del que no sabe cómo salir. Responde a mis propuestas, una y otra vez, atrincherado en la idea de que “no se ve” haciendo las cosas de otro modo; “no le sale” intentar otra cosa. “No sé ya si tengo ganas”, afirma, de ensayar formas nuevas de estar en el mundo. Es muy destructivo y retador está, al mismo tiempo, muy necesitado. Llega al grupo con una ilusión casi desesperada de que este le dé algo nuevo y positivo.

Mario

Mario es un hombre de 59 años que llega a nuestra Unidad de Psicoterapia deprimido, pero también resentido, dolorido, agraviado, remitido desde la Unidad del Dolor de otro importante hospital de Madrid. Se encuentra mal, con recurrentes ideas de suicidio, “y no quiero -dice- llegar a estar tan mal como en 2008”, cuando se abandonó por completo y se vio obligado a iniciar una psicoterapia con la que mejoró parcialmente. Su vida, impactante, sin espacio para lo anodino, es narrada inicialmente privilegiando dos aspectos fundamentales. De un lado está su aterradora historia médico-quirúrgica (que incluye 24 operaciones), en la que el paciente aparece como víctima de una medicina negligente, inepta y brutal, que le dejó postrado durante años en una silla de ruedas y que le ha legado una situación física plagada de limitaciones y un cuerpo que convive a diario con un dolor intenso. En el otro lado está su compleja y dificultosa vida relacional, con dos matrimonios, tres hijas, una tercera relación sentimental después, apasionada y dolorosa, y aún una nueva pareja, a la que ha conocido estando ya en curso la psicoterapia y con la que romperá poco después. Siendo terrible su situación médica, es llamativo el

modo en que emerge, asumiendo un destacado protagonismo desde el principio, la cuestión relacional, que le ha deparado múltiples disgustos y considerables decepciones, empezando por la amarga experiencia vivida con un padre alcohólico, violento y tiránico.

En los momentos iniciales destaca en el paciente la necesidad de validación de su relato. De reconocimiento enfático de los traumas vividos. De aceptación acrítica de un discurso en el que él aparece como un hombre luchador que no quiere ni oír hablar de rendirse; que se ha empeñado en mantenerse lejos de una eventual resignación a su suerte; que se ha defendido siempre de la adversidad apelando a su orgullo, su rigor, sus principios morales y su capacidad para sufrir. Su narración, que se construye desde la necesidad de ser apreciado, aprobado y hasta admirado por el terapeuta, habla de alguien capaz de ser simpático y seductor, que formaba corrillos divertidos en los hospitales durante sus ingresos, que podía conquistar a una chica desde su silla de ruedas, que se hacía estimar por su sentido de la lealtad y su finura para captar las necesidades del otro. Una vertiente narcisista que se apuntala en su costado paranoide: Mario se carga de razón, se llena de fuerza, se desconecta de la tristeza y se afianza en el ataque cuando siente que se defiende justamente de un agente exterior que le ha generado daños enormes, irreparables muchas veces.

Durante muchas sesiones, la terapia se articula desde el apoyo, enfatiza la validación, no deja dudas acerca de la aceptación del relato y de la imagen que el paciente propone. Una intervención que, al actuar como una suerte de bálsamo narcisista, alivia los síntomas y permite una cierta mejoría anímica, pero que no cambia en nada sus representaciones de sí mismo y del mundo, su modo de percibir la realidad o su estilo relacional.

Desde la tranquilidad que proporciona un vínculo terapéutico sólido, los avances significativos se producirán solo cuando el terapeuta asume un estilo confrontativo para encarar el resentimiento y el funcionamiento agresivo del paciente. Es entonces cuando a Mario le es posible descubrir su modo de registrar la realidad. Cuando puede tomar conciencia de la rabia que se dispara en él cuando el otro le frustra. Cuando puede ver la manera en que ataca entonces vínculos que son para alguien como él (sensible y dependiente de lo afectivo) extraordinariamente valiosos. Es entonces también cuando puede sorprenderse en desagradables identificaciones con su violento padre. Y es entonces cuando puede acceder a un verdadero cambio en lo profundo y ponerse así a salvo de un funcionamiento que le condena a la depresión.

En la actualidad, Mario está bastante bien. Eutímico, incluso animado. Es uno de los pacientes que más ha progresado. Ha alcanzado un razonable conocimiento de sí mismo, de su funcionamiento paranoide. Sabedor de la facilidad con la que se activa en él su aguda sensibilidad para percibir en los otros la inadecuación, la negligencia, la incongruencia, la incompetencia, y para justificar (lógicamente, sin duda) una respuesta agresiva y destructiva en la que se siente potente y cargado de razón. Identificamos ese funcionamiento de Mario como la aparición de “el monstruo de las galletas” y volvemos frecuentemente sobre él.

Marina

Marina tiene 49 años, es enfermera (trabaja en la Unidad del Dolor de un hospital público), está divorciada y tiene una hija de 12 años. Es la segunda de tres hermanas y tiene una madre anciana, que sufre una demencia y que está al cuidado de la hermana

pequeña de Marina. El padre, ya fallecido, sufrió una larga y penosa enfermedad de la que la paciente se ocupó asumiendo un papel protagonista, en parte por su profesión sanitaria y en parte porque desde siempre ha jugado en la familia ese rol cuidador, de solucionadora de problemas activo y responsable. Un rol que la ha desfondado, que le ha generado mucho disgusto y resentimiento, y que ahora se sacude con rabia y desencanto.

La paciente llegó a mi consulta hace ya unos años, muy afectada por un hipertiroidismo que le conllevaba notables alteraciones emocionales, ansiosa y deprimida en relación a una biografía y a unas circunstancias vitales muy desestabilizantes.

Procedente de una familia muy disfuncional, con un padre al que estaba muy apegada y que sentía como víctima de una madre (y de una abuela materna) manipuladoras y con cierto punto de perversidad, ella anheló siempre crear una familia propia armónica y feliz. Casada al fin, madre de una niña, sobrelleva durante años una situación de maltrato importante sin ser capaz de identificar lo que estaba viviendo hasta que no pasa mucho tiempo de sufrimiento. Asumiéndose ya como víctima, narra en multitud de ocasiones, con mucho dolor y mucho rencor, lo poco que se vio apoyada por su entorno. Se sintió mirada frecuentemente con frialdad y escepticismo. No solo no la ayudaban (su familia, sus amigas): más aún, era como si no la creyeran, o como si la culpasen de su suerte. Se vio terriblemente sola con su hija. Y aún ahora, casi diez años después, se sigue viviendo abandonada e incomprendida, atacada muchas veces por sus amigos.

No ha dejado de añorar una relación de pareja desde entonces, pero le resulta extraordinariamente difícil sentirse atraída por alguien o, más aún, fiarse de alguien a quien pueda conocer y por quien se pueda interesar. Es consciente de este extremo, le duele ser así, pero no lo puede evitar. Vive con gran sufrimiento una vida que va pasando sin que pueda remediar su soledad: los amigos o sus hermanas le son siempre insuficientes, no le sirven, no la llenan, la tratan agresivamente, le insinúan que es quejosa y negativa, que es la responsable (o la culpable) de su suerte y su infortunio. Le angustia mucho estar sola, pero ninguna compañía la hace feliz.

En el ámbito profesional se ha visto también muy perjudicada e injustamente tratada a pesar de sus méritos y su valía. Enfermera inquieta y brillante, con mucha formación y ambición, ha terminado por verse arrinconada en una ubicación profesional en la que se siente poco valorada, poco integrada; desarrollando tareas que le son ingratas y empobrecedoras. Insiste en que solo sus condiciones a nivel de horarios y honorarios la mantienen ahí, y esgrime constantemente esa razón para explicar su inmovilismo profesional. En lo relacional, también allí se siente mal, dada de lado, excluida. Todos en su entorno aparecen como insensibles. Incluso malvados. Le cuesta hacer crítica de tal percepción.

Es una paciente que sufre mucho, está mal, necesita mucho de un grupo al que acude también un tanto asustada: “me cuesta hablar”, “aunque en terapia (individual) no lo parezca, me es muy difícil abrirme”.

Rosana

Rosana es una mujer soltera, de 45 años que vincula su depresión con una visión muy negativa de sí, fundamentalmente en el plano relacional y laboral. En lo relativo a este último punto, su situación de desempleo, determinante en la irrupción del episodio

depresivo, se torna dramática al prolongarse más y más y hacerse más y más difícil su reversibilidad. Sin embargo, este extremo, lejos de impulsarla a la acción, la sume en la desesperanza y la impotencia. No busca trabajo y aparece muy inactiva en general. Siente que nada de lo que haga podrá tener éxito, dado que ella misma carece también de valor. Destaca en ella, desde el principio, la dura autodescalificación. Se mira con reprobación y se critica agresivamente, sin que mi apoyo tenga en ella ningún impacto positivo. Al contrario. Ante el apoyo externo reacciona con notable resentimiento, con una actitud arisca y agresiva que despliega con frecuencia tanto en la relación consigo misma (con autodescalificaciones constantes) como en la relación con un otro que intenta cuidarla (incluyendo al terapeuta).

Su narrativa tiene dos aspectos básicos: su falta de valía y la referencia constante a una realidad que siempre vivió como desagradable, opuesta a sus deseos. No quiere nada que venga de afuera: quiere ser ella quien arregle sus problemas, quiere mejorar por sí misma. Cuando recibe algo tiene una vivencia bien de daño narcisista (se lo dan por caridad) o de ataque paranoide (se lo dan por interés). Niega todo deseo: de pareja, de cariño, de cuidado. Atendiendo a su historia, habla de una madre seca, frustrante y poco sensible, que no le dejaba llevar el pelo largo “porque era más fácil lavar y peinar el corto” y la obligaba a vestir falda “porque llevar pantalones era de marimachos”. Privada de una mirada luminosa y de la provisión de esos pequeños placeres infantiles tan importantes, podría pensarse que la paciente se niega ahora a sí misma, de una forma muy rabiosa, toda posibilidad de gratificación. Hay así, por un lado, un funcionamiento masoquista por venganza. Pero también, un defenderse de lo doloroso y frustrante que puede ser sentir una necesidad desatendida. En este sentido, si la paciente se frustró en su momento al no recibir el cariño que necesitaba, “mata” ahora la necesidad de cariño evitando así el riesgo de ser frustrada desde afuera. Su vínculo con el mundo es hostil, y es la hostilidad la que conduce a la depresión. Hay frustración con ella misma, crítica defensiva, aislamiento, más frustración, más crítica al exterior. Está enojada y aparece opositora, siendo fundamental su conducta de autoprivación masoquista por resentimiento. Así, el trabajo fundamental reside en poder explicar la motivación para un funcionamiento auto y heteroagresivo que para ella misma está también muy claro cuando se le señala.

Es evidente que ella experimenta un placer tanto en el rechazar al otro como en la muy activa autodescalificación. Ella se siente henchida de fuerza al criticar. Hay un alarde, un orgullo ante sí misma al mostrar su acción autodescalificadora y destructiva. Parece que no solo se adelanta (defensivamente) a la crítica que pueda venir del otro, sino que hay, junto a ello, un apropiarse del discurso de desaprobación de la madre.

Así, en lo que se refiere a la técnica de intervención se hace preciso, por tanto, privilegiar la interpretación de sus motivaciones inconscientes, llevar a la paciente a preguntarse acerca de qué es lo consigue en su interior a través de su actitud. Mostrar los efectos deletéreos de este modo de funcionar. Confrontar para poder liberarla de un resentimiento que la conduce a negarse toda posibilidad de cariño, intimidad y gratificación.

Rosana ha progresado de una forma notable, está mucho mejor en el momento actual y se ha liberado de la práctica totalidad de sus síntomas depresivos (persiste un modo de comer y de atracarse con pan y patatas fritas que sí tiene mucho que ver con “mandar a la mierda mi esfuerzo de toda la vida de cuidar su imagen física, de estar a dieta mentalmente”). Ha conseguido un trabajo gratificante y que le está ayudando mucho en su autoconcepto. Mucho menos entregada a funcionamientos masoquistas en lo

relacional. Más conectada con su deseo de ser feliz. Acude ilusionada al grupo: “me apetece la experiencia”.

Factores depresógenos fundamentales, articulación psicodinámica y expresión clínica de un subtipo de depresión

En nuestro grupo, la fragilidad narcisista aparece como el elemento primario y central en nuestros pacientes, siendo la rabia un factor crucial que se entrelaza con esa falla narcisista.

Partimos de la idea de que la hostilidad, la rabia, la agresividad, no se constituyen únicamente en un elemento acompañante de lo depresivo; no aparecen solo como un vector que puede emerger para enfrentar lo depresivo (Catalina: “quiero dejar de culparme y enfadarme con el otro, con el que me ha hecho daño”): proponemos también su presencia como agente generador de lo depresivo. Impulsándose un funcionamiento circular en el que la rabia genera depresión al tiempo que la depresión se enfrenta con una rabia desde la que se impone la autoprivación; que estalla destructivamente para arruinar las relaciones interpersonales del paciente; que tiñe la visión que se tiene del mundo circundante, de modo que este aparece como hostil y carente de valor (Marina y Juan hablan así con crudeza de la propia terapia, de lo inútil de “darle vueltas a la mierda”); que destruye la posibilidad de sentir amor (Irina: “no siento cariño por mis hijos”).

El desarrollo de la psicoterapia grupal, complementando o contrastando lo observado en el abordaje individual previo con estos pacientes, hizo posible afinar la comprensión acerca de los modos en que la patología narcisista y el factor hostilidad se conjugaban y se matizaban o variaban en función de la participación de otros elementos de clara relevancia psicodinámica. Se hace posible así en nuestro trabajo la posibilidad de ir estableciendo sucesivas clasificaciones que se despliegan a partir de la toma en consideración de diversos componentes y que permiten desarrollar descripciones de una creciente complejidad y sofisticación dentro de un mismo subtipo depresivo.

1). Siendo central la presencia de *la agresividad* en nuestros pacientes, existe la posibilidad de hablar de una primera clasificación en la que caben *dos subgrupos*: el constituido por *los más inhibidos (el resentimiento “queda dentro”,* como en Marina, Rosana o Juan) y el que incluye a *los más explosivos (y que destruyen activamente las relaciones,* como Mario o Antonio, y también Marina). Varios pacientes anhelan de hecho sacarse de dentro la rabia, desde la fantasía de que eso les permitirá estar mejor. Milagros, que admite estar muy enfadada, le da a este objetivo la denominación de “canalizar el enfado de otro modo”, y le sugiere a Irina enfrentar el doloroso sentimiento de “estar de sobra en el mundo” articulando la idea de que “el otro es el que sobra”. También Catalina dice que su problema es que “no me enfado lo suficiente”, y celebra como un logro el “estar ahora aprendiendo a enfadarme”.

2). Puede hablarse asimismo de un subgrupo en el que *lo paranoide queda replegado en el interior,* en un sentido doliente y fóbico (Marina), frente a otro en el que destaca la *narcisización de lo paranoide* (lo cual añade un punto más a la dificultad para el trabajo psicoterapéutico). Mario es un buen ejemplo de ese modo de funcionamiento. Necesitado de aprecio y admiración, todo su relato se construye desde esa necesidad, y se pone al servicio de la presentación de una imagen de sí en la que aparece como simpático, seductor, atento, agudo, perspicaz. Aspectos narcisistas que se sostienen a su

vez a sobre sus rasgos más paranoides: Mario se gusta tanto más a sí mismo cuanto que no es el tonto crédulo que confía en la bondad aparente de un mundo que él sabe claramente hostil. Se distancia de lo depresivo y conecta con una autoimagen poderosa en la que se siente inteligente y fino, pero también tajante y arrollador en al actuar de un modo que vive como moralmente irrefutable.

3). Otra clasificación permitiría ubicar, de un lado, a aquellos que identifican con claridad una serie de *experiencias traumáticas que explican* su depresión; y de otro lado a los que se declaran sorprendidos de su estado, pues no hallan en su historia sucesos que permitan comprender el origen de su sufrimiento depresivo. Así, Mario sufre las terribles consecuencias de la negligencia médica, y señala en su historia a un padre bebedor y violento; Irina habla de una madre que nunca la quiso (y de la prematura muerte de su padre, que sí la quería), y de su dura experiencia en una relación conyugal de maltrato que duró 22 años. Juan piensa en cambio que “no me ha pasado nada de particular que justifique mi tristeza”, lo cual comenta tras hablar de una infancia “sin cariño ni alegría”, marcada por el asma infantil o el bullying sufrido en la escuela. Rosana, pese a hablar de una madre que “nunca me enseñó a sentir y expresar afecto”, no atisba en su historia nada relevante, aunque no deja de buscar: “lo que más me ayuda es encontrar culpables”.

4). En otro nivel, cabría pensar en un subgrupo de pacientes en los que se mantiene un cierto nivel de *vitalidad y esperanza* (en Antonio y Mario, por ejemplo, permanece la idea de que es posible recibir ayuda, de que tal ayuda facilitará otra visión del mundo y un distinto estado de ánimo) de esos otros (Juan, Marina) que ya no creen que nada bueno les pueda llegar, que se refugian en un pesimismo -en cierto modo protector ante la frustración- que también les atrapa y paraliza. Optimistas de un lado y desesperanzados de otro. Con matices, naturalmente. Porque en el caso de Antonio o Mario la esperanza lo es de encontrar en lo relacional a un otro que apunte su narcisismo, que le comprenda y lo gratifique absolutamente, que le cargue de razón aportándole una mirada que ensalza y narcisiza. Naturalmente, cuando esa expectativa termina por frustrarse (algo inevitable), estos pacientes se ven inundados por la frustración y la rabia, se sienten (a sus ojos) legítimamente ofendidos, *destruyen relaciones* que son esenciales en su vida (Mario con su hija pequeña cuando no le toma en cuenta una Nochevieja) o toman la vía de la autoagresión y el suicidio rabioso (Antonio, al no sentirse apoyado por su mujer).

En el otro extremo, el pesimismo de Marina, por ejemplo, se desplegaría desde el polo fóbico evitativo. En función de las experiencias vividas, absolutamente condicionada por las frustraciones sufridas, herida por la soledad, la incompreensión, el cuestionamiento y la frialdad que tantas veces la han golpeado, Marina está absolutamente convencida de que se topará una y otra vez con un destino hostil y deprimente. Se siente terriblemente sola, y le duele tanto la soledad que vive a todo aquel que la acompañe insuficientemente como un agente dañino y cruel. Anhela hacer planes y tener un encuentro, y le angustia tanto que ese encuentro tarde en concretarse que termina por escuchar con incredulidad y disgusto la propuesta que se ha demorado en llegar. Ha sufrido tanto que no duda en percibir como desconsiderado, insensible y manipulador a cualquier interlocutor que pueda salir a su encuentro. El sentimiento de desesperanza tiene tanta fuerza que define desde ahí todas sus realidades, asumiendo que el golpe está siempre por llegar, defendiéndose por anticipado de los que (es seguro) la van a dañar. Desde ahí, no solo se repliega y se autopriva: se enfurece y observa con rabia virulenta todo aquello que pueda sugerir un nuevo horizonte. Abrirse a la vida es hablar de sí y de sus desgracias, y volver al lodazal de la mierda que viene siendo (y es cada vez más) su vida: “Recordar el dolor no sirve de nada”.

5). Otro aspecto central es el vinculado con el relativo al *rechazo de la ayuda*. Por orgullo, por resentimiento, por escepticismo, por temor a confiar en esa ayuda para finalmente resultar frustrado. Nuevamente, en unos casos el rechazo se ejecuta desde lo fóbico, de una forma pasiva; en otros, desde el enojo y la reivindicación. De modo que en un polo impera el evitar el daño, situándose en el polo opuesto un defenderse atacando, de una manera activa y militante. Rosana, muy orgullosa muchas veces en su empeño de “conseguir las cosas sola”, admite que “mil veces cada día” se autopriva de la ayuda que podría llegarle de afuera como un modo de escapar del dolor de un anhelo que pueda después verse frustrado. Algo compartido por Juan o Marina. En el otro lado, Mario ejemplificaría el rechazo desde una desconfianza narcisizada en alguien que no va a caer en la trampa de creer como un estúpido que “ha nacido ayer”. Juan (y tal vez también Irina), desde el orgullo del melancólico, se atrinchera en su escepticismo y no cree en que nada pueda realmente ayudarlo. Antonio, en cambio, ya se sabe el cuento de lo que es confiar para que luego nadie sea realmente competente y responsable de su parte.

6). Con un matiz diferente aparece la vivencia de que *la propuesta de ayuda es inútil*. Y en relación a ese elemento, la lectura que el paciente hace de la razón por la que dicha ayuda no es generadora de efectos positivos. Desde una posición más depresiva, en la que destaca el *autorreproche*, el déficit narcisista y la visión negativa de sí mismos, algunos pacientes sienten que la ayuda termina por ser estéril al no ser ellos capaces de aprovecharla. La carencia no está en el afuera, sino que se coloca en el interior del sujeto, en un autorreproche que daña aún más al individuo. Por oposición, esos otros pacientes que vuelcan su *hostilidad hacia el exterior* y que desacreditan el valor de la ayuda sin sentir en absoluto que sean ellos los que deban ponerse en cuestión. Hay una necesidad legítima de ser ayudados, y será el valor de lo que procede de afuera lo que deba ser juzgado y evaluado.

7). En todos los pacientes del grupo es indiscutible la importancia del *vector relacional*, justificándose por razones diversas la relevancia de este factor, que se ve asimismo afectado por los esfuerzos de algunos individuos por equilibrar el narcisismo dañado mediante ciertos funcionamientos intrapsíquicos e interpersonales. Algunos pacientes necesitan la relación en tanto en cuanto esta permite nutrir su narcisismo (de manera radical, Catalina; y también, aunque en menor medida, Mario o Antonio). Otros, en cambio, buscan el contacto, fundamentalmente, desde su necesidad de apego (Marina, Irina). En algunos, la necesidad de apego permite potenciar el esfuerzo por mantener relaciones aun cuando estas no supongan una ganancia narcisista importante, tolerando incluso en ocasiones vínculos que confrontan y cuestionan una imagen idealizada (Mario en la relación terapéutica en psicoterapia individual). Otros miembros del grupo, al contrario, no dudan en destruir –a veces con una violencia llamativa– vínculos valiosos si estos dejan de suministrar la mirada narcisizante que les es fundamental (Catalina, al abandonar tanto la terapia grupal como la individual). Ciertos pacientes dañan su vida relacional al defender su narcisismo con una rabia que les hace sentir potentes y eficaces (en Mario, lo que es exitoso para su narcisismo, resulta destructivo para la relación con sus hijas). En otros, la rabia explota de manera brutal cuando fracasa su intento de coaccionar al entorno para que funcione de acuerdo con sus deseos (Alberto, en su tentativa de suicidio rabioso). Hay pacientes, también, que estallan rabiosos y destructivos cuando se ven frustrados en sus relaciones (olvidados, no tenidos en cuenta), encendiéndose furiosos en un comportamiento que atenúa tímidamente el dolor narcisista pero que termina por mostrarse rápidamente ineficaz. Junto a la rabia, también la vergüenza aparece como un sentimiento que emerge de la fragilidad narcisista y que puede complicar la vida relacional: desde la vergüenza intensa se articula un apartarse de

la vida relacional, un protegerse de la mirada del otro sobre la falta propia, pero también un perder así el nutriente afectivo que conlleva la relación (Rosana, al abandonar el grupo estando este ya cerca de su final).

Discusión

La depresión mayor es un trastorno biopsicosocial multideterminado y en el que diferentes factores entran en juego e interactúan entre sí para dar lugar a configuraciones clínicas diversas. La descripción detallada del subtipo depresivo en el que se centra el presente trabajo es solo un intento de ejemplificar un *modelo transformacional* que delinea los pasos sucesivos que conducen a un trastorno. En el caso de la depresión, y junto a la descrita, existen, por supuesto, otras posibles vías, como la que podría derivarse, por ejemplo, de la identificación con unos padres depresivos. Tal identificación puede dar lugar en el paciente a 1) una visión de sí mismo como inútil y del mundo como insatisfactorio; lo que conduciría a su vez a 2) un precario desarrollo de habilidades sociales y prácticas para la vida; facilitándose 3) una percepción de la realidad como amenazante; aumentando así 4) una retracción defensiva y autoprotectora que crea 5) una sensación de impotencia y desesperanza que resulta en 6) depresión.

Los elementos descritos en este trabajo (trastorno narcisista, agresión, deterioro de las relaciones interpersonales) y que se entrelazan entre sí, dan lugar simplemente a una de las posibles secuencias transformacionales de estados psíquicos que se interconectan y devienen en un episodio depresivo. Cabe destacar la presencia de elementos recursivos en las transformaciones secuenciales. Por ejemplo, la agresión contribuye a la depresión, pero la depresión en sí misma puede generar agresión, como un intento de compensar una sensación de impotencia, como se ve en el caso de Rosana.

En el modelo transformacional cada uno de los elementos que forman parte de la secuencia se pueden identificar con categorías habitualmente utilizadas en la clínica, como son, por ejemplo, la patología narcisista, las fobias, o los estados paranoides. Además, se enfatizan las motivaciones defensivas por las que un paso lleva a otro. Por ejemplo, la herida narcisista o los estados afectivos de miedo en los que la psique, para sacudir ese miedo, recurre automáticamente a la agresión, lo que proporciona al yo una imagen de potencia en la que es ya uno mismo quien es capaz de asustar a los otros, en una inversión de la situación en la que el sujeto se siente perseguido.

En este trabajo se subrayan los efectos que el comportamiento del individuo tienen sobre su mundo interpersonal, y cómo esos efectos sobre el afuera producen a su vez un impacto en el individuo, reforzándose aún más la depresión. Esta propuesta puede ponerse en relación con la interesante noción de *psicodinámica cíclica* de Paul Wachtel (Wachtel, 2014a, 2014b), según la cual el comportamiento del individuo contribuye a la creación de profecías autocumplidas: el individuo influye en el entorno, y este responde de un modo que refuerza lo que ya existe en aquél, creándose un círculo vicioso.

Así mismo, se hace preciso señalar aspectos de interés que se hicieron evidentes gracias a la terapia grupal y que no habría sido posible identificar en intervenciones individuales. Probablemente, en un futuro, podamos dedicar un trabajo a la descripción minuciosa de esta terapia grupal y al análisis de las dinámicas que tuvieron lugar en ella. El objetivo aquí es, sin embargo, señalar aquellos aspectos grupales que permitieron observar con detalle el entrelazamiento dinámico de diferentes factores que contribuyen

al desarrollo de un determinado subtipo depresivo. Uno de esos aspectos importantes podría describirse como el diferente significado que la empatía y la comprensión del terapeuta pueden tener cuando se exhiben frente a otros (en lugar de en el entorno de la terapia individual). El caso de Rosana, por ejemplo, muestra las dificultades que pueden generarse en un contexto así, al surgir un sentimiento de vergüenza que llevan a rechazar una oferta de ayuda que se experimenta incluso como retraumatizante. Efectivamente, cuando el terapeuta grupal muestra calidez y simpatía hacia el sufrimiento de Rosana, esta se siente avergonzada ante el hecho de que otros sean testigos de su necesidad de ayuda. Rosana admite que es "una mujer muy orgullosa", que necesita "hacer las cosas por mi cuenta", y se priva así "mil veces al día" de la ayuda que podría recibir del exterior.

De este modo, lo que puede parecer un apoyo cálido desde el punto de vista del terapeuta, puede ser experimentado como vergonzoso por el paciente. Este es un extremo que subraya una dificultad técnica importante: la discordancia entre la visión que un terapeuta puede tener de una intervención dada, alineada con los ideales de empatía, cuidado y contención; y la experiencia subjetiva que el paciente tiene de esa intervención. En la terapia individual, la postura empática del terapeuta se puede asumir como lógica y reparadora. Refuerza la confianza del paciente en las relaciones humanas y puede corregir una visión negativa instaurada por padres fríos, distantes o desvalorizantes. Sin embargo, en el grupo, la experiencia de ser atendido puede ser dolorosa o dañina, ya que expone vulnerabilidades en el paciente que son presenciadas por otros. La vergüenza frente al grupo aparece así como una variable relevante en la ecuación cuando se trata de restaurar una autoimagen dañada.

Todo esto sugiere que puede resultar útil, al comienzo de un grupo, resaltar el hecho de que parte de la terapia grupal para la depresión puede generar sentimientos de vergüenza, al descubrirse rasgos que pueden ser difíciles de aceptar, como la agresión o el resentimiento. Y se hace imprescindible en el transcurso de la terapia grupal validar las reacciones que pueden percibirse como negativas, explicando que tales reacciones ocurran dentro del contexto de la historia personal de cada miembro del grupo (identificaciones parentales, experiencias traumáticas, etc.).

Referencias

- Abraham, K. (1927). Notes on the psycho-analytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. En *Selected Papers on Psychoanalysis* (pp. 137-156). Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Obra original publicada en 1911)
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Akhtar, S. y Parens, H. (2014). *Revenge: Narcissistic injury, rage, and retaliation*. Jason Aronson.
- Asberg, K. (2013). Hostility/anger as a mediator between college students' emotion regulation abilities and symptoms of depression, social anxiety, and generalized anxiety. *Journal of Psychology* 147(5), 469-490.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2012.715601>
- Balsamo, M. (2013). Personality and depression: evidence of a possible mediating role for anger trait in the relationship between cooperativeness and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 46-52.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.007>

- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders. Psychoanalytic contributions to their study* (pp. 13-48). International University Press.
- Bjork, J. M., Dougherty, D. M. y Moeller, F. G. (1997). A positive correlation between self-ratings of depression and laboratory-measured aggression. *Journal of Psychiatry Research*, 69(1), 33-38.
- Blain-Arcaro, C. y Vaillancourt, T. (2017). Longitudinal associations between depression and aggression in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 959-970. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0204-2>
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 935-961.
- Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Paidós.
- Bleichmar, H. (2010). Rethinking pathological mourning: Multiple types and therapeutic approaches. *Psychoanalytic Quarterly*, 79, 71-93.
- Bleichmar, H. (2018). El balance narcisista, un modelo multidimensional con implicaciones para la elección de foco terapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas* (57). <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0001003&a=El-balance-narcisista-un-modelo-multidimensional-con-implicaciones-para-la-eleccion-de-foco-terapeutico>
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Borsboom, D. y Schoevers, R. A. (2016). A Prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatic Journal*, 85(3), 183-184. <https://doi.org/10.1159/000442001>
- Busch, F. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 271-278.
- Busch, F., Rudden, M. y Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression (Second edition)*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bushman, B. J. y Thomaes, S. (2011). When the narcissistic ego deflates, narcissistic aggression inflates. En J. Campbell y J. D. Miller (Eds.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments* (pp. 319-329). John Wiley and Sons, inc.
- Chue, A. E., Gunthert, K. C., Ahrens, A. H. y Skalina, L. M. (2017). How does social anger expression predict later depression symptoms? It depends on how often one is angry. *Emotion Review* 17(1), 6-10. <https://doi.org/10.1037/emo0000239>
- Erkoreka, L. y Navarro, B. (2017). Vulnerable narcissism is associated with severity of depressive symptoms in dysthymic patients. *Journal of Psychiatry Research*, 257, 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.061>
- Freud, S. (1953). Mourning and melancholia. En *Standard Edition (Vol. XIV)* The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis (pp. 243-260). (Obra original publicada en 1917)
- Gore, W. L., y Widiger, T. A. (2016). Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. *Personality Disorder*, 7(4), 363-371. <https://doi.org/10.1037/per0000181>
- Jacobson, E. (1971). *Depression. Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. International Universities Press.
- Kealy, D., Tsai, M. y Ogrodniczuk, J. S. (2012). Depressive tendencies and pathological narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatry Research*, 196(1), 157-159. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.023>
- Kernberg, O. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, Inc.

- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. University Press.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. The University of Chicago Press.
- Lax, R. F. (1989). The narcissistic investment in pathological character traits and the narcissistic depression: Some implications for treatment. *International Journal of Psychoanalysis* 70(1), 81-90.
- Luutonen, S. (2007). Anger and depression -theoretical and clinical considerations. *Nord Journal of Psychiatry*, 61(4), 246-251.
<https://doi.org/10.1080/08039480701414890>
- Marcinko, D., Jaksic, N., Ivezic, E., Skocic, M., Suranyi, Z., Loncar, M., Franić, T. y Jakovljevic, M. (2014). Pathological narcissism and depressive symptoms in psychiatric outpatients: mediating role of dysfunctional attitudes. *Clinical Psychology Review*, 70(4), 341-352. <https://doi.org/10.1002/jclp.22033>
- Miller, J. D., Gentile, B., Wilson, L. y Campbell, W. K. (2013). Grandiose and vulnerable narcissism and the DSM-5 pathological personality trait model. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), 284-290.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2012.685907>
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples-Keller, J. y Campbell, W. K. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: a nomological network analysis. *Journal of Personality*, 79(5), 1013-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00711.x>
- Ornstein, A. (1998). The fate of narcissistic rage in psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 55-70.
- Orth, U., Robins, R. W., Meier, L. L. y Conger, R. D. (2016). Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(1), 133-149. <https://doi.org/10.1037/pspp0000038>
- Pincus, A. L., Cain, N. M., y Wright, A. G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders*, 5(4), 439-443.
<https://doi.org/10.1037/per0000031>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. H.W. Freeman.
- Stewart, J. C., Fitzgerald, G. J. y Kamarck, T. W. (2010). Hostility now, depression later? Longitudinal associations among emotional risk factors for coronary artery disease. *Annals of Behavior Medicine*, 39(3), 258-266. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9185-5>
- Tritt, S. M., Ryder, A. G., Ring, A. J. y Pincus, A. L. (2010). Pathological narcissism and the depressive temperament. *Journal Affective Disorders*, 122(3), 280-284.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.006>
- Wachtel, P. L. (2014a). An integrative relational point of view. *Psychotherapy*, 51, 342-349.
- Wachtel, P. L. (2014b). *Cyclical psychodynamics and the contextual self: The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. Routledge.

¹ Dr. Hugo Bleichmar

² Ángeles Castro, Jesús Fernández Rozas, Javier Ramos