

**DEPRESION
EN NIÑOS
Y ADOLESCENTES**

RÓMULO LANDER

Basada en las lecciones impartidas en el
DIPLOMADO de PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES de la
SOCIEDAD PSICOANALITICA DE CARACAS

Editorial Psicoanalítica

Colección DOCUMENTOS BIBLIOGRÁFICOS de libre circulación
Cada documento lleva su referencia bibliográfica correspondiente
Selección de documentos elaborada por Rómulo Lander
Rlander39@gmail.com
Caracas, 2011

Impresión: Yuruani Güerere
Yuruani73@gmail.com

INDICE DE DOCUMENTOS

1	IDEAS INTRODUCTORIAS AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Rómulo Lander [2011].	Página 7
2	EL CONCEPTO DE OBJETO Capítulo 1, Página 17 del libro: LOGICA DEL OBJETO Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica. 1ª Edición [2011].	Página 11
3	EL OBJETO DESVALORIZADO Y DENIGRADO Capítulo 13, Página 71 del libro: LOGICA DEL OBJETO Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica. [1ª Edición 2011].	Página 15
4	EL OBJETO BIPOLAR Capítulo 19, Página 135 del libro: LOGICA DEL OBJETO Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica. [1ª Edición 2011].	Página 19
5	UNA CONTRIBUCIÓN A LA PSICOGÉNESIS DE LOS ESTADOS MANÍACO-DEPRESIVOS. Segunda parte, capítulo 3, Página 76 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA. Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. [3ª Edición 2009].	Página 25
6	AMOR, CULPA Y REPARACIÓN Segunda parte, capítulo 3, Página 80 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica, [3ª Edición 2009]	Página 29

7

LAS DEFENSAS MANIACAS

Tercera parte, Diccionario Kleiniano, Página 120 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. [3ª Edición 2009] Página 31

8

EL DUELO Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS MANÍACO -
DEPRESIVOS

Segunda parte, capítulo 3, Página 81 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. [3ª Edición 2009] Página 33

9

NOTAS SOBRE ALGUNOS MECANISMOS ESQUIZOIDES

Segunda parte, capítulo 4, Página 84 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica, [3ª Edición 2009]. Página 35

10

SOBRE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Anita Gurian y Robin Goodman
NYU Child Study Center [USA]
Búsqueda en la WEB [2009]. Página 39

11

LOS NIÑOS Y LA DEPRESIÓN

Asociación de SALUD MENTAL [Canadá]
Búsqueda en la WEB [2009]. Página 45

12

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Carol E. Watkins [USA]
Búsqueda en la WEB [2010]. Página 49

13
LA DEPRESION EN LOS NIÑOS
Blog 'La salud mental' [Canadá]
Búsqueda en Internet [2009] Página 57

14
INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO BIPOLAR
Melissa Conrad Stoppler [USA]
National Institute of Mental Health
MedicineNet, Página WEB Página 61

15
¿QUE ES EL TRASTORNO BIPOLAR?
Kay Redfield Jamison
National Institutes of Health [USA]
Búsqueda en la WEB [2009] Página 63

16
NIÑOS EN DUELO
Steven A. King y Tahir Tellioglu
National Institute of Health [USA]
Búsqueda en la internet [2010]. Página 67

17
LÓGICA DEL ACTO SUICIDA
Capítulo 21, EXPERIENCIA SUBJETIVA Y LÓGICA DEL OTRO
Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica,
Caracas [2004]. Página 71

1
IDEAS INTRODUCTORIAS AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.
Rómulo Lander [2011]

La psicopatología psiquiátrica¹ define la depresión por la presencia de sus síntomas, los cuales son visibles [y audibles] en las quejas y en la conducta del paciente. En cambio, la psicopatología psicoanalítica² define la depresión por la presencia de ciertos 'mecanismos mentales' que son invisibles y que se detectan por deducción lógica, observando y escuchando, en atención flotante³, la historia de vida y la conducta del paciente.

Para la psiquiatría, la depresión en la infancia, se diagnóstica [según el Manual diagnóstico y estadístico DSM-IV] por los siguientes síntomas: 'Los niños deben haber tenido por lo menos cinco de los siguientes síntomas': (1) tristeza (2) estado de ánimo irritable (3) dificultad para concentrarse (4) irritabilidad sin motivo (5) rabia (6) fatiga (7) sentimientos de inutilidad (8) problemas de sueño (9) problemas del apetito (10) retraimiento social (11) inquietud (12) desacelerado o con poco interés (13) Poco placer en las actividades (14) Ideas de desvalorización personal (15) pensamientos sobre la muerte (16) Deseos de morir.

Para el psicoanálisis la depresión o podríamos decir la presencia de mecanismos depresivos en la psique, se evidencian con la presencia de los siguientes mecanismos mentales: (1) Desesperanza (2) Convic-

¹Se fundamenta en la teoría Fenomenológica de Husserl. La fenomenología se esmera e insiste en 'la observación pura del acontecimiento'.

² La teoría Psicoanalítica se fundamenta en la existencia positiva de 'los procesos mentales inconscientes'. El inconsciente y el modelo de la mente de 1923, llamada la segunda tópica: [Yo, ello y SuperYo] fue propuesta por Sigmund Freud. Este segundo modelo sigue vigente hoy en día.

³ La 'atención flotante' refiere a un especial escucha 'sin deseo, ni intención'. Se trata de escuchar 'lo que se dice' y 'no lo que uno quiere oír'.

ción de fracaso (3) Ideas de Indefensión y (4) Odio a sí mismo [que conduce a una muy baja autoestima].

El diagnóstico de depresión en niños y adolescentes 'es más difícil' que en los adultos, ya que es necesario entrevistar al niño varias veces, igualmente a los padres y además evaluar el reporte de los maestros, antes de tener una opinión. Sabemos que la capacidad de introspección de los niños aumenta con la edad, por eso su capacidad de auto-observación y de poder hablar de sus problemas o de sus angustias, no le es fácil. Los dibujos espontáneos y el desarrollo espontáneo de un juego infantil, ayudan a descubrir lo que está ocurriendo en su mente inmadura. Es necesario tener varias sesiones de diagnóstico para establecer una mínima confianza con el niño, antes de conocer sus intimidades, y de poder formarnos una opinión. Finalmente el 'diagnóstico del niño' no es más que un diagnóstico indirecto de la familia, especialmente de cómo funcionan en su mente, los padres.

El tratamiento en los niños pequeños debe ser preferiblemente el abordaje 'Psicoterapéutico del niño', utilizando mucho sentido común. Debe hacerse sesiones de familia que incluyen al niño [sin importar su edad]. El uso de medicamentos anti-depresivos debe ser un último recurso o cuando la depresión es tan grave que afecta o impide realizar las actividades usuales del niño o del adolescente. La terapia del adolescente generalmente es individual, sin embargo hacer una sesión de familia con frecuencia semanal, ha mostrado ser de mucha ayuda. Igualmente los medicamentos son la última opción para usarse cuando el tratamiento no progresa, o cuando el adolescente se encuentra impedido o incapacitado de seguir adelante con su vida.

A continuación van ustedes a encontrar una serie de textos que he seleccionado para ampliar e ilustrar diversos aspectos de este particular problema. Ya que la mente se forma de objetos [por introyección e identificación], y el problema depresivo muestra un particular tipo de objeto mental, decidí comenzar, **primero** por mostrar la naturaleza del objeto para el psicoanálisis y **segundo**, mostrar la naturaleza del objeto en la depresión, en la manía y en los bipolares.

Luego van a encontrar 'un resumen breve' de varios trabajos escritos por Melanie Klein, quien junto a Anna Freud, fuera la pionera del trabajo Psicoanalítico con niños. Es oportuno aclarar que allí Melanie Klein

presenta 'sus descubrimientos' ocurridos en las décadas de los años veinte y treinta, en la cual se refiere a 'la posición depresiva' del niño. Esto no quiere decir que los niños normalmente padecen de 'depresión clínica'.

Con esta nominación de 'posición depresiva' Melanie Klein se refiere al tipo 'de ansiedad, relaciones de objeto y mecanismos de defensa' propios de ese momento avanzado en el desarrollo del niño y que ella decide arbitrariamente llamarla 'la posición depresiva' [ella tiene sus razones para hacer esto]. Esta 'posición' ocurre después de la 'posición esquizoparanoide'. El pase a la 'posición depresiva' corresponde con el final del periodo 'narcisista' [llamado también esquizoparanoide] del desarrollo de la personalidad. Por lo tanto esta 'posición depresiva' es muy avanzada en el desarrollo de la personalidad. Nada que ver con la 'depresión clínica del niño'.

La verdadera 'patología depresiva' del niño, utiliza mecanismos mentales más primitivos, propios del periodo esquizoparanoide [narcisista]. Preferí incluir observaciones Kleinianas de ambos momentos del desarrollo, porque estudiarlos y conocerlos. Esto ayuda mucho cuando llega el momento 'de entender' los acontecimientos mentales de los niños y de los adolescentes, sobre todo cuando estos muestran problemas en la integración de su personalidad.

Luego encontrarán una serie de textos actuales obtenidos en internet que reflejan la sincera manera de entender estos problemas depresivos, maníacos, bipolares y suicidas, en diversas regiones del mundo. Algunos son muy psiquiátricos y otros algo menos, otros son dinámicos, pero todos tienen un pedacito de la verdad, a la cual nadie tiene acceso, porque la verdad es inasible. Solo la conocemos por sus efectos --y para entonces-- la verdad ya es otra.

2

EL CONCEPTO DE OBJETO

Capítulo 1 del libro LOGICA DEL OBJETO

Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica. [1ª Edición 2011]

Sobre la naturaleza del objeto

Para abrir el debate presentaré una declaración que es controversial y por lo tanto refutable y discutible. Afirmo que para los psicoanalistas de hoy en día, el concepto de objeto tiene <dos aspectos>, o también puede decirse que tiene <una doble faz>. Por un lado es el <objeto de la pulsión> y por el otro lado es el <objeto ausente>.

Objeto de la pulsión

El <objeto de la pulsión> es contingente⁴ a la experiencia de la dialéctica satisfacción/frustración. Esta dialéctica es el sostén de las introyecciones e identificaciones que fundan y constituyen la mente humana. Tradicionalmente si nosotros seguimos la lógica de la pulsión, el psicoanálisis designa como objeto, a cualquier cosa que adquiere <representación psíquica> sea esta representación de naturaleza simbólica o imaginaria [palabras o imágenes]. Cuando mediante los órganos de percepción: la imagen percibida ya sea visual, sónica, olfativa o gustativa es < cargada con energía > es decir recibe <energía libidinal>, esta investidura llamada catéxia⁵ produce una <representación mental> y pasa a tener existencia psíquica. La pulsión y su viaje alrededor de la cosa percibida dan origen al concepto psicoanalítico de <objeto de la pulsión> como una representación mental con existencia intrapsíquica [Sigmund Freud^{6 7} y Melanie Klein⁸]

⁴ El concepto de <contingente> significa que no está rigurosamente predeterminado por la biología. Lo determina la singularidad de la historia del sujeto.

⁵ Sigmund Freud (1914): Sobre el Narcisismo. Obras Completas de Amorortu Editores Vol. 7. BA (1972)

⁶ Sigmund Freud (1905): Tres ensayos sobre una teoría sexual. OC Amorortu Editores Vol. 7. BA (1972)

Al comienzo de la vida, los órganos de la <visión>, del <oído> y del <olfato> son de primordial importancia para la construcción de <la representación> del objeto psíquico. Los niños <ciegos de nacimiento> van a encontrar tremendas dificultades para relacionarse con la figura materna y construir 'su representación psíquica'. Solo aquellas madres que poseen una suficiente <capacidad reverie> además de la capacidad innata de comunicación <verbal y táctil> podrán ayudar a sus hijos ciegos [de nacimiento] a relacionarse con ella y construir así la representación del objeto materno con los otros sentidos y por esta vía salvarse de un aislamiento autista (Selma Fraiberg, 1968) ⁹. Así el <objeto de la pulsión> se apoya inicialmente en *la necesidad*. La necesidad y el empuje a la supervivencia permiten la aparición del <objeto de la pulsión> el cual por medio de la introyección e identificación, inauguran la vida mental del sujeto.

Sigmund Freud al final de su vida en 1939, estando ya instalado en Londres, escribe en su trabajo póstumo titulado <Esquema del Psicoanálisis> en el capítulo 9 [pág. 207] y dice lo siguiente: ...*'Un fragmento del mundo exterior, ha sido signado como objeto, al menos parcialmente y a cambio por identificación es acogido en el interior del Yo. Es decir ha devenido ingrediente del mundo interno'*.

Objeto ausente

Por otra parte [lo cual es algo muy importante para el Psicoanálisis] el concepto psicoanalítico de <objeto> refiere específicamente al <objeto ausente> también llamado <objeto en falta>. La intensa experiencia del amamantamiento que ocurre cuando el pezón [o la tetina artificial] llenan la boca y ofrecen una abundante leche, van a dar origen a la catéxia y a la construcción de la representación del objeto <pecho> en la psique del bebe. Se puede decir que en ese momento ha ocurri-

⁷ Sigmund Freud (1938): Esquema del Psicoanálisis. OC Amorrortu Editores Vol. 20 BA (1972)

⁸ Melanie Klein (1928): Estadio temprano del Conflicto Edípico. IJPA Vol. 9, 1928

⁹ Selma Fraiberg (1968): Patrones divergentes en los niños ciegos y en los videntes. Estudio Psicoanalítico del Niño. Vol. 23, página 244 (1968).

do un encuentro entre <el mundo y el bebe> [o viceversa] inaugurándose los inicios de la constitución de la psique.

Ocurre que después de satisfecho el hambre, el bebe pierde el interés en el pecho y cae dormido. Cuando a las tres horas aparece de nuevo la terrible experiencia del hambre, el bebe va a descubrir que el pecho está ausente. A través del llanto hará saber que necesita de nuevo el alimento. Sin embargo la experiencia de frustración y de <ausencia del pecho> ya ha sido vivida y ha quedado inscrita en su mente.

Este <objeto ausente> va a aparecer cada vez que el bebe siente el hambre [con su angustia de muerte] y no encuentra [en forma inmediata] el pezón con su correspondiente oferta de leche alimenticia y de alivio de la angustia. Ese pecho demorado y <experimentado como ausente> va a constituir <la presencia ausente> del objeto perdido. A su vez este objeto ausente [en falta] es lo que va a constituir el origen del deseo humano (Jacques Lacan)¹⁰.

Lacan introdujo una diferencia importante entre las nociones de <deseo, necesidad y demanda>¹¹. Abrió así la posibilidad de retirar el deseo del campo biológico. En ese sentido 'el deseo es un efecto de la falta y una marca del significante'¹² en el ser humano, en 'el ser que habla' [o llamado por Lacan hablante-ser]. Lacan establece claramente como hizo Freud que <el deseo humano> debe ser instalado, es decir, que se constituye temprano en la vida como un efecto de la experiencia de la dialéctica satisfacción/frustración.

¹⁰ Jacques Lacan (1956): 'Relaciones de objeto' Seminario 4. Editorial Paidós, Barcelona (1994).

¹¹ La <necesidad> refiere al campo biológico: necesidad de dormir, respirar, moverse, etcétera. La <demanda> refiere al uso de la palabra para pedir o para solicitar algo. El <deseo> es mudo [no tiene palabra] es insatisfacible y no cesa de insistir, cuando se expresa en palabras, el deseo deja de ser deseo y se convierte en demanda, que siempre será demanda de otra cosa.

¹² El concepto de <significante> es rico y complejo. Podemos referirlo aquí, al uso de 'palabras y conceptos'. El significante refiere a <una idea> la cual es expresada en palabras. Lacan se refería al orden simbólico [la parición de la palabra y de la cadena significante]. Para profundizar en este tema los refiero al texto que escribí en el 2004 'Experiencia subjetiva y lógica del otro' en su capítulo 7 titulado: 'Lógica del significante'. Editorial Psicoanalítica, Caracas, 2004.

Este 'objeto ausente' aparece cuando el sujeto pierde su objeto de satisfacción. Esta 'objeto en falta' da origen como ya dije a la presencia del deseo. Las experiencias del sujeto con el objeto perdido dejan una marca mnémica (representación mental). Según Lacan el <objeto perdido> es experimentado por el 'sujeto' en tres formas diferentes: como <privación, frustración y castración>, tal como lo presentaré a ustedes en el gráfico que aparece algunas páginas más adelante en el capítulo relativo a 'la pérdida de objeto'.

Este objeto ausente en los inicios de la vida está relacionado con el objeto(a) el cual es ese objeto perdido, siempre buscado y nunca encontrado [solo encontrado en ficción]. El objeto(a) va a tener que ver con la construcción del fantasma sexual, con la relación de amor y odio y con el fenómeno universal de la transferencia. Por eso el <objeto ausente> es muy importante de estudiar en la teoría, en la clínica y la técnica psicoanalítica.

El <Juego del carretel> que Sigmund Freud presenta en su propuesta del <Fort-Da> refiere al deseo de controlar la ausencia temporal del objeto. El niño lanza <el objeto> [el carretel] que está amarrado a una cuerda, voluntariamente lo empuja, lo pierde de vista y luego lo rescata al tirar de la cuerda, diciendo en alemán: <Fort-da> [que va y viene]. Este juego ilustra el deseo del niño de tener control sobre la pérdida del objeto. Es una forma ilusoria de <afirmación>, que a pesar de ser ilusoria es muy importante.

3

EL OBJETO DESVALORIZADO Y DENIGRADO

Capítulo 13 del libro: LOGICA DEL OBJETO

Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica. [1ª Edición 2011].

El objeto amado

El deseo del sujeto es el deseo del deseo del otro (Lacan, J. 1956). Para el psicoanálisis estructural el sujeto [del inconsciente] se constituye en el lugar del otro [del inconsciente]. Nadie puede engendrarse a sí mismo. La madre desea a su hijo [o lo odia] aún antes de este nacer. En metáfora se podría decir que 'el niño' pre-existe a su propio nacimiento. Por lo tanto desde sus inicios, el sujeto es producto del deseo del otro y desea ser el deseo del otro. El sujeto [siempre en falta desde el nacimiento] desea ser amado por ese otro. A veces cree haberlo logrado y exclama convencido ser amado por un otro.

El objeto no amado

Pero esto no es más que una ficción, o si se quiere una ficción verdadera. En la temprana infancia, el amar al objeto y creerse amado por este, produce amor hacia sí-mismo y produce una buena autoestima. Cuando esto no ocurre así, debido a diversas razones en la historia infantil de la persona, entonces van a ocurrir diversas cosas en la constitución de la psique. Por ejemplo en el sujeto [del inconsciente] podría desaparecer 'el deseo de ser el deseo del otro'. Por esta vía puede aparecer la desesperanza y la renuncia al deseo de vivir. Además se podría tener otra consecuencia: <acepta no ser el deseo de la madre>. El objeto madre pasa a ser desvalorizado y a veces denigrado, como una forma de respuesta a su ausencia de deseo. Pero luego el sujeto va a introyectar este objeto denigrado. Por esta vía se identifica con ese objeto desvalorizado o denigrado y se desvaloriza a sí mismo y puede pasar a odiarse a sí mismo.

Caso 4

Esta es una analizando de cuarenta y cinco años de edad a quien comencé a atender a consecuencias de una serio intento suicida. La

primera sesión ocurrió cuando aún ella estaba hospitalizada por la ingesta suicida de una gran sobredosis de tranquilizantes, que requirió del uso de diálisis artificial. Se trata de una mujer con graves carencias afectivas desde la temprana infancia. Su historia me resultó conmovedora y la atendí por muchos años, hasta que ella dejó el país. Su historia 'de carencias y de pérdidas' se remonta a su abuela en el alto Apure. Recuerda la historia contada por su madre, en la que su abuela bajando el río Apure en un bongo, arrojándolo a la orilla, en medio de un amanecer rojizo, se detiene para enterrar, sin cruz, ni marca en el medio de la sabana, el cadáver de su pequeña hija, que de fiebre a medianoche había muerto en el regazo de sus brazos.

Su abuela en duelo habría de tener un próximo embarazo, que precisamente iba a ser el de su madre. Su madre iba a convertirse en <una hija de la muerte> al intentar suplantar a su pequeña hermana enterrada en la soledad de la sabana. El duelo de la abuela impide que su madre recibiera la calidez del amor materno. No recibió ese amor temprano y por lo tanto no aprendió a darlo a sus futuros hijos. Su capacidad procreadora iba a ser muy abundante. Tuvo diez y nueve hijos. Mi paciente, una de las últimas hijas, iba a sufrir de la ausencia del calor materno. En una sesión me dice: 'Ayita fue el único ser que me dio algo de cariño a mí'. Me dice 'que unos seres nacen con estrella y otros nacen estrellados'. Y además me dice que 'su tierra es extensa y solitaria'. Que 'su tierra es sola como su alma'.

A largo de su vida siempre se consideró a sí misma como una desgraciada. Su madre le era inaccesible. El dolor de su infancia y la identificación con un objeto triste e inaccesible, con una vida llena de soledad, van a contribuir a la forma de percibirse a sí misma y al mundo que la rodea. Es conveniente confirmar que en esta historia, los sentimientos de culpabilidad están ausentes. No observo una problemática de castigo y expiación. Se trata de un azar de la vida, en la cual, se le ofrece a esta analizanda una particular forma de Goce [13] desde el

¹³ El Goce refiere a un concepto muy valioso introducido por Lacan. Se trata del <monto de sufrimiento> presente en el sujeto durante la estructuración temprana de su mente. Todos nosotros tenemos <un monto de Goce> y con él vivimos. Posteriormente en la vida el sujeto requiere de un <monto de Goce> similar --al ya vivido-- para que su psique funcione armoniosamente. Lacan decía que el inconsciente tiene <su modo de Gozar>.

inicio de su existencia. Este monto de Goce lo va a mostrar en las sesiones como <una forma de vivir> y no como <un síntoma> producto de algún conflicto inconsciente.

Su relación con <el objeto> subjetivo interior desvalorizado, lo cual es la razón por lo cual traigo esta viñeta clínica a este capítulo, nos muestra la relación que existe entre <un sujeto del inconsciente> con <su objeto> subjetivo interno. En este caso se trata de un objeto frío, carente de calidez y amor, desvalorizado, a veces odiado y a veces denigrado. Este objeto que la habita, no es un objeto enfermo, ni patológico. No, este es el objeto que el azar de la vida, le presentó para la constitución de su mente por vía de la introyección [encuentro con Lo Real] para luego identificarse con él. No tiene otro. Ella me lo dice en las sesiones una y otra vez: 'El que nació para triste, ni que le canten canciones'. 'El que va a morir oscuro, ni que salga a vender velas'. 'Para el ciego siempre es de noche, manque le prendan candela'.

Su estado de acoplamiento armonioso con su particular cosmovisión, la muestra en su valiosa obra pictórica de gran formato. Son enormes pinturas al óleo que refieren a escenas de soledad en una inmensa sabana donde no habitan personas, ni animales. Su intento suicida no es producido por esta forma de ver la vida. Aunque debería decir que su intento de morir si está indirectamente relacionada con su historia, al ofrecer a su pareja una relación particular sufriente. Una relación que transcurre en un mundo gris y pesimista, no violento. Los otros aspectos de su carácter muestran a una mujer voluntariosa, inteligente, con capacidad para la acción y con deseos de dominación. Su pareja muchas veces no resistía sus embates, ni la dureza verbal de sus reclamos y en una oportunidad decidió abandonarla y así lo hizo [temporalmente]. Ese fue el detonante de su deseo de morir. El diálogo analítico [sin ningún medicamento] le ofreció una continencia a su soledad infinita. El análisis le ofrecía un interlocutor que podía escuchar los desgarros de su vida, sin ofrecer ningún comentario que implicara un juicio de valor, o recomendar otra forma de vivir. Ningún consejo que significara el cómo corregir su vida. Se trataba solo de que ella entendiera <que ella era como era> por el azar de las vicisitudes de su historia de vida.

4

EL OBJETO BIPOLAR

Capítulo 19 del libro: LOGICA DEL OBJETO

Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica. [1ª Edición 2011].

Naturaleza del objeto bipolar

El <objeto bipolar> refiere a una extraña combinatoria de identificaciones 'de amor y odio' con la representación del objeto. Los trastornos maníacos depresivos [PMD] tienen una historia que se remonta a la época anterior a Cristo. Pero es desde los comienzos del siglo 20, cuando un célebre Psiquiatra clásico llamado Emil Kraepelin en Alemania, había identificado un grupo de pacientes que presentaban por varios meses una conducta agitada, acelerada maníaca, con trastornos del pensamiento, caracterizados por delirios de grandeza y que alternaban con periodos de meses de duración, donde presentaban una conducta de excesiva quietud, melancolía, tristeza y delirios de desvalorización. El llamó a esta patología 'Psicosis Maníaco-Depresiva' [PMD]. Como su patología oscilaba en dos polos [un polo de excitación maníaca y otro polo de quietud depresiva melancólica] se ha llamado en los últimos años: 'Trastorno 'bipolar'.

Resulta que este cuadro fenomenológico de 'agitación maníaca' y 'quietud melancólica', se confunde con otro cuadro clínico psiquiátrico, que se caracteriza por mostrar 'altibajos' con etapas de grandiosidad, elocuencia y exceso de energía, para luego ser alternadas con periodos de desvalorización de sí mismo, con pérdida de energía y presencia de ansiedades variadas, muchas veces aniquilatorias. Esta segunda patología recibe el nombre en Psiquiatría de 'Estados fronterizos' y a veces son llamados por su nominación sajona: 'Borderline'.

Son dos patologías muy distintas y ambas comparten la característica de oscilar en dos polos. Es decir ambas son 'bipolares'. Una de naturaleza horizontal: 'polo maníaco y polo depresivo'. Y el otro de naturaleza vertical: 'polo alto [grandioso] y un polo bajo [desvalorizado]'.

Desde el punto de vista del Psicoanálisis estas dos maneras de funcionar la mente pueden ser comprendidas en sus mecanismos mentales. La primera mencionada, es decir la 'maniaco-depresiva' [PMD] corresponde a la combinatoria simultánea de identificaciones al objeto de 'amor' y luego identificación al objeto de 'odio' ambos relacionados con el objeto materno original. Allí en donde predomina la pérdida del juicio de realidad [PMD] se va a utilizar el mecanismo mental de la 'escisión horizontal'. El segundo llamado 'fronterizo' con sus altos y bajos [polarizados] utiliza el mecanismo mental de la 'escisión vertical'.

Procederé en los párrafos siguientes a explicar estos dos modos de presentarse la bipolaridad y el detalle de sus mecanismos mentales y el tipo de relación de 'objeto' que ambos presentan. Primero haré un resumen breve de las ideas sobre la constitución temprana de la psique y la aparición del objeto amado y del objeto odiado.

Amor y odio al objeto

La relación del bebé con el objeto 'pecho' va a estar influida por las experiencias inevitables de 'satisfacción y frustración'. Estas experiencias dan origen a la representación de un objeto bueno y otro malo. Según sean las diversas experiencias de la vida algunos seres van a sufrir de negligencia parental en diversas magnitudes. Esto va a provocar experiencias de 'carencias afectivas' en el sujeto. Las 'carencias' dejan fallas o 'huecos' en la constitución del Yo [Ego].

La vida temprana del bebé, es decir los primeros seis meses, [periodo paranoico] se caracterizan por una relación de objeto que está limitada a una percepción parcial del objeto. Se trata de la presencia de 'objetos parciales' [incompletos]. Las ansiedades en este periodo son de tipo aniquilatoria y las defensas para estas ansiedades son primitivas. Aparecen defensas de tipo fundamentalmente proyectivas, que colocan la representación de todo lo displacentero 'afuera' y las defensas de negación y omnipotencia. A los seis meses suele ocurrir dos cosas. Una, el destete y dos la aparición de la capacidad de memoria. En esa época aparece la ansiedad al extraño, ya que el bebé puede recordar la cara, el olor y el sonido de su madre. Aparece la capacidad de una representación del objeto más completa, lo cual se ayuda con la recién adquirida capacidad de memoria. Esta etapa del desarrollo es integra-

dora. La ansiedad es más evolucionada y es de tipo de 'separación'. Los mecanismos de defensa que aparecen corresponden con la 'represión'. Estas dos etapas en el desarrollo del bebé se han denominado 14: Esquizoparanoide y depresiva. Estas etapas no son de naturaleza 'sucesiva' sino que son 'oscilantes'. Esto quiere decir que si posteriormente en la vida, las circunstancias producen intensas ansiedades 'no manejables' por el Yo [Ego], entonces la mente de forma espontánea y automática pasa a funcionar con mecanismos esquizoparanoides. Si posteriormente las circunstancias de la vida son favorables y la ansiedad aniquilatoria disminuye o desaparece, entonces la mente pasa a funcionar nuevamente con mecanismos llamados 'depresivos'.

Cuando en la posición depresiva aparecen de nuevo intensas ansiedades persecutorias se produce un conjunto de defensas que han recibido el nombre de 'defensas maniacas'. Son defensas que aparecen por los sentimientos de pérdida, daño y culpa por el objeto bueno. Generalmente el dolor psíquico que aparece en la posición depresiva por las ansiedades persecutorias sólo puede ser manejado con 'defensas maniacas' que protegen al Yo de mayor sufrimiento. Las defensas maniacas están basadas en la negación omnipotente de la realidad psíquica. Cuando el dolor psíquico disminuye, las 'defensas maniacas' dan paso progresivamente a la 'actividad reparatoria'. 15

La organización de las 'defensas maniacas' en la posición depresiva incluye mecanismos que ya han estado presentes en la posición esquizoparanoide. Incluye los mecanismos de escisión, idealización, negación e identificación proyectiva. Las 'defensas maniacas' tratarán de evitar cualquier relación entre el Yo [Ego] y el objeto que amenace de contener dependencia, ambivalencia y culpa. La relación maniaca con el objeto se caracteriza por la aparición de tres sentimientos: Control, triunfo y desprecio. El control es una forma de negar la dependencia. El triunfo es una negación de los sentimientos de valoración y de aprecio por el objeto y está relacionado con la omnipotencia. El desprecio por el objeto es una negación directa de los sentimientos de

¹⁴ Melanie Klein (1935): Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresiva.

¹⁵ Melanie Klein (1940): 'El Duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos'.

valoración hacia este objeto. El desprecio actúa como una defensa en contra de sentimientos de pérdida y culpa. 16

La envidia temprana es considerada como uno de los factores que actuando desde el nacimiento afecta la experiencia del bebé con el pecho. Se trata de una inmensa emoción primitiva y arcaica en la cual están involucrados sólo dos partes: el sujeto que envidia y el objeto envidiado, dentro de un nivel de relación de objeto parcial.

Melanie Klein la diferencia de los celos al plantear éstos últimos como una relación de amor cuyo objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival. Existen tres objetos: el amador, el amado y el rival. Se distingue de la envidia porque aquí hay una relación de tres objetos y por lo tanto corresponde a la época de la vida en que se reconocen y diferencian claramente los objetos totales.

Melanie Klein también diferencia la envidia temprana de la voracidad, al decir que ésta voracidad implica el deseo de poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias incluyendo la posibilidad de destruirlo. Sin embargo su objetivo principal no es destruirlo, sino sacarle y adquirir todo lo bueno a cualquier costo.

La envidia temprana tiene como objetivo que el Yo sea tan bueno como el objeto envidiado y como esto es imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia. Es este aspecto dañino de la envidia lo que la hace tan destructiva para el desarrollo del aparato psíquico, ya que convierte en malo (el pecho) la fuente misma de todo lo bueno, impidiendo las identificaciones con el objeto bueno. La envidia se puede unir con la voracidad, constituyendo así otro determinante para lograr el deseo de agotar enteramente al objeto.

Si la envidia temprana es excesiva va a interferir con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, dificultándose los mecanismos de escisión produciendo así estados permanentes de confusión y caos.

¹⁶ Melanie Klein (1953): Envidia y reparación.

Algo más sobre ambos 'Bipolares'

Los sujetos 'bipolares' de tipo horizontal [maniaco depresivos] oscilan en una identificación con el 'objeto bueno idealizado' y el 'objeto malo denigrado'. Cuando la identificación es con el objeto bueno, idealizado, el sujeto se siente grandioso, desconfiado, maniaco [energía disponible excesiva] y desprecia al objeto envidiado. En este caso las angustias son persecutorias. Cuando se encuentra identificado con el objeto malo, desvalorizado, el sujeto se siente disminuido, desvalorizado por sí mismo, sin energía y triste. Aquí la angustia es depresiva. Esta manera de oscilar el funcionamiento de la mente va a ocurrir después de muchos meses de que la mente opera con uno de los dos polos. La causa de esta forma de vivir se encuentra en las carencias de la temprana infancia y no responden de una manera efectiva y duradera a una terapia de 'entender y conocerse a sí mismo'. Los síntomas pueden ser aliviados por medios medicamentosos. Las razones por la cual ocurre el giro de un polo al otro tiene que ver con experiencias traumáticas de la vida cotidiana: desilusiones amorosas, fracasos en la vida y pérdidas.

Los sujetos 'bipolares' de tipo vertical [los borderlines o fronterizos] padecen de un déficit estructural, de un 'hueco' temprano en la constitución de la psique. Predominan las experiencias de 'carencias afectivas' en la temprana infancia. El progresivo entramado, el tejido de su personalidad deja 'huecos' debido a las carencias. Estos déficits dificultan la estabilidad de las progresivas identificaciones del niño. Cuando se hacen adultos son seres muy 'volátiles', inestables que suelen oscilar en un sentimiento grandioso que le da energía y seguridad [un alto] y luego un sentimiento de desvalorización, pérdida de la energía y cierta tristeza. A veces se les describe como viviendo en una 'montaña rusa' [rollercoaster] que produce una constante excitación con 'el subir y bajar' del tren en el parque de diversión mecánico. En inglés le dicen: [ups and downs].

5

**UNA CONTRIBUCIÓN A LA PSICOGÉNESIS DE LOS ESTADOS
MANÍACO DEPRESIVOS.**

Capítulo 3 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y
OBRA. Rómulo Lander.
Editorial Psicoanalítica. [3ª Edición 2009].

**Una contribución a la psicogénesis de los estados
Maníaco-depresivos (1935)**

Con este trabajo Melanie Klein comienza el período de su vida en el cual construye una nueva estructura teórica. Indudablemente sus trabajos anteriores habían preparado el camino, ya que durante unos quince años, ella había acumulado una serie de hallazgos que no sólo alteraban la concepción psicoanalítica de la época sobre el Complejo de Edipo y el SuperYo, sino que también iban a causar un cambio conceptual y de profundas consecuencias posteriores. Las nociones e ideas sobre la ansiedad, el objeto interno, la fantasía inconsciente, la agresión, la introyección y la proyección, habían ido surgiendo de una forma no sistematizada. Así que en *'El Psicoanálisis de Niños'* (1932), publicado tres años antes del presente trabajo, Melanie Klein está aceptando tanto la descripción clásica del desarrollo, como una progresión posible, a través de las fases psicosexuales [oral, anal, genital] y al mismo tiempo está utilizando una nueva terminología describiendo fenómenos que necesitan un enfoque diferente.

Es decir, que las relaciones cambiantes del Yo hacia sus objetos internalizados y externos y la fluctuación de las ansiedades tempranas psicóticas, requerían de un nuevo enfoque en el desarrollo. Dos cosas iban a permitir la aparición de una nueva teoría: **primero**, Melanie Klein basó su nueva teoría en la interacción de los instintos de vida y muerte, expresados en amor y odio. Esto no sólo rectificó su relativo descuido anterior del amor y su sobre énfasis de la agresión, sino que le permitió tener una base para formular su nueva teoría. **Y segundo**, la aparición de nuevos descubrimientos en relación al desarrollo temprano y al origen de las enfermedades maníaco-depresivas.

En breve, la nueva teoría plantea que en el primer año de la vida, entre los cinco y los seis meses de edad aproximadamente, ocurre un cambio significativo en las relaciones objetales del niño, un cambio de la relación de un objeto parcial, a un objeto total. Este cambio lleva al Yo a una posición en la cual éste puede identificarse con su objeto, de tal forma que mientras anteriormente las ansiedades del niño eran de naturaleza paranoide (con respecto a la preservación de su Yo), ahora tiene una gama más complicada de sentimientos ambivalentes y de ansiedades depresivas, acerca de la condición de su objeto. El teme perder su objeto bueno amado y además de las ansiedades persecutorias, el niño experimenta culpa por la agresión hacia su objeto y tiene el deseo de preservarlo y repararlo.

Esto produce también un cambio en 'su sistema de defensa': el niño moviliza 'defensas maníacas' para aniquilar a los perseguidores y para poder manejar su recién experimentado sentimiento de culpa y tristeza. Todo esto constituye un agrupamiento específico de relaciones objetales, tipos de ansiedades y defensas a lo cual Melanie Klein llamó 'la posición depresiva'.

En esta teoría Melanie Klein distingue por primera vez las dos formas de ansiedad: la 'paranoide' (que después ella solía llamar persecutoria) y la 'depresiva'. Esta es una contribución fundamental, ya que traen orden y esclarecimiento, a toda una serie de conceptos relacionados que van a encajar de una forma natural alrededor de esta teoría.

Como ya dije, también introduce una diferencia en las relaciones objetales al plantear la relación con un objeto parcial y uno total. Es de importancia central la nueva idea del concepto de 'posición': Melanie Klein da una razón para adoptar este término en el prefacio que en 1948 hizo a la tercera edición de su libro '*El Psicoanálisis de Niños*', en el cual dice textualmente que este término: **<posición>** fue escogido debido a que estos fenómenos no están confinados a esa etapa de la vida, sino que representan una agrupación de 'ansiedades y defensas' específicas que se presentan en **<forma oscilatoria>** durante todos los años de infancia y luego a lo largo de la vida. Esta nueva propuesta teórica que aquí hace Melanie Klein representa una verdadera **<ruptura epistemológica>** con la teoría clásica del desarrollo de la mente ocurrida por etapas. En el presente trabajo (1935) aparece el múltiple

uso del término posición. Así como hay una posición depresiva, hay una posición maníaca, una posición obsesiva y una paranoide.

La posición maníaca y la posición obsesiva quedarían fuera de uso después de 1940 y en *'Notas sobre algunos mecanismos esquizoides'* (1946) ella completa su teoría del desarrollo emocional temprano al describir y definir 'la posición paranoide' que más tarde en 1952 iba a ser rebautizada con el nombre de 'esquizoparanoide'. El mecanismo de la reparación primeramente descrita en *'Situaciones de ansiedad infantil reflejadas en una obra de arte y en el impulso creativo'* (1929) se convierte aquí en un concepto clave. Además como ya dije, en lugar de las etapas del desarrollo psicosexual entendidas en forma sucesiva, la trayectoria y el futuro del desarrollo, se expresan en términos de relaciones objetales internas, vistas a la luz de las oscilaciones de ambas posiciones. La solución a la posición depresiva, que en la opinión de Melanie Klein es la posición central [natural] en el desarrollo del niño y de la cual va a depender la magnitud de la salud mental y la capacidad para amar, depende fundamentalmente de 'la internalización segura de un objeto bueno', nutritivo, protector y generoso. Si esto deja de ocurrir, constituyéndose de hecho una situación anormal en el desarrollo del niño, aparecerían entonces las condiciones propicias para el desencadenamiento de la enfermedad depresiva. Esta es precisamente la segunda contribución significativa que este trabajo de 1935 nos trae a la teoría psicoanalítica.

En la opinión de Melanie Klein los sufrimientos y las ansiedades psicóticas de 'la enfermedad maníaco-depresiva' repiten las luchas de la posición depresiva infantil. Anteriormente, hacia 1920, Melanie Klein había descubierto las ansiedades infantiles naturales del género 'psicóticas'. Sin duda este trabajo aporta nuevos descubrimientos a la teoría general de la Psicosis. Aunque el enfoque general del presente trabajo es el estudio de 'la posición depresiva infantil', éste ilumina por contraste la naturaleza general de la posición paranoide precedente, describiéndola en esta oportunidad como un momento del desarrollo caracterizado por la presencia de ansiedades paranoides, relaciones de objeto de tipo parcial y una escisión (splitting) de estos objetos y de las emociones. Melanie Klein compara en detalle a la paranoia y la depresión con su teoría de que la posición paranoide infantil, seguida por la posición depresiva, esto le permite explicar la conexión observada clínicamente entre dos fenómenos.

Melanie Klein ofrece una nueva descripción de la situación maníaco-depresiva en términos del temor a contener en el mundo interno, objetos moribundos o muertos. Aquí expone su concepción de las defensas maníacas, enfatizando a la omnipotencia, negación y triunfo. También muestra la conexión entre las defensas maníacas y las defensas obsesivas, mostrando que las defensas maníacas, no sólo son utilizadas contra la depresión, sino también contra las ansiedades paranoides.

Por supuesto que no todas las ramificaciones de la teoría son resueltas en este trabajo. En *'El Duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos'* publicado cinco años más tarde en 1940, Melanie Klein continúa su estudio de la enfermedad maníaco-depresiva, retornando un aspecto muy importante de la posición depresiva, esto es: el duelo por el objeto perdido. Allí también continúa con el estudio de las defensas maníacas, la reparación y los procesos integrativos del Yo y acentúa que la unificación e integración de los objetos, en planos más cercanos a la realidad, es uno de los procesos más importantes en la elaboración de la posición depresiva.

La conexión entre la posición depresiva y el Complejo de Edipo se describe en *'El Complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas'* (1945) con algunos complementos en *'Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante'* (1952). En este último trabajo mencionado, Melanie Klein sugiere que aun en la posición depresiva se hace una escisión (splitting) entre un objeto vivo y no dañado y un objeto dañado y moribundo, como una defensa contra la ansiedad depresiva. Una modificación en la teoría de la culpa ofrecida en este trabajo aparece en *'Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa'* (1948) y en *'Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico'* (1960).

6

AMOR, CULPA Y REPARACIÓN

Capítulo 3 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA de Rómulo Lander.

Editorial Psicoanalítica, [3ª Edición 2009]

(a) Amor, culpa y reparación (1937)

Bajo el título de '*La vida emocional de hombres y mujeres civilizados*' Melanie Klein y Joan Riviere dieron unas conferencias públicas en 1936 que luego se convirtieron en la base de un pequeño volumen titulado: '*Amor, Odio y Reparación*', publicado al año siguiente. Los temas fueron divididos de la siguiente manera: Joan Riviere habló sobre '*El odio, el amor y la agresión*' y Melanie Klein sobre '*El amor, la culpa y la reparación*'.

Aquí Melanie Klein presenta las ideas aún muy novedosas de 'la posición depresiva', normal en los niños que ella había formulado sólo dos años antes. En este trabajo es de particular interés [aparte de la exposición clara y no técnica] la discusión de una amplia gama de situaciones humanas.

Un punto de su discusión iba a cambiar bastante en los años posteriores. Esto es: La 'posibilidad de reparación' hacia el objeto dañado por el odio, esta posibilidad es colocada aquí ocurriendo desde los primeros meses de la infancia. En su teoría posterior, esto cambia, y en la posición esquizoparanoide, la escisión (splitting) va a prevalecer en los primeros meses de la vida y la 'necesidad de reparar' no aparece sino más tarde, en los estados más integrados de la posición depresiva, la cual ocurre después del primer año de vida.

7

LAS DEFENSAS MANIACAS

Tercera parte, Diccionario Kleiniano del libro: MELANIE KLEIN:
INICIACIÓN A SU VIDA Y OBRA de Rómulo Lander.
Editorial Psicoanalítica. [3ª Edición 2009]

Las defensas maníacas

Refieren a una serie de actividades defensivas del Yo, que aparecen en la posición depresiva como defensa ante los sentimientos de pérdida, daño y culpa por el objeto bueno. Generalmente el dolor psíquico aparece en la posición depresiva sólo puede ser manejado con defensas maníacas que protegen al Yo de mayor sufrimiento. Las defensas maníacas están basadas en la negación omnipotente de la realidad psíquica. Cuando el dolor psíquico disminuye, las defensas maníacas dan paso progresivamente a la actividad reparatoria. Aun cuando la actividad reparatoria es más madura y produce mayor integración del Yo, Melanie Klein considera que las defensas maníacas juegan un papel importante en el desarrollo del Yo. Melanie Klein, 1940 'El Duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos'.

La organización de las defensas maníacas en la posición depresiva incluye mecanismos que ya han estado presentes en la posición esquizoparanoide. Incluye los mecanismos de escisión, idealización, negación e identificación proyectiva. Las defensas maníacas tratarán de evitar cualquier relación entre el Yo y el objeto que amenace de contener dependencia, ambivalencia y culpa. La relación maníaca con el objeto se caracteriza por la aparición de tres sentimientos: Control, triunfo y desprecio.

1 El control es una forma de negar la dependencia.

2 El triunfo es una negación de sentimientos de valoración y aprecio por el objeto, y está relacionado con la omnipotencia.

3 El desprecio por el objeto es una negación directa de los sentimientos de valoración hacia este objeto.

El desprecio actúa como una defensa en contra de sentimientos de pérdida y culpa. En su trabajo **Envidia temprana** Melanie Klein (1957) considera a la envidia temprana como uno de los factores que actuando desde el nacimiento afecta la experiencia del bebé con el pecho.

La envidia se trata de una inmensa emoción primitiva y arcaica en la cual están involucrados sólo dos partes: el sujeto que envidia y el objeto envidiado, dentro de un nivel de relación de objeto parcial. Melanie Klein la diferencia de **los celos** al plantear éstos como una relación de amor cuyo objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival. En los celos hay una relación de tres objetos (triangular) y por lo tanto corresponde a la época de la vida en que se reconocen y diferencian claramente los objetos totales. Melanie Klein también diferencia la envidia temprana de **la voracidad**, al decir que ésta implica el deseo de poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias incluyendo la posibilidad de destruirlo. Sin embargo su objetivo principal no es destruirlo, sino sacarle y adquirir todo lo bueno a cualquier costo.

La envidia temprana tiene como objetivo que el Yo sea tan bueno como el objeto envidiado y como esto es imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia.

Es este aspecto dañino de la envidia lo que la hace tan destructiva para el desarrollo del aparato psíquico, ya que convierte en malo (pecho) la fuente misma de todo lo bueno, impidiendo las identificaciones con el objeto bueno. La envidia se puede unir con la voracidad, constituyendo así otro determinante para lograr el deseo de agotar enteramente al objeto. En la fantasía el bebé puede atacar al pecho oralmente: escupiéndole; analmente: defecándole o con los flatos, y uretralmente: orinándole.

Si la envidia temprana es excesiva va a interferir con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, dificultándose los mecanismos de escisión, produciendo así, estados permanentes de confusión y caos.

8

**EL DUELO Y SU RELACIÓN CON LOS ESTADOS MANÍACO -
DEPRESIVOS**

Capítulo 3 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y
OBRA de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. [3ª Edición 2009]

El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos (1940)

Este trabajo es la continuación de '*Una contribución a la Psicogénesis de los estados maníaco depresivos*' (1935) y al igual que éste, es un trabajo de gran importancia. Sitúa al duelo entre los fenómenos de la posición depresiva, permitiendo a Melanie Klein esclarecer la naturaleza del duelo y su relación con los estados maníaco- depresivos.

Su hipótesis principal es que la pérdida de un ser querido reactiva la posición depresiva infantil y que la habilidad y posibilidades de hacer el duelo y recuperarse de pérdidas significativas en la vida adulta depende mucho de la resolución satisfactoria que haya tenido la posición depresiva en la niñez.

Melanie Klein en este trabajo plantea nuevos descubrimientos sobre el proceso del duelo. Uno de ellos es que la pérdida de un objeto bueno externo lleva consigo el sentimiento inconsciente de haber perdido también el objeto bueno interno. Esto significa que los sufrimientos del que está en duelo y la naturaleza del proceso del duelo son mucho más extensos de lo que se había pensado. El doliente no sólo está afligido por la pérdida externa y su consecuencia de la pérdida del objeto bueno interno, sino que además queda indefenso ante la persecución de los objetos malos internos. Es decir, las 'ansiedades persecutorias' y 'depresivas' se remueven [se activan] de nuevo.

Melanie Klein se refiere también a la enorme importancia que en este proceso tiene la reparación del objeto bueno interno. A lo largo de este trabajo (1940), Melanie Klein relaciona sus ideas con las de Freud, aunque no esté de acuerdo con él en ciertos aspectos. Por ejemplo, en la relación del duelo con los estados maniaco depresivos. En su opinión, el duelo normal de un adulto incluye estados maníacos y es-

tados depresivos, que como fue planteado en 1935, ocurren normalmente en los niños en la posición depresiva.

En el presente trabajo ella amplía sus ideas sobre las defensas maníacas, particularmente el 'trunfo maníaco', mostrando cómo la movilización excesiva de las defensas maníacas interfiere con el restablecimiento seguro del objeto bueno interno. Desde el punto de vista de su teoría general del desarrollo temprano, este trabajo completa sus ideas sobre la 'posición depresiva' comenzada en 1935.

Así la posición depresiva va a incluir procesos de duelo y se describe más ampliamente el papel de la reparación, también se discuten por primera vez dos formas de reparaciones que fracasan: la reparación obsesiva y la reparación maniaca.

En este trabajo ¹⁷ Melanie Klein afirma que la unificación de aspectos opuestos del objeto es uno de los aspectos más importantes del proceso de desarrollo. También aquí plantea, aunque surge más claro en trabajos posteriores, que el 'proceso de unificación' depende mucho de que la escisión (splitting) del objeto se haga cada vez en planos más realistas. No quisiera dejar de mencionar que cuando Melanie Klein escribe este trabajo, venía de vivenciar en sí misma un duelo muy profundo, motivado por la muerte de su hijo mayor Hans en un accidente deportivo de montaña.

¹⁷ Melanie Klein: Writings: vol. 2, 349.

9

NOTAS SOBRE ALGUNOS MECANISMOS ESQUIZOIDES

Capítulo 4 del libro: MELANIE KLEIN: INICIACIÓN A SU VIDA Y

OBRA de Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica, [3ª Edición 2009].

Notas sobre algunos mecanismos esquizoides (1946)

Melanie Klein presenta aquí por primera vez una descripción detallada de los procesos mentales que ocurren en los primeros tres meses de la vida. Este es uno de los trabajos más importantes de Melanie Klein. Este primer período llamado anteriormente la posición paranoide y rebautizado como la posición esquizoparanoide¹⁸ había sido delineado sólo superficialmente en su trabajo de 1935: *'Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos'* allí esta posición paranoide es descrita como un contraste a la posición depresiva. Melanie Klein expone en este trabajo las características del Yo temprano (esquizoparanoide): tipo de ansiedad y forma de las relaciones objetales, iluminando de este modo la naturaleza de los estados esquizoides: idealización, desintegración del Yo y procesos proyectivos relacionados con la escisión (splitting). En este trabajo introduce por primera vez el término *'Identificación-proyectiva'* definiendo el concepto y abriendo una nueva era en el entendimiento de la esquizofrenia. Este trabajo proporciona la primera descripción detallada de los procesos mentales, particularmente de los mecanismos esquizoides que van a producir estados de disociación esquizofrénica y despersonalización. También incluye una valiosa discusión sobre la técnica en el análisis de los estados esquizoides, un tema al que ella vuelve en su trabajo de 1957: *'Envidia y Gratitud'*. En la descripción de la posición esquizoparanoide la escisión (splitting) es un concepto clave. Este concepto de la escisión evolucionó en Melanie Klein a lo largo de los años. Permítaseme hacer un recuento de la evolución de este concepto. En su

¹⁸ Según Melanie Klein cuando este trabajo fue presentado por primera vez en 1946 ella usaba su término 'posición paranoide' como sinónimo al término que usaba Ronald Fairbain: 'Posición esquizoide'. Consideraciones posteriores hicieron a Melanie Klein fundir ambos términos. Así que en 1952 en su libro *'Desarrollos en Psicoanálisis'* donde este trabajo aparece publicado por primera vez, ya aparece el término: 'Posición esquizoparanoide'.

primer trabajo de 1919: *'El desarrollo de un niño'*, ella habla sobre el fenómeno de escindir (Split-off) un aspecto malo del objeto a fin de conservarlo como un objeto bueno. Ella había observado en el material de un niño (Fritz) que la figura bruja era obtenida por escisión (Split-off) del imago de la madre amada a fin de mantenerla como objeto amado. En su libro de 1932: *'El Psicoanálisis de Niños'*, este tipo de escisión (splitting) es visto como un proceso relativamente maduro que ocurre a medida que el sadismo decae. Esto permite al niño hacer la restitución a su objeto bueno y a desviarse de objetos malos que lo asustan. En su trabajo de 1935: *'Psicogénesis de los estados maniaco-depresivos'*, en la penúltima página, Melanie Klein coloca este tipo de escisión que ocurre después de la unificación del objeto bueno y malo (posición depresiva) a niveles más maduros y en planos más realistas. Ella dice que la escisión continúa hasta que el amor y la confianza por el objeto real y el internalizado estén firmemente establecidos.

En su trabajo de 1928: *'Estadios Tempranos del Complejo de Edipo'* ella dirigió nuestra atención a la existencia de fantasías de intrusión en el cuerpo de la madre. En 1929 *'Personificaciones en el juego de los niños'* describe como la ansiedad puede conducir a una escisión del SuperYo en sus figuras componentes seguida por la proyección de figuras específicas a fin de disminuir la ansiedad. Al año siguiente (1930): *'La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo'*, ella lleva esta idea aún más allá, y sin utilizar la palabra escisión o proyección, describió la expulsión de partes del Self. Sugirió que la primera defensa del Yo contra la ansiedad no es la represión, que viene después, sino la expulsión de partes del Self: una expulsión violenta de aspectos sádicos, tanto para aliviar al Yo, como para atacar los objetos perseguidores. Estas ideas pasarían a formar parte del concepto de la identificación Proyectiva que Melanie Klein introduce en el presente trabajo. La identificación Proyectiva es un término que engloba una serie de procesos mentales, diferentes y relacionados a la vez, los cuales están relacionados con la escisión (splitting) y la proyección. Melanie Klein muestra aquí que la principal defensa contra la ansiedad, en la posición esquizoparanoide es la identificación proyectiva. Además la identificación proyectiva construye las relaciones objetales narcisísticas características de esta etapa, en la cual los objetos son percibidos con las partes escindidas y proyectadas del Self sobre ellos. También describe las ansiedades que acompañan a las fanta-

sías de intrusión y control del objeto, así como el efecto empobrecedor sobre el Yo, por el uso excesivo de la identificación-proyectiva. En su trabajo de 1955: *'Sobre la Identificación'*, estudia extensamente otra forma de identificación proyectiva, en el caso de Fabián, en el cual se adquiere una falsa identidad.

Continuando la revisión de la evolución del concepto de la escisión (splitting) en su trabajo de 1935: *'Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos'*, Melanie Klein describe la escisión primaria (primal splitting) de las emociones de amor y odio y de las primeras relaciones objetales, que posteriormente formarían la base de la posición esquizoparanoide. El amor y el odio estarían escindidos, así mismo las relaciones objetales correspondientes, también estarían escindidas en buenas y malas. En el presente trabajo de 1946, Melanie Klein dirige por primera vez nuestra atención a dos formas de escisión (splitting) que afectan al Yo. Refiere como ante el temor de aniquilación el Yo se escinde en partes diminutas. Esto formaría la base de los estados de desintegración esquizofrénica. También plantea que cuando el objeto es tomado sadísticamente éste será escindido en pedazos y dará como resultado la formación de un Yo escindido. Melanie Klein plantea muy claro en este trabajo, el hecho de que el Yo no puede escindir el objeto sin escindirse a sí mismo.

En trabajos posteriores ella hizo algunas adiciones a estos descubrimientos básicos sobre la escisión. En su trabajo de 1952: *'Algunas conclusiones teóricas en relación a la vida emocional del lactante'* ella describe la escisión característica de la posición depresiva. Dice que como defensa ante la ansiedad depresiva el Yo hace una escisión entre un objeto vivo intacto y un objeto moribundo, dañado y muerto. En ese trabajo también discute los efectos de este tipo de escisión sobre los procesos de integración propios de la posición depresiva. Más adelante en su trabajo de 1958: *'Sobre el desarrollo del funcionamiento de la mente'*, se observa un cambio repentino en la manera de pensar de Melanie Klein: además de la escisión propia del Yo y del SuperYo, ella propone otra escisión estructural en la mente, se refiere a un área escindida (Split-off) en lo profundo del inconsciente, donde quedarían las primeras y más aterradoras experiencias y figuras del desarrollo temprano. El presente trabajo de 1946, es como el primer mapa de una región conocida anteriormente sólo en contornos generales y donde quedaba aún mucho por completar. Sobre todo la patología de la posi-

ción esquizoparanoide no está delineada, a pesar de que Melanie Klein describe los efectos nocivos de la escisión excesiva y los estados de retraimiento persistentes en la infancia. Es sólo más tarde en su trabajo de 1957: *'Envidia y Gratitude'*, y con el estudio de los efectos sobre el desarrollo de la envidia exagerada, que ella pudo comenzar a diferenciar efectivamente la forma normal, de la patológica, en el desarrollo de la posición esquizoparanoide. Una modificación fue hecha a la descripción de 1946 sobre la posición esquizoparanoide. Esta aparece en dos trabajos, el de 1948 *'Sobre la Teoría de la Ansiedad y la Culpa'* y el de 1960 *'Una nota sobre la depresión en el Esquizofrénico'*. Aquí describe formas muy tempranas de culpa y depresión que preceden a la posición depresiva y que pertenecen a la posición esquizoparanoide. Si tomamos juntos este trabajo de 1946, con el de 1935 *'Una Contribución a la Psicogénesis de los Estados Maníaco depresivos'*, podemos considerarlos como una contribución al psicoanálisis de una nueva teoría al desarrollo temprano.

10

SOBRE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Anita Gurian y Robin Goodman

NYU Child Study Center [USA], Búsqueda en la WEB [2009]

Introducción

Los niños pueden ser diagnosticados con depresión aunque no tienen necesariamente los mismos signos y síntomas que muestran los adultos. Pero también un niño con depresión puede estar triste y tener los mismos síntomas del adulto como: desesperanza, indefensión y desprecio de sí mismo. Los niños deprimidos a menudo son irritables, son difíciles o imposibles de satisfacer, muy emocionales, oscilando de una tristeza a una rabia repentina. La depresión es muy probablemente sea debido a algo que está ocurriendo en su vida, algunos psiquiatras proponen una 'predisposición hereditaria' que produce 'un desequilibrio químico' en el cerebro. Los tratamientos incluyen Psicoterapia individual y familiar y a veces el uso de algún medicamento muy preciso.

Historias de la Vida Real

Alex es un niño de 10 años de edad, vive con su madre y su abuela. Sus padres se separaron cuando él tenía 6 años. La maestra de Alex informa que está en peligro de perder el curso escolar. Lo ha notado preocupado y a menudo mirando por la ventana, rara vez termina sus tareas escolares. Alex ha declarado que los demás niños en la clase son mucho más inteligentes de lo que él es. En raras ocasiones asiste a las reuniones de los 'Boy Scouts', ni juega al béisbol, lo que antes solía disfrutar. Cuando llega a casa cada tarde, él mira televisión y consume todas las galletas que puede encontrar. Por lo general llama a su madre por teléfono para asegurarse de que ella está bien, a continuación se va a la cama hasta que su madre llega a la casa. Alex dice: 'No tengo ninguna razón para mantenerme activo, nada bueno o divertido me va a pasar'.

Cheryl es una adolescente que usualmente va a la escuela y a su trabajo a tiempo parcial, luego regresa a su casa y juega con sus gatos,

en lugar de salir con sus dos mejores amigas, como antes solía hacer. Mirando hacia atrás, su madre comprendió que Cheryl no había ido a ver una película o a ir de compras durante todo un mes y parece haber perdido peso. Entonces su madre encontró una botella de píldoras para dormir en la gaveta de la mesa de noche de Cheryl. Tanto Alex como Cheryl han sido diagnosticados con depresión.

¿Cuáles son los síntomas?

Todos los niños a veces se sienten tristes. Sin embargo, algunos niños están tristes más allá del rango normal de tristeza. En general, para que los niños sean diagnosticados con un 'Trastorno depresivo mayor', debe haber experimentado los síntomas depresivos constantemente por lo menos durante dos semanas, a tal grado que interfiere con su vida. Según el Manual diagnóstico y estadístico [DSM-IV], los niños deben haber tenido por lo menos cinco de los siguientes síntomas: (1) triste (2) estado de ánimo irritable (3) dificultad para concentrarse (4) irritabilidad (5) rabia (6) fatiga (7) sentimientos de inutilidad (8) problemas de sueño (9) problemas del apetito (10) retraimiento social (11) inquietud (12) desacelerado con poco interés (13) Poco placer en las actividades (14) Ideas de desvalorización personal (15) pensamientos sobre la muerte. (16) Deseos de morir.

Existen dos tipos básicos de la depresión: (1) La depresión grave que dura por lo menos dos semanas, y (2) la más leve, pero crónica [trastorno distímico], en el cual se presenta un largo ánimo deprimido, que dura un año o más. Muchas veces parece ser 'el temperamento' de estos niños. Los niños que tienen este tipo de depresión puede en realidad estar bastante animados [up] o cuando están desanimados [Down] se muestran muy desanimados [en exceso]. Los niños deprimidos pueden tener dificultad para prestar atención, sentirse cansado, sentirse enojado, gritan mucho, se mantienen en su habitación, dejan de participar en actividades favoritas, piensan en la muerte, o hacen cosas muy arriesgadas y no saben por qué. A menudo, los adolescentes presentan síntomas dramáticos de tristeza similares a las encontradas en los adultos. Algunos niños no tienen conciencia de que están deprimidos. Pueden estar sometidos a estrés en la escuela, se pueden molestar por algo que sucedió con sus amigos, dormir o comer más de lo habitual, o simplemente quiere estar solo, porque no encuentra diversión cuando está afuera. A menudo, se aburre con todo. Los niños

con depresión no pueden simplemente ‘despabilarse’ y no están débiles. Los niños y los adolescentes que corren un mayor peligro son aquellos que tienen dificultad para ver la solución a sus problemas. A veces se sienten suicidas es la única manera de poner fin a su malestar y dolor. Los niños y adolescentes que hablan de suicidio o muerte han de ser tomados muy en serio. No necesariamente tan sólo están buscando atención. Cuando un niño habla de suicidio, el profesional debe ser consultado. Como con la mayoría de los otros problemas, los padres y los profesionales se ocupan de la duración, la frecuencia y la intensidad de los síntomas.

¿Quién es probable que tenga una depresión?

Cualquier persona a cualquier edad puede estar deprimida. Incluso niños de 2 y 3 años de edad pueden estar deprimidos. 1% de los niños de edades comprendidas entre 5 y 11 años de edad son diagnosticados con depresión. Esta cifra sube a 8% para los niños de 12 a 18 años de edad. Aunque el número de niños y niñas en edad escolar que padecen depresión es igual, en la adolescencia las mujeres son más proclives a padecer depresión. La depresión puede coexistir con una variedad de otros trastornos. Por ejemplo, más del 50% de los niños diagnosticados con un trastorno depresivo mayor tendrá también un trastorno de ansiedad.

¿Por qué ocurre?

Nadie sabe con certeza por qué algunos niños se deprimen mientras que otros sólo se ponen un poco tristes y logran seguir adelante. Aunque los acontecimientos externos [familiar, escolar y social] pueden afectar a un niño y afectar su estado de ánimo, una vulnerabilidad fisiológica pre-existente probablemente existe, causando la reacción depresiva. Algunos psiquiatras piensan que la reacción depresiva es el resultado de un desequilibrio químico en el cerebro y que probablemente esto sea hereditario. Los productos químicos utilizados en la depresión son los neurotransmisores que regulan el estado de ánimo y las endorfinas que son responsables de producir ánimo positivo. Las investigaciones sugieren que la depresión es hereditaria. Los niños cuyos padres tienen depresión tienen más probabilidades de deprimirse. Pero sin embargo las diferentes tensiones y dificultades de la vida

pueden llevar a un niño o un adolescente a la depresión o dificultar la mejoría.

¿Cuál es el tratamiento?

Cómo obtener ayuda es de vital importancia. Mantener fuertes sentimientos de tristeza, impotencia, soledad y dolor psíquico puede empeorar las cosas. Los problemas se agravan haciendo más difícil la curación. La depresión es tratada en varias formas. De hecho es una de las más fáciles de tratar eficazmente. Solo inicie buscando una cita con algún terapeuta.

Lograr el diagnóstico correcto

El diagnóstico, es un diagnóstico clínico, basado en la información proporcionada por los padres y otras personas que conozcan bien al niño, así como la información obtenida directamente del niño acerca de sus síntomas, sus pensamientos, sentimientos y las observaciones físicas del niño.

Psicofarmacología

Los estudios demuestran que los medicamentos son útiles para el tratamiento de los niños y adolescentes con depresión.

Psicoterapia

La terapia con el niño y con la familia puede ser también muy efectiva, puede ser sola o en combinación con medicamentos. En la Terapia los niños aprenden que todo el mundo pueda sentirse infeliz, a cómo controlar situaciones potencialmente preocupantes y reconocer los sentimientos, cómo entender lo que les está pasando y cual serían las formas de mejorar su vida.

Preguntas y respuestas

¿Cómo puede mi niño estar deprimido si corre alrededor y parece que está pasando un buen rato?

La depresión en los niños es diferente de la de los adultos. Es raro que los niños pequeños a miren hacia abajo o se muestren tristes durante largos períodos de tiempo. El niño con depresión es más irritable, se quejan de estar aburrido y son difíciles de complacer.

Mi hijo dice: Me quiero morir ¿Es esto normal?

Esta una buena razón para preocuparse si su niño hace que este tipo de declaraciones. Los padres deben tomarlo en serio y se justifica una evaluación profesional. Esto no significa necesariamente que el niño tiene un riesgo suicida. Sin embargo, si él o ella están muy deprimido hay maneras de ayudarlo, preferentemente con sesiones de terapia para el niño y su familia. A veces algún medicamento específico puede estar indicado. Los padres también deben ser conscientes de que no todos los niños suicidas expresan sus pensamientos abiertamente. Se muestran aislados, de malhumor o enojado por ciertos eventos, puede también ser una excusa de algo.

¿De dónde viene la depresión de mi hijo?

Nadie en mi familia ha sufrido de depresión. No hay nada definitivo sobre el origen de la depresión. Para algunos es una respuesta a situaciones difíciles en su relación con el mundo. Para algunos niños, la depresión parece ser 'una respuesta biológica' que no está bajo su control. Sabemos que la depresión no proviene de niños simplemente de los niños mimados.

¿Los medicamentos ponen a los niños excitados o le cambian su personalidad?

No. Cuando el terapeuta decide medicar a un niño es porque así lo considera. Debe haber muy buenas razones para medicarlo. La Terapia individual y de Familia es lo primero y lo más efectivo.

¿Cuánto tiempo tiene un niño que tomar medicamentos?

Una vez que se ha encontrado el medicamento adecuado y la dosis es apropiada para su edad, y el niño está bien, normalmente es aconsejable que continúe en ese nivel durante unos seis meses. En ese momento puede ser útil para iniciarse un programa escalonado para reti-

rar el medicamento. A veces, si la depresión es episódica, todo lo que se necesita es un curso corto de medicamento para ayudar a un niño.

Es que no hay nada que te ayude a depresión además medicamento?

Hasta el momento no hay ninguna evidencia clara si un tipo de medicación o la Psicoterapia es más eficaz en el tratamiento de niños con depresión. Ambas ofertas de ayuda pueden ser igualmente efectivas. Los padres o el paciente pueden elegir o hacer ambas. Sin embargo, tiene dificultad con las funciones básicas de cada día, la medicación se debe considerar. Para la mayoría de los niños, la mayoría de las veces, los medicamentos por sí solos, no es suficiente. La Psicoterapia, el apoyo familiar, la comprensión y el cuidado ambiental y escolar es también necesario.

11
LOS NIÑOS Y LA DEPRESIÓN
Asociación de SALUD MENTAL [Canadá]
Búsqueda en la WEB [2009]

Hay altibajos afectivos en la vida de todos nosotros. Todos pasamos por momentos de infelicidad cuando tenemos nuestros problemas y contratiempos. Estos sentimientos de infelicidad generalmente son temporales. Para algunas personas, sin embargo, estos sentimientos duran mucho tiempo y son bastante graves. 'La Depresión' es un término clínico utilizado por psiquiatras para describir un largo período cuando una persona se siente muy triste al punto de tener sentimientos de minusvalía, sin esperanza y sin ayuda. La depresión puede ser causada por el estrés [un fracaso], una pérdida de alguien o una pérdida de algo importante, o una gran decepción. A veces, parece ocurrir sin ningún motivo en absoluto. Algunos piensan que la depresión puede ser el resultado de un desequilibrio químico en el cuerpo de la persona y algunas personas nacen con una tendencia a deprimirse.

Cualquiera sea el motivo, la depresión puede afectar todos los aspectos de nuestra vida: el trabajo, las relaciones familiares, amistades, e incluso nuestra salud física. La depresión no afecta solo a los adultos. Esto le puede suceder a los niños y los adolescentes y es tan real para ellos como lo es para los adultos. Es muy probable que un niño con depresión va a pensar que nadie siente lo mismo que él o ella, y que nadie puede comprender sus problemas. A menudo, un niño con depresión, siente que él o ella no es del agrado de todos. A veces puede ser difícil para los adultos comprender cuán difícil pueden ser los problemas de los niños, puede consideramos sus problemas a través de los ojos de adultos. Sin embargo, las exigencias visibles e invisibles de la escuela y de los padres, pueden ser muy duro para que los niños lo enfrenten solos. Es importante que recordemos que, si bien sus problemas pueden parecer poco importantes para nosotros, puede ser insoportable para ellos.

Signos de depresión en los niños y los adolescentes

Si su hijo se vuelve deprimido, es poco probable que hable sobre el tema. Las primeras señales de alarma serán probablemente los cambios en el comportamiento que hacen sugerir un estado de ánimo infeliz. Un niño que ha desempeñado un papel activo se vuelve repentinamente aislado y demasiado quieto. Un buen estudiante podría empezar a recibir malas notas. Algunos de los signos comunes de la depresión pueden ocurrir cuando la escuela, las presiones sociales y familiares se hacen demasiado grande. No asuma que su hijo está experimentando una depresión grave si él o ella muestran sólo uno de estos signos. Su hijo puede, sin embargo, estar deprimido y necesitará ayuda profesional si hay cambios inexplicables en su comportamiento o si se observan varios de los siguientes signos de depresión: (1) Los cambios en sus sentimientos: su niño puede mostrar signos de ser infeliz, muy preocupado, culpable, enojado, temerosos, desamparados, sin esperanza, solitario o rechazado. (2) Los cambios físicos: Es posible que el niño se queje de dolores de cabeza o malestar general y dolor. Él o ella pueden tener una falta de energía, problemas para dormir o comer, o sentirse cansado todo el tiempo. (3) Cambios en el pensamiento: su niño puede decir cosas que indican una baja autoestima, un auto-disgusto o sentimiento de culpabilidad. Él o ella pueden tener dificultad para concentrarse o experimentan con frecuencia pensamientos negativos. Él o ella podrían pensar acerca del suicidio. (4) Los cambios de comportamiento: Su hijo podría aislarse de los demás, llorar con facilidad o mostrar menos interés por los deportes, juegos u otras actividades divertidas que él o ella disfrutaban normalmente. Él o ella pueden reaccionar de forma exagerada y repentina de ira o lágrimas por incidentes bastante pequeños.

¿Cómo ayudar a un niño con depresión?

Primero que nada hable con su niño. Si ha notado cualquier de los signos descritos aquí, haga el mejor esfuerzo para alentar a su hijo a hablar con usted acerca de cómo él o ella está sintiendo y permitirle que le hable de lo que sea que le molesta. Si usted piensa que su hijo está muy deprimido, es preferible que no cunda el pánico. La ayuda Profesional está disponible para su niño, para usted mismo y para el resto de la familia. La depresión es muy tratable. Los niños, los adolescentes y los adultos pueden todos ser ayudado a superar la depresión. Comience por averiguar con su médico si puede haber una causa física en su hijo que pueda explicar la sensación de fatiga, dolores,

achaque, y el ánimo bajo. Es recomendable hablar en la escuela de su hijo para averiguar si los maestros también han observado algún cambio en el comportamiento y en su estado de ánimo. Hablar con la maestra de su niño acerca de sus dificultades, puede cambiar la manera en que el maestro interactúa con su hijo, y puede aumentar su sentido de la autoestima en el aula. Muchas escuelas tienen asesores profesionales de psicología, que pueden ser de ayuda para el niño, los adolescentes y la familia.

La depresión afecta a toda la familia

Es importante conocer lo que su hijo piensa y siente de su propia depresión, ya que no siempre se sabe el por qué los niños se deprimen, usted podría encontrarse sintiéndose culpable o frustrado. Sin querer, usted puede dejar que el niño se entere de estos sentimientos suyos de culpa y hacer que él o ella se sientan rechazados e incomprensidos. No es fácil hacer frente a las necesidades de un niño con depresión. Es posible que necesite ayuda para aprender a ayudar a su niño a hacer frente a sus sentimientos infelices, así como la forma de tratar con sus propios sentimientos acerca de su problema y también de su propia vida como padre o madre. Considere la posibilidad de adquirir asesoramiento para usted mismo, así como para su hijo. Muchos terapeutas programan sesiones de asesoramiento familiar, cuando están trabajando con un niño con depresión. Usted debe también ser honesto con los hermanos y hermanas, y otros miembros de la familia acerca de las necesidades y la depresión del niño. Así, él o ella tendrán varias fuentes de apoyo y comprensión.

12

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Carol E. Watkins

Búsqueda en la WEB [2010]

La depresión en niños y adolescentes aumentó dramáticamente en los últimos 50 años. La edad promedio de aparición ha caído. Durante la niñez [infancia] el número de niños y niñas afectados son casi iguales para cada sexo. En la adolescencia, el doble de las niñas son diagnosticadas como depresivas. Los episodios repetidos de depresión pueden tener un gran impacto en la mente de un joven. Más de la mitad de los pacientes deprimidos experimentan recaídas dentro de siete años del primer episodio. Los niños con depresión grave tienen una mayor incidencia de trastorno bipolar y depresión severa recurrente.

Características de la depresión en los niños y los adolescentes

Los síntomas son similares a los de la depresión en adultos. En el DSM-IV, los criterios para el diagnóstico son los mismos. Los niños pueden no tener el vocabulario para hablar de sus sentimientos, de forma que pueden expresar sus sentimientos a través del comportamiento. Personas Jóvenes con depresión son más propensas a mostrar: fobias, reacción a la separación, trastorno de ansiedad, trastornos somáticos y problemas de comportamiento.

Con la 'depresión psicótica' los niños son más propensos a las alucinaciones. Los adolescentes y los adultos con 'depresión psicótica' tienen más probabilidades de tener delirios. Recordemos que los delirios requieren de un avanzado funcionamiento de los procesos secundarios y cognitivos del Yo.

Uno puede observar los siguientes signos externos en un niño o un adolescente con depresión: (1) si es un preescolar o muy joven en edad, el niño podría tener un aspecto físico de estar enfermo. (2) Él podría estar brincando, activo. (3) Mientras que otros niños, se ponen a llorar o están irritables cuando se ven frustrados, el niño depresivo puede mostrar estas reacciones sin motivo aparente. (4) Él puede de-

cir cosas negativas acerca de sí mismo y puede ser autodestructivo. (5) En la Escuela primaria hasta la adolescencia: el adolescente puede presentar disminución en el rendimiento académico, conductas disruptivas y problemas con sus amistades. (6) A veces uno puede también ver comportamiento agresivo, irritabilidad y un hablar suicida. Los padres pueden decir que el adolescente se odia a sí mismo y a veces a todos los demás.

Causas de la Depresión

La pregunta más difícil es: ¿cuánto se debe a la herencia y cuanto a las cuestiones ambientales? Las historias relacionadas con la depresión en la infancia incluyen: (1) cuando eran niños, aparecen las carencias y las serias dificultades de sus padres, en el ejercicio del maternaje y de la paternidad (2) experiencias estresantes [traumáticas] de la vida (3) una forma negativa de ver el mundo (4) la depresión en la infancia también está asociada con antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo y con la existencia de otras condiciones psiquiátricas (5) si el pariente ha tenido 'depresión episódica recurrente' en la infancia, el niño tiene un mayor riesgo de desarrollar depresión posteriormente.

Hay diferentes teorías sobre las causas de la depresión. Algunos piensan que los niños heredan una predisposición a la depresión y a la ansiedad, pero que necesitan unos desencadenantes ambientales para producir el primer episodio de depresión menor o mayor. Cuando a los adultos deprimidos se les preguntó acerca de sus experiencias de la niñez, dijeron son más habían sufrido de negligencia, abandono, rechazo abusivo y conflicto entre los padres.

Consecuencias y las condiciones correspondientes

Muchos niños con depresión presentan uno o más de los otros principales diagnósticos psiquiátricos. El trastorno de ansiedad, el abuso de drogas y el trastorno de atención, con frecuencia están asociados con la depresión infantil. El ADD puede estar presente antes del primer episodio de depresión y puede complicar el tratamiento de ambas condiciones. Uso indebido de drogas a menudo se inicia después del primer episodio de depresión, aunque esto puede variar entre diferentes personas. Las otras condiciones pueden persistir incluso después

de que el episodio depresivo mayor haya concluido y pueden hacer que la persona sea más vulnerable a la recaída de la depresión. Los niños con depresión, acompañada de ADD [DDAH] o de otros 'trastornos de conducta' son más propensos a tener ya como adultos 'antecedentes penales' y presentar antecedentes de 'intentos de suicidio'. La depresión está asociada con la aparición de problemas en la vida escolar, o con otros problemas interpersonales, familiares y sociales. También en el futuro se va a relacionar con un aumento en la incidencia de la 'conducta suicida', pensamientos violentos, consumo de alcohol, el embarazo precoz, el uso del tabaco y de las drogas. La depresión puede conducir a una mayor probabilidad de intentos de suicidio y de suicidios con éxito.

Desde 1950 la tasa de suicidios de adolescentes ha aumentado cuatro veces. El 12% del total de la mortalidad en adolescentes [en 1993] se debió al suicidio. Pero es bueno aclarar que el suicidio no siempre está asociado con problemas depresivos. Generalmente quienes intentan suicidarse tienen más de un problema. Uno debe estar especialmente atento con aquellos pacientes que tienen un pariente que se ha suicidado o que están expuestos a la violencia en la familia.

Cuestiones relacionadas con la familia

Con frecuencia los niños deprimidos han tenido padres deprimidos o estresados [traumatizados]. ¿Puede el estrés de tener que enfrentarse con un niño con depresión conducir al rechazo parental? o ¿Puede la incapacidad de los padres conducir a un niño a la depresión? La respuesta puede ser diferente, en los distintos casos. El niño depresivo y el niño hiperactivo puede ser muy difícil de criar y educar. Algunos padres tienen más habilidades para hacer frente a estos temas, que los demás padres.

Un niño puede 'aprender a renunciar' a las cosas fácilmente, porque los padres no han modelado buenas maneras de hacer frente a situaciones adversas o traumáticas [estresantes]. Algunos sugieren que los patrones parentales de irritabilidad [intolerancia] y aislamiento [retiro social] conducen a una baja autoestima en el niño y esto predispone al niño a la depresión. Algunos sugieren que un niño genéticamente vulnerable tiene más probabilidades de desarrollar la depresión cuando se exponen al estrés [traumas] en el ámbito familiar.

Diagnóstico

Usualmente se toma más tiempo para realizar un diagnóstico de depresión en un niño, que para diagnosticar un adulto. El proceso de diagnóstico debe incluir las entrevistas con los padres, con el niño y además lograr el informe del colegio. Es recomendable insistir en ver ambos padres, incluso si el niño vive sólo con uno de los progenitores. Los padres tienen más probabilidades de notar signos visibles de la depresión. El niño puede estar más consciente de los síntomas en el interior de su mente. A veces uno de los padres está prejuiciado en relación al colegio o la escuela, por lo tanto, la escuela y otros informes externos son útiles. En general, debería haber un examen médico reciente. Aunque esto generalmente es hecho por el médico de la familia, el psiquiatra puede hacer un examen breve neurológico. El psiquiatra le preguntará acerca de la historia de los antecedentes y de la existencia de otras condiciones psiquiátricas.

Tratamiento

No hay una receta típica para estos casos. El tratamiento debe ajustarse a las necesidades y a las características de cada niño y su familia. En general, con una depresión leve a moderada, lo primero es intentar psicoterapia individual y de familia. A continuación, si la terapia no ha producido suficiente mejoría, se puede pensar en agregar un antidepresivo específico. Si se trata de una depresión severa con clara 'incapacidad de cumplir sus obligaciones', se puede utilizar al principio del tratamiento, un medicamento antidepresivo específico. La psicoterapia en sus diversas variedades ha demostrado ser 'un recurso muy eficaz'. Hay algunas indicaciones de que 'terapia cognitiva' puede trabajar igualmente con eficacia. La Psicoterapia ayuda a la persona a examinar sus deseos, pensamientos, contradicciones, ideas agresivas e hipótesis acerca de sí mismo. Puede aprender a utilizar comportamientos que 'confrontan la adversidad' en forma positiva, en lugar de renunciar o evitar situaciones.

Después de concluida la terapia los niños pueden beneficiarse de un programa de seguimiento. Muchos han tenido la experiencia de que la 'terapia de familia conjunta' puede 'acelerar la recuperación' y ayudar a prevenir una recaída. Existen diferentes estilos de la terapia familiar.

La mayoría de los estudios sugieren que en las personas mayores los anti-depresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina y la desipramina) no son mejores, que el placebo, en el tratamiento de la depresión. Aún así, muchos han visto niños y adolescentes que han respondido bien a estos medicamentos. Pero la duda en sus verdaderos efectos existe. Los antidepresivos tricíclicos pueden ser un tratamiento efectivo para el ADD [DDAH]. Dado que existe un pequeño riesgo de alteración del ritmo cardíaco, en los niños con estos medicamentos, solemos seguirlos con electrocardiograma. Igual seguimos en la sangre los niveles tricíclicos, pero esto también está siendo objeto de debate.

Los ISRS o sea los ‘inhibidores selectivos de la Re-captación de serotonina’ [tales como Prozac y Zolof] han mejorado las perspectivas para el tratamiento medicamentoso de la depresión en el niño y en el adolescente. Los efectos secundarios no son tan molestos, como en los medicamentos anteriores. Estos medicamentos son algo menos tóxicos en sobredosis. La fluoxetina (Prozac) ha sido aprobada por la FDA para el tratamiento de la depresión en niños mayores de 8 años de edad. Existe ‘una especial preocupación’ por utilizar paroxetina (Paxil) o venlafzine (Effexor) con los niños y adolescentes deprimidos.

En comparación con los adultos, los adolescentes son un poco más propensos a la agitación o a desarrollar un ‘cuadro de manía’ mientras toman un SSRI. Estos medicamentos pueden disminuir la libido en los adolescentes y adultos. Generalmente es recomendable advertir a los padres acerca de los ‘síntomas de la manía’, especialmente si hay antecedentes familiares de trastorno bipolar. Si el niño ha tenido un episodio maníaco anterior, tal vez debiera considerarse un estabilizador del estado de ánimo como el litio, o el Depakote.

Seguimiento y otras consideraciones

Algunos individuos tienen un sólo episodio de depresión en su juventud, pero a menudo, la depresión se convierte en una condición recurrente. Por lo tanto, uno debe educar al niño y la familia acerca de los primeros síntomas de advertencia de la depresión, para que puedan acudir [regresar] al terapeuta. También es útil debatir los particulares del ‘los primeros signos de advertencia’. A veces se pueden programar sesiones de seguimiento de antemano, dejando la puerta abierta para

que el niño o la familia tengan uno o dos períodos de sesiones de duración limitada, por ejemplo, programar 'seis sesiones familiares', una semanal hasta cumplir el ciclo. Eso se puede repetir cada seis meses.

La decisión acerca de cuándo se debe dejar los medicamentos antidepresivos puede ser muy complicada. Muchas veces depende de 'la confianza' que ambos 'el terapeuta y su paciente' tiene en 'la efectividad de la palabra', que está presente en las sesiones de Psicoterapia: 'efectividad para explorar, comprender y facilitar la vida del niño y de su familia'.

Si los episodios depresivos son recurrentes o severos, se puede considerar un largo plazo de mantenimiento de la terapia farmacológica. Si la depresión fue más leve, la familia desea que el niño esté libre de los medicamentos, o si hay efectos secundarios, se puede considerar suspender el medicamento, varios meses después de que los síntomas hayan desaparecido. Si se han producido varias repeticiones de episodios depresivos severos, entonces, se podría hablar con el paciente y su familia acerca de un más largo plazo de mantenimiento farmacológico.

El ejercicio regular, una dieta equilibrada (por lo menos tres comidas por día) y un horario de sueño aceptable, son cosas deseables que deben ser discutidas y si es posible implementadas. Si hay problemas residuales en las habilidades sociales [generalmente de naturaleza fóbica] se puede, a través de 'actividades de grupo' en la escuela o cualquier otro organismo comunitario, sin duda es de ayuda. Los scouts y grupos juveniles de la Iglesia, pueden ser de gran ayuda. Si los padres y el niño consienten en utilizar estos recursos, entonces se deben intentar. Se debe dar atención a los trastornos psiquiátricos concomitantes, como: la ansiedad y el ADD. Dado que una persona joven que ha tenido una depresión, es más vulnerable al uso indebido de drogas, se debe empezar temprano con medidas preventivas, hablar sobre el asunto y transmitir claro la idea de que las drogas ilegales le son perjudiciales.

13

LA DEPRESION EN LOS NIÑOS

Blog 'La salud mental' [Canadá]

Búsqueda en Internet [2009]

La Depresión infantil es uno de los más comunes trastornos psicológicos y psiquiátricos en la infancia y la adolescencia. Afecta a la energía en general, el estado de ánimo y las expresiones de emoción y comportamiento. Antes se pensaba generalmente que los niños no pueden deprimirse. Ahora los investigadores reconocen que los niños, como todo el mundo, no son inmunes a esa insidiosa y peligrosa enfermedad.

Debido a que los niños a menudo no tienen la capacidad de dar un paso atrás, mirarse a sí mismos, y reconocer que la forma en que sienten no es normal para ellos, el diagnóstico y tratamiento de la depresión es más difícil que en los adultos. Se estima que 1 de cada 10 niños tienen dificultad para escapar a los síntomas de depresión durante largos períodos de tiempo.

¿Cuáles son los síntomas y signos de depresión de niño? ¿Cuáles son las causas de la depresión infantil? ¿Cuáles son los tratamientos disponibles para un niño con depresión?

Síntomas y signos de depresión en la infancia:

La depresión infantil es tan grave como la depresión en los adultos. Sin embargo es importante reconocer que los niños no se dan cuenta de sus síntomas, esto es algo que dificulta el reconocimiento y el diagnóstico de la depresión. Sin embargo podemos observar: la disminución de la capacidad de funcionar durante las actividades del hogar, con los amigos o en la escuela. Igual dificultad en otras actividades extracurriculares y en otras aficiones, o negarse a los intereses, o a ir a la escuela. Se aferran a su padre o madre, o se preocupan de que los padres pueden morir. Los niños más mayores pueden mostrar malhumor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos, gruñones y sentirse incomprendidos. Deterioro del pensamiento o de la concentración, temerosos, tensos, ansiosos, reiterado rechazo por otros

niños, baja en el rendimiento escolar. No le habla o comparte con otros niños. Repetidas quejas físicas sin causa médica (dolores de cabeza, dolores de estómago, dolor en el brazo o pierna), pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaban. Cambios en el apetito, cambio en patrones de sueño, una baja autoestima, o sentimientos de inutilidad. Puede decir: 'me siento mal', 'Soy estúpido', 'Nadie me gusta'.

¿Qué causa la depresión en los niños?

Como en los adultos, la depresión en los niños puede ser causada por una combinación de factores que se relacionan con la salud física, acontecimientos de la vida, antecedentes familiares, el medio ambiente, vulnerabilidad genética y una perturbación bioquímica.

Algunas de las causas de la depresión del niño son las siguientes: Separación y divorcio de los padres, o incluso de parientes cercanos, la muerte de un ser querido, muerte de una persona cercana o de una mascota, experiencias estresantes de la vida [traumas], una forma negativa de ver el mundo, las pobreza en las habilidades sociales [fobias].

En la Infancia, la depresión también está asociada con antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo o con la existencia de otras condiciones psiquiátricas. Si el pariente ha tenido en la infancia una depresión recurrente, el niño está en un mayor riesgo de desarrollar depresión. El mudarse y trasladarse de una ciudad a otra, o incluso de un barrio a otro, cambios académicos, deportivos o algún fracaso en el deporte, o no estar a la altura de las expectativas personales, pueden producir sentimientos depresivos.

¿Cuáles son los tratamientos para la depresión infantil?

Un gran número de estrategias de tratamiento han sido desarrolladas para el tratamiento de la depresión. Terapia individual y de familia, terapia de juego, que muchas veces es la más apropiada para los niños más pequeños.

Los medicamentos para la depresión infantil

Son de varios tipos y son los mismos medicamentos que se usan en los adultos. Los tipos principales incluyen inhibidores de la monoaminoxidasa, los tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de serotonina [IRSS] por ejemplo: Prozac, Paxil y Zolof, Serazone, Luvox. Otras clases de medicamentos ya han surgido. Estos medicamentos producen serios efectos secundarios. Estos fármacos han demostrado ser un 50-70% más eficaz con los adultos, que el uso de placebos o de ningún otro tratamiento.

Muy poco se sabe sobre el uso seguro de los antidepresivos con los niños, la presencia de serios riesgos y los buenos resultados con Psicoterapia individual y de familia, aconseja restringir el uso de medicamentos con los niños.

La psicoterapia para un niño con depresión

Los tipos de psicoterapia verbales utilizados usualmente, no se prestan para el tratamiento de los niños pequeños ya que estos carecen de las necesarias habilidades verbales. Es necesario utilizar técnicas apropiadas como el dibujo y el juego. En la práctica hay menos dificultades de lo que cabría esperar, debido a que muchos problemas emocionales de los niños más pequeños son secundarios a los de sus padres y a menudo es más apropiado complementar o dirigir la psicoterapia principalmente a los padres.

Una variedad de técnicas psicoterapéuticas han demostrado ser eficaces. Hay algunas indicaciones de que la terapia dinámica individual puede trabajar más rápido. Muchos sienten que terapia de familia puede acelerar la recuperación y ayudar a prevenir una recaída. Existen diferentes estilos de la terapia familiar. Enfoques interpersonales centrándose en relaciones, la adaptación social y el dominio de los roles sociales.

Habilidades sociales para niños con depresión

La capacitación en habilidades sociales consiste en enseñar a los niños a participar en varias actividades concretas con los demás. Iniciar conversaciones, responder a otros, aprender a manejar los rechazos de las solicitudes o peticiones, etc. Los niños suelen aprender con las

instrucciones, con el ejemplo, modelado por un individuo o grupo de pares. El objeto de este enfoque 'de habilidades' es el de proveer al niño con la habilidad de obtener buenos resultados en el diario vivir.

14

INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO BIPOLAR

Melissa Conrad Stoppler

National Institute of Mental Health [MedicineNet] Web page

Testimonio de un paciente: Martes 28 de junio del 2005: Aproximadamente tres semanas después de haber comenzado a tomar anti-depresivos empecé a hablar tan rápido que no me entendían. Mi conversación se había convertido en algo imposible de comprender. Mi mente y mi boca se estaban moviendo a un nivel casi a la velocidad del sonido. Si mi conversación hubiera sido más rápido, habría emitido un fuerte sonido monótono. He dormido menos de una hora en cada noche. La calidad de mi trabajo comenzó a sufrir. Esto no era un simple efecto indeseable o 'efecto colateral' de la medicación anti-depresiva. Esto era un verdadero 'episodio maniaco' inducido por los medicamentos y yo estaba fuera de control. Haberme enloquecido con la medicación que supuestamente me ayudaría, era la última cosa que yo pensé me podía pasar. Me explico, en mis veintitrés años, yo estaba siendo responsable y organizándome por primera vez. Estaba asistiendo a un psiquiatra muy bueno. No puedo entender qué pasó y qué había ido mal.

Introducción al trastorno bipolar

El trastorno bipolar, también conocido como un trastorno 'maníaco-depresivo' o una 'depresión bipolar', es un trastorno del estado de ánimo relativamente común que afecta a cerca de seis millones de personas en USA. Esta caracterizado por 'episodios de depresión' que alternan con 'estados maníacos' [euforia]. Los síntomas del trastorno bipolar son diversos y a menudo afectan el funcionamiento cotidiano y las relaciones interpersonales de esa persona. Los síntomas del Trastorno Bipolar incluyen depresión, sentimientos de desesperanza durante la fase depresiva de la enfermedad. Otros síntomas depresivos pueden incluir pensamientos de suicidio, alteraciones del sueño, pérdida de interés en las actividades que una vez fueron una fuente de

placer. Lo que diferencia el 'trastorno bipolar' de una 'depresión mayor' es la aparición de episodios maníacos, descrita a menudo como 'altibajos emocionales' entre los episodios de depresión.

Los síntomas de estos 'estados maníacos' son variados e incluyen agitación, aumento de la energía, euforia, pensamientos acelerados, falta de criterio, comportamiento provocador, dificultad para concentrarse y una disminución de la necesidad de conciliar el sueño. Las personas que experimentan 'episodios maníacos' a menudo hablan muy rápidamente, parecen demasiado irritables, y pueden tener creencias poco realistas sobre su propio poder y capacidad.

Afortunadamente el 'trastorno bipolar' es una condición tratable. Con el tratamiento apropiado la mayoría de las personas que padecen trastorno bipolar puede lograr estabilización sustancial de sus cambios de humor y son capaces de llevar una vida normal.

El tratamiento del trastorno bipolar implica medicamentos conocidos como "los estabilizadores del humor." El litio (Eskalith, Lithobid) es el más comúnmente recetados como estabilizador del estado de ánimo de las personas con trastorno bipolar, pero algunos medicamentos anticonvulsivos, incluyendo valproato (Depakote) o carbamazepina (Tegretol), también puede tener efectos estabilizadores del estado de ánimo y puede ser utilizada en el tratamiento del trastorno bipolar.

15

¿QUE ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

Kay Redfield Jamison

National Institutes of Health [USA]. Búsqueda en la WEB [2009]

El 'Trastorno bipolar' también conocido como 'Enfermedad maníaco-depresiva' es un trastorno mental que causa cambios inusuales en el estado ánimo de una persona, en el despliegue de energía y en su capacidad para funcionar. Es una condición diferente del habitual 'altibajo' por lo que todos pasamos, se considera que los síntomas del 'trastorno bipolar' son graves.

El trastorno bipolar puede producir un deterioro de las relaciones interpersonales, un bajo desempeño escolar o laboral, e incluso el suicidio. Pero hay buenas noticias: el 'trastorno bipolar' puede ser tratado y las personas que padecen de esta enfermedad pueden llevar vidas plenas y productivas. Alrededor de seis millones de adultos estadounidenses o aproximadamente 2,6 por ciento de la población de 18 años o más, en cualquier año determinado tiene trastorno bipolar.

El 'Trastorno Bipolar' normalmente se desarrolla al final de la adolescencia o adultez temprana. Sin embargo, algunas personas tienen sus primeros síntomas durante la niñez y algunos otros la desarrollan a lo largo de la vida. La mayoría de las veces la persona no lo reconoce como una enfermedad, y pueden sufrir durante años antes de ser diagnosticada y tratada adecuadamente. Tal como ocurre con la diabetes o la enfermedad del corazón, el trastorno bipolar es una enfermedad de larga duración que debe administrarse cuidadosamente durante toda la vida de una persona.

El 'Maníaco-depresivo' o 'bipolar' distorsiona el ánimo y los pensamientos, incita a comportamientos arriesgados, destruye la base del pensamiento racional, y demasiado a menudo erosiona el deseo y las ganas de vivir. Algunos consideran que es una enfermedad biológica en sus orígenes. Sin embargo otros consideran el factor psicológico y las experiencias de la vida como una posible causa. Esta es una enfermedad que es extraña, confiere ventajas, convicciones y placer. Sin embargo trae en su estela, un sufrimiento que es algo casi insopportable. No en pocas ocasiones aparece el suicidio en estas personas.

¿Cuáles son los síntomas del trastorno bipolar?

El 'Trastorno Bipolar' causa dramáticos cambios de humor y de carácter demasiado 'alto' o irritable, triste, desesperado. A continuación, de nuevo, aparecen períodos de estados de ánimo normales. Los cambios profundos en la energía y el comportamiento van junto con estos cambios en el estado de ánimo. Los períodos de altibajos se llaman episodios de manía y depresión.

Los síntomas de la manía (episodio maníaco) incluye el aumento de la energía, aumento de la actividad y la excesiva inquietud, una euforia demasiado buena, irritabilidad extrema, pensamientos acelerados y un hablar muy rápido, saltando de una idea a otra con distracción, no se puede concentrar bien, poco sueño, es una persona con convicciones poco realistas, pobre o mal juicio, parranda de gastos, un período de comportamiento que es diferente a lo habitual, aumento del instinto sexual, abuso de drogas en especial la cocaína, el consumo de alcohol, medicamentos para dormir, comportamiento agresivo o negación de que algo anda mal. Si cinco de estos síntomas duran más de dos semanas se puede diagnosticar un episodio maniaco. Si el estado de ánimo es irritable, otros cuatro síntomas deben estar presentes.

Signos y síntomas de la depresión (episodio depresivo) incluyen una tristeza duradera, ansioso o vacío de ánimo, sentimientos de desesperanza o pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad o la sensación de indefensión, pérdida de interés o placer en las actividades una vez disfrutaba, incluyendo el sexo, disminución de energía, una sensación de fatiga o de estar 'frenado', dificultad para concentrarse y para recordar, dificultad para la toma de decisiones, agitación o irritabilidad, dormir demasiado, o imposibilidad para hacerlo, cambios en el apetito, aumento o pérdida de peso involuntaria, o tener dolor crónico persistente u otros síntomas corporales que no son causados por enfermedades físicas o alguna lesión, pensamientos de muerte o de suicidio o intentos de suicidio. Un episodio depresivo se diagnostica si cinco o más de estos síntomas, que duran casi todo el día, casi cada día, durante un período de 2 Semanas o más.

Un leve a moderado nivel de manía se llama 'Hipomanía'. La Hipomanía puede hacer sentir bien a la persona que lo experimenta, e incluso

puede estar asociada con un buen funcionamiento y una mayor productividad. Así pues, aun cuando la familia y los amigos aprenden a reconocer los cambios de humor de un posible 'trastorno bipolar', la persona puede negar que algo este mal. Sin el tratamiento adecuado la hipomanía puede convertirse en manía grave en algunas personas o puede cambiar a la depresión.

A veces, graves episodios de manía o depresión, incluyen síntomas de psicosis (síntomas psicóticos). Son comunes los síntomas psicóticos como las alucinaciones [oír, ver, o sentir la presencia de cosas que en realidad no existen) y los delirios (falsas creencias profundamente arraigadas, que no ceden a un razonamiento lógico) Los síntomas psicóticos en el trastorno bipolar tienden a reflejar el extremo estado de ánimo de ese momento. Por ejemplo, los delirios de grandeza, tales como creer que tiene poderes especiales o una gran riqueza, puede ocurrir durante la manía. Los delirios de culpa e inutilidad, como creer que uno este arruinado y desamparado o que ha cometido algún crimen terrible, puede aparecer durante el episodio depresivo. Las personas con trastorno bipolar que tienen estos síntomas son a veces mal diagnosticadas de esquizofrenia, o de un trastorno mental severo.

La forma clásica de la enfermedad, lo cual implica episodios recurrentes de manía y depresión, se denomina 'trastorno bipolar I'. Sin embargo, algunas personas nunca desarrollan manía grave, sino experimentan más leves episodios de hipomanía que alternan con depresión. Esta forma de la enfermedad se llama 'trastorno bipolar II'. Cuando cuatro o más episodios de enfermedad ocurren dentro de un período de 12 meses, se dice que una persona tenga una forma rápida de ciclos del trastorno bipolar. Algunas personas experimentan episodios múltiples en una sola semana, o incluso dentro de un solo día. Los ciclos rápidos tienden a desarrollarse más tarde en el curso de la enfermedad y es más común entre las mujeres que entre los hombres.

¿Pueden los niños y los adolescentes tener un trastorno bipolar?

Tanto los niños y los adolescentes pueden desarrollar un trastorno bipolar. Es más probable que afectan a los hijos de padres que tienen la enfermedad. A diferencia de muchos adultos con trastorno bipolar, cuyos episodios tienden a ser más claramente definidos, los niños y los adolescentes con la enfermedad a menudo experimentan cambios

de humor muy rápido entre la depresión y manía [muchas veces dentro de un mismo día]. Los niños con 'manía' son más irritables y propensos a las rabietas y luego se muestra demasiado feliz y encantado.

Mezclar los síntomas también es común en jóvenes con trastorno bipolar. Los adolescentes que desarrollan la enfermedad pueden mostrar síntomas clásicos, similar al los síntomas de episodio adulto. El 'Trastorno Bipolar' en niños y adolescentes puede ser muy difícil de diferenciar de otros problemas que pueden surgir en estos grupos de edad. Por ejemplo, irritabilidad y agresividad puede indicar trastorno bipolar, pero también pueden ser síntomas de déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la conducta, trastorno negativista desafiante. También pueden ser un trastorno mental más común entre los adultos como una depresión o esquizofrenia. Uso o abuso indebido de drogas también puede conducir a síntomas de este tipo.

Para cualquier enfermedad, sin embargo, la eficacia del tratamiento depende de un adecuado diagnóstico. Los niños o los adolescentes con síntomas emocionales y de comportamiento, debe ser cuidadosamente evaluado por un profesional en salud mental. Cualquier niño o adolescente que tiene pensamientos suicidas, habla acerca del suicidio, o intente suicidarse, debe ser tomada en serio y deben recibir ayuda inmediata de un especialista en salud mental.

16

NIÑOS EN DUELO

Steven A. King y Tahir Tellioglu

National Institute of Health [USA]. Búsqueda en la internet [2010]

Cuando perdemos a alguien a través de la muerte o por la ruptura de relaciones, es bastante común que aparezca tristeza, angustia o ansiedad y luego rabia. Si bien podría parecer como una depresión, la tristeza que es un sentimiento natural, en este contexto, es realmente algo diferente que llamamos 'duelo'. La depresión está caracterizada por pensamientos y sentimientos negativos sobre uno mismo y produce una baja de la autoestima. La aflicción y el duelo por otro lado, se caracterizan por dolor por la pérdida del objeto [del otro]. En casos graves aparece la inmensa ansiedad por la separación y la pérdida. Es como si la persona no soporta vivir sin el otro. Alrededor de un tercio de las personas que sufren dolor por la pérdida llegan a desarrollar una depresión, pero generalmente esto ocurre semanas o meses más tarde. La pérdida puede conducir a cambios favorables en la vida. Hay que aceptar que cosas agradables que fueron una vez hecho juntos ya no se pueden hacer.

La tristeza es un ejercicio sano y es una reacción natural a una pérdida. A menudo el duelo se caracteriza por una intensa angustia. Aunque la tristeza es importante y conduce a una curación emocional, este puede ser un proceso que toma tiempo y es muy doloroso. Puede dar lugar a estrés emocional significativo. Sin embargo el estado de duelo [aflicción] no es una enfermedad, es una reacción natural a la pérdida. La reacción de dolor puede durar meses. Las personas que sufren aflicción pueden sentir la falta de la persona fallecida o lamentar su pérdida por mucho tiempo. Pero eventualmente el dolor va a disminuir. Cualquier pérdida importante puede causar una reacción de dolor, especialmente la muerte de un ser querido. Aborto espontáneo, mortinato, aunque a menudo no reconocida como pérdidas importantes, pueden causar dolor y sentimientos de pérdida en los padres. Uno de los principales cambios como el divorcio, la pérdida de un hogar, la pérdida de un puesto de trabajo, o la pérdida de la capacidad de desarrollar su carrera profesional, por ejemplo una lesión física que termina con una carrera atlética también puede dar lugar a dolor. La aflicción

también se puede producir como una respuesta a los aniversarios o recordatorios de la pérdida, o en las vacaciones u otros días especiales durante todo el año que recuerdan al ser ausente.

La aflicción o duelo es generalmente más fácil de reconocer y los síntomas de dolor son tanto físicos como emocionales. Las personas en luto [en duelo] están a menudo tristes y pueden suspirar, sollozar, gritar o anhelan lo que está perdido. La conmoción, la incredulidad y la negación son comunes, especialmente inmediatamente después del descubrimiento de la pérdida.

Las personas que sufren aflicción pueden sentirse enojados o culpables. Pueden cansarse fácilmente o tener la sensación de estar siempre cansados. Desórdenes en el apetito y el sueño se presentan con mayor frecuencia. La mayoría de la gente que está de duelo no solicita o requiere de ayuda profesional. Cuando se necesita ayuda, una evaluación de la situación emocional hecha por un profesional de salud mental, puede ser utilizada para descartar otros problemas emocionales. Aunque la aflicción o duelo puede progresar hacia la depresión grave en algunos casos, no debe confundirse con este grave trastorno del estado de ánimo.

No es saludable para evitar dolor, negar una gran pérdida por un largo período de tiempo. Evitación del duelo puede conducir a graves problemas físicos o emocionales más tarde en la vida. El aspecto más importante para las personas de luto [en duelo] es aprender a hacer frente a la pérdida. Las personas que sufren aflicción tienen que hablar con y explicar sus sentimientos. La mayoría las complicaciones físicas de la aflicción puede aliviarse con el comer de manera adecuada, el hacer ejercicio y descansar lo suficiente. Cuando se busca ayuda profesional, la psicoterapia individual es una de las formas más comúnmente para ayudar a las personas hacer frente al dolor. Terapia de grupo puede ser igualmente muy útil.

Tipos de duelo

La tristeza es una respuesta emocional natural a una pérdida, tales como la muerte de un ser querido. A menudo se caracteriza por su extrema angustia. Otras pérdidas, como el divorcio, el aborto espontáneo

neo o la pérdida de una casa o del trabajo, son también una fuente de duelo y dolor. El duelo es una reacción importante y necesaria que eventualmente conduce a curación emocional. Sin embargo, puede ser una prolongada e intensa experiencia dolorosa y pueden dar lugar a estrés emocional significativo. La capacidad de funcionar y la productividad en el trabajo o la escuela pueden verse afectada, aunque la mayoría de las personas que sufren aflicción y duelo continúan trabajando y socializando.

Las personas pueden mantenerse en duelo por diferentes períodos de tiempo. La reacción de dolor puede durar meses o años. Los síntomas de intenso sufrimiento emocional suelen durar entre seis y 12 meses, con menos intenso duelo constante de uno a tres años. El proceso de duelo puede ocurrir en varias etapas. Primeras etapas puede implicar el entumecimiento o la negación de la pérdida, seguida por la rabia. Algunas personas pueden experimentar profunda nostalgia seguido por la desesperación. Las etapas finales incluye la aceptación de la pérdida. Las etapas de la aflicción no son lineales. Algunas personas llegan a través de las etapas más rápidamente o incluso saltarse algunas etapas enteramente. Otras personas parecen quedarse detenidas o volver a determinadas etapas después de un período de sentirse mejor.

Por ejemplo, una persona que ha quedado viuda puede experimentar enojo por la pérdida del cónyuge poco después de la muerte de su cónyuge. La ira puede disminuir pero volver meses más tarde, cuando el cónyuge se enfrenta con una faena desempeñadas anteriormente por la persona fallecida (p. ej. manejar las finanzas).

Las personas afligidas muestran diferencias según la edad. Los niños pueden no entender el concepto de la muerte y puede tomar más tiempo para reponerse. Los niños de edad preescolar suelen ver la muerte como algo temporal y pueden necesitar que se lo expliquen repetidas veces. Los niños de edades comprendidas entre 5 y 9 años por lo general, comienzan a comprender mejor la muerte. Se comprende que la persona muerta no regresa y puede hacer preguntas o inventar juegos con la muerte. Los adolescentes comprenden la muerte como lo hacen los adultos, pero puede afligirse de una manera diferente. Con frecuencia solicitan ayuda dentro de sus propios grupos de pares y pueden participar en conductas más impulsivas o conductas

de riesgo, tales como uso de drogas o alcohol o comportamiento sexual impulsivos.

Los diferentes tipos de duelo incluyen:

Duelo normal. También llamado sin complicaciones. La respuesta normal y saludable ante una pérdida importante. Pena anticipada. La aflicción que comienza antes (en previsión de) la pérdida, tales como la iniciación del procedimiento de divorcio o cuando un ser querido ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal.

Reacciones frente a los aniversarios. Son las respuestas de duelo a los recordatorios de la pérdida, como en los aniversarios, vacaciones u otros días especiales durante todo el año. Estos pueden durar días o semanas, y no son necesariamente un retroceso en el proceso de duelo.

Duelo complicado. También llamado dolor postraumático. Cuando se produce dolor se puede volver algo crónico, invalidante y más intenso. A menudo es visto como una progresión de la tristeza en este tipo de depresión, con algunas características del trastorno de estrés postraumático, tales como pesadillas y retrocesos. El Duelo complicado no es reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana, como una enfermedad. Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), alrededor del 10 por ciento a 20 por ciento de personas que lloran la pérdida de un ser querido experimentan un duelo complicado. Muchas veces lo que complica el trabajo emocional del duelo se debe a relaciones previas con el ausente caracterizadas por odio, disgusto, rabia, inconformidad que no son conscientes para la persona que sobrevive, es decir para el doliente. Hacer consciencia de esos aspectos rabiosos hacia el muerto o el ausente, ayuda a resolver el duelo. Es decir a aceptar la pérdida y seguir adelante con la vida.

16

LÓGICA DEL ACTO SUICIDA

Capítulo 21 del libro EXPERIENCIA SUBJETIVA Y LÓGICA DEL OTRO. Rómulo Lander, Editorial Psicoanalítica, Caracas [2004]

Ética del acto suicida

El suicidio es visto por la sociedad como un acto egoísta y egocéntrico capaz de producir daño a otros. Los familiares sufren al imponérsele una carga de dolor por la ausencia del objeto amado y una carga de angustia por la culpa inconsciente explicable por el vínculo de amor/odio que existe en toda relación humana. El estudio desprejuiciado de este tema encuentra serios obstáculos. El primer obstáculo está en el sujeto mismo que está interesado. Este sujeto podría padecer del horror a la muerte y en su investigación solo quiere encontrar las razones para sostener lo impropio de la muerte. La pura presencia desbordante de la castración imaginaria es chocante e incómoda para cualquier persona. El segundo obstáculo reposa sobre la ubicación social del acto suicida, como acto prohibido, interdicto por ambas: <la moral religiosa y el código civil>. El código religioso judeo-cristiano excomulga al suicida de-facto y el código civil venezolano lo ubica como delincuente social. En este sentido el mensaje es claro, el acto suicida es hoy en día, inaceptable para nuestro orden social.

Los dos vértices

Abordaré el estudio del acto suicida desde dos vértices diferentes. Primero el acto suicida que se origina en un acting out del sujeto. En este acápite me referiré específicamente al <acto suicida como síntoma>. Segundo, el acto suicida originado en un pasaje al acto. Aquí me referiré al <suicidio radical>. La ética y la estética de ambos actos estarán determinadas por la dinámica del odio y la del sacrificio. Ya que voy a fundamentar las diferencias de estos dos actos suicidas en los conceptos psicoanalíticos del <acting out y del pasaje al acto>, creo oportuno precisarlos teóricamente. Para diferenciar estos dos conceptos me voy a guiar por la cualidad de conciencia que el sujeto posee de su acto y no por la entrada o salida que el sujeto hace en la esce-

na. Aquí ya tomo posición con respecto a ciertas teorías psicoanalíticas.

(a) Acting out

Refiere al acto realizado por el sujeto sin conocimiento de lo que motiva dicho acto. No hay conciencia de la razón, ni del propósito del acto realizado. En este caso del acting out, el deseo se impone y el acting habla por si-mismo fuera de conciencia. <Se trata de un acto sin sujeto>.

(b) Pasaje al acto

Refiere al acto consciente que se realiza después de una lucha con la angustia, expresión del conflicto entre el deseo y la prohibición. Refiere a un acto realizado por un sujeto con capacidad de pasar a la acción después de vencer la angustia. El acto pudo haber sido obstaculizado totalmente o interferido parcialmente, creando la presencia del no/acto.

Ejemplos clínicos: estas interferencias pueden aparecer en (a) Clínica del obsesivo: en esta clínica el conflicto neurótico obsesivo determina que la pulsión se consuma en el puro pensamiento. Muestra de esto lo encontramos en la duda y rumiación obsesiva. El sujeto queda así inhibido de su acto voluntario. (b) En la clínica de la fobia: El sujeto padece del temor de realizar un acto que se encuentra incluido en el conflicto fóbico. Igualmente el sujeto queda inhibido total o parcialmente de su acto voluntario. (c) Clínica de la histeria: Por represión del deseo sexual, el sujeto histérico inhibe aspectos parciales o totales del acto sexual. En esta situación el deseo ha estado bloqueado por algún tipo de prohibición. Finalmente el sujeto supera el conflicto y realiza el acto a plena conciencia. <Se trata de un acto con sujeto>.

Acto suicida como síntoma

El suicidio como síntoma provoca una muerte equivocada. Se trata de una muerte que no ha debido ocurrir. El sujeto potencialmente suicida, en medio de un serio conflicto neurótico o psicótico, puede poner en escena su violencia suicida sin saber con claridad el motivo por el cual busca la muerte. Es una escena donde alguien resulta muerto sin sa-

ber las razones de su propia muerte. El acto es suicida, alguien termina muerto, pero el acto carece de sujeto. Por eso planteo insistentemente que este tipo de acto suicida, es específicamente, un acting out. La motivación inconsciente de este acting out suicida requiere de un estudio psicoanalítico más detallado. Para profundizar en el estudio del acto suicida como síntoma, es necesario abrir dos variables. La del objeto del deseo y la del odio al objeto.

Dialéctica de la esperanza

Dos aspectos muy importantes en la motivación inconsciente del acto suicida como síntoma se encuentran en la dialéctica de la desesperanza y en el deseo de no-vivir. Para comprender el problema de <la desesperanza y del deseo de no-vivir> se necesita abrir el estudio de la teoría del deseo. Con Freud y con Lacan, el deseo del sujeto es, el deseo del deseo del otro. ¿Por qué? Para el psicoanálisis el sujeto se constituye en el lugar del otro. Nadie puede engendrarse a sí mismo, requiere de un otro que por efecto de significación lo constituye y lo inicia para siempre en la alienación de sí-mismo (presencia de la *spaltung*). La madre desea a su hijo aún antes de este nacer. Se podría decir que el niño pre-existe a su propio nacimiento, ya que como proyecto existe en el campo del deseo del otro. Por lo tanto desde sus inicios el sujeto es producto del deseo del otro y desea ser el deseo del otro. Finalmente se va a diferenciar de ese otro especular a través del proceso de alteridad (función de la metáfora paterna). Sin embargo a lo largo de su vida la ley del deseo tiraniza al sujeto, este retiene la marca de ser el deseo del deseo del otro.

Ser amado por el otro

Así deviene que el sujeto en falta desea ser amado por el otro. A veces cree o está convencido de haberlo logrado: <exclama con certeza ser amado por otro>. Pero esto no es más que una ficción. O si se quiere es una ficción-verdadera. Lacan decía que amar es dar lo que no se tiene. El niño y el sujeto adulto creen ser amados y esto produce sus efectos: amor y estima por sí-mismo, investidura (*catexia*) objetual libidinal que produce una sensación de energía interior, que se muestra en el deseo de aventura y de vivir a plenitud. Hasta aquí todo parece estar muy bien. El problema aparece, cuando el sujeto por diversas razones, algunas veces debido a traumatismos o carencias, ocurridas

en la primera infancia, va a abandonar el deseo de ser amado/a. Desaparece el deseo del deseo del otro. Queda un deseo perdido. Cuando esto ocurre se instala <la desesperanza> o si se quiere <la pérdida de la esperanza>. Por esta vía surge, en forma pasiva, el deseo de no-vivir. Realmente se trata de una indiferencia a vivir o morir. La muerte no se busca, pero si llega es bienvenida. En un caso así, para que ocurra el acto suicida, se requiere de ciertos elementos psíquicos adicionales que aparecen en la variable del odio al objeto. En este punto es necesario aclarar brevemente lo que corresponde a la pulsión de muerte, a los mecanismos proyectivos primitivos y finalmente el odio al objeto.

El concepto de pulsión de muerte

Es controversial en psicoanálisis. El concepto básico de pulsión refiere a un concepto de energía. Freud primero habló de la pulsión sexual o libido y luego en --Más allá del Principio del Placer-- en 1920, plantea por primera vez la teoría dual de las pulsiones. Allí introduce su concepto novedoso y oscuro de la pulsión de muerte. Primero la plantea como lo inevitable, la misteriosa fuerza del ser vivo de regresar a la sustancia inanimada de donde surgió. Es decir la pulsión de muerte, vista como una energía catabólica, que lleva al ser vivo al estado anterior de no-vida. En un segundo nivel teórico plantea a la pulsión de muerte como configurando el mecanismo psíquico de la compulsión a la repetición, que lleva al ser vivo a repetir incesantemente el mismo error. Es decir repite lo que no conoce: lo reprimido inconsciente. Todo aquello inaceptable para la conciencia por establecer un conflicto con los ideales y valores del SuperYo pasa a ser reprimido y desde allí pulsa por satisfacción. En un tercer nivel teórico, Freud plantea a la agresividad humana como una expresión indirecta de la pulsión de muerte. En este punto teórico queda establecida una relación indirecta entre agresión y pulsión de muerte, lo cual plantea enormes problemas al psicoanálisis. Esta proposición ha dado origen a debates interminables y a posiciones antagónicas entre psicoanalistas, ya que algunos proponen que la agresión y la violencia humana, provienen de la frustración y envidia temprana. Por lo tanto son adquiridas y no pulsionales.

Odio al objeto

El odio al objeto es algo inevitable en el ser humano. El vínculo de amor temprano en el niño, lleva implícito el vínculo de odio. Son vínculos complementarios y no antagónicos. El opuesto al amor es el desamor y no el odio. El odio es un vínculo afirmativo, tanto como el vínculo de amor. La propuesta Kleiniana de la madre buena y la madre mala, que significa la madre amada y la odiada, refieren a dos momentos diferentes de las experiencias de satisfacción y/o de frustración de la demanda, que el niño hace a su madre. Muchas veces estas experiencias son arbitrariamente equilibradas por el azar de la vida temprana. El disponer de una madre con capacidad de tolerar la angustia propia y la del niño, y que puede desarrollar a plenitud su función revere, ayuda al predominio de las experiencias de satisfacción del niño. Es decir predominio del amor sobre el odio. Sin embargo, en algunos casos las cosas no ocurren así y las experiencias de frustración son las que predominan. En estos casos la carga de odio al objeto (envidia y celos) en el niño muy pequeño, dificultará su desarrollo y jugará un papel importante en la clínica neurótica de ese niño.

La castración imaginaria

Las experiencias ulteriores de la vida, que incluyen las experiencias de éxito y de fracaso en cualquiera de sus formas: fracaso escolar, amoroso, profesional, familiar, financiero, pérdida de la belleza, pérdida y mutilación de órganos, que introduce en la escena, la ficción de la castración imaginaria, debilitan al sujeto que ya se encuentra en situación de desesperanza. El fracaso vivido puede contribuir a desencadenar la presencia del odio que ya pre-existe en el sujeto. Por vía de la envidia y de los celos el sujeto va a odiar al objeto.

En mi opinión la energía para el odio, que en último caso puede provocar la muerte del sujeto, proviene de la pulsión de vida y no de la pulsión de muerte. Por lo tanto siempre me encuentro en desacuerdo con el cliché repetido una y otra vez, de que un acto suicida no es más que la pura expresión de la pulsión de muerte. En relación al problema que nos atañe en este punto, es decir, la relación entre el odio al objeto y el acto suicida es necesario que precise lo siguiente: Si el odio al otro, que debido al mecanismo del regreso de lo proyectado, termina siendo odio o desprecio a sí mismo, coincide o es simultáneo con el sujeto en estado de desesperanza, que refiere como hemos visto a la renuncia de ser amado por el otro, este odio a sí mismo, va a ofrecer

la energía necesaria para realizar el acto suicida como acting out. En este caso el sujeto suicida deja de vivir, sin tener plena conciencia de lo que es el deseo de morir. Es decir, un acto sin sujeto. El sujeto que renunció a ser querido por el otro y el otro como objeto odiado (objeto internalizado), mueren ambos en el momento del suicidio. Para mí no hay duda que ésta es una muerte equivocada. Es un enredo de escenarios y ficciones que termina con la muerte de alguien, sin que esté claro para el suicida la razón de su propia muerte.

El factor desencadenante

Cuando aparece un factor desencadenante de fracaso en la vida actual (sea este un fracaso amoroso, académico o económico/financiero), este fracaso actualiza la intensidad antigua del vínculo de odio y de la desesperanza. Si el estado mental es primitivo, y uno como analista, se da cuenta de los mecanismos mentales primitivos que están presentes en ese momento, entonces la peligrosidad suicida es alta. En un caso así, es necesario hablar explícitamente sobre el deseo suicida (interpretarlo en caso que el analizando no lo exprese), hablar de sus razones aparentes, hablar sobre la desesperanza y el vínculo de odio. Lograr que el suicida potencial hable de todo esto y que pueda expresar intensamente a través de la catarsis toda su impotencia y desesperación.

Un enredo de escenarios y ficciones

Me refiero a la presencia en la psique del suicida, de mecanismos psíquicos tempranos que van a distorsionar la percepción de la alteridad, la discriminación del sujeto/objeto y la necesidad inconsciente de castigo. La presencia de estos mecanismos tempranos narcisistas de identificación proyectiva, angustia aniquilatoria desbordada y un SuperYo arcaico, cruel y sádico, van a contribuir a la pobreza de discriminación del sujeto en el momento del acting out suicida. Eso es un enredo. El odio al objeto regresa al sujeto por medio del mecanismo de la identificación y así el sujeto percibe que el otro (el objeto odiado) lo odia y desea su muerte. La idea del odio a sí mismo y de que el otro desea su muerte, unido a la desesperanza, puede desencadenar el acting out suicida. La magnitud del odio va a determinar la estética del acto. La escena suicida con su sentido de la oportunidad y el método suicida, van a determinar la magnitud del efecto de horror que recibi-

rán los seres queridos al encontrar el cuerpo del suicida. Allí queda en acto su último mensaje. La ética del acto suicida como síntoma, es la ética de la insensatez.

El empuje al suicidio como síntoma

Quisiera resumir en tres acápites el empuje final al acto suicida sintomático:

(a) Presencia de un predominio del vínculo de odio con el otro.
 (b) Borramiento de la alteridad y de la capacidad de discriminación del sujeto. Esto permite la instalación de los mecanismos primitivos de proyección y luego identificación en la cual el vínculo de odio: (yo odio al otro) es proyectado: (el otro me odia), termina con la identificación de lo proyectado: (me odio a mi mismo). La muerte circula y regresa al sujeto (el otro desea mi muerte y luego yo deseo mi muerte). Es oportuno recordar que estos mecanismos psíquicos son automáticos e inconscientes.

(c) Presencia de un factor desencadenante que actualiza en el momento de realizar el acto suicida el vínculo de odio. Del odio al otro pasa al odio a sí mismo. El desencadenante puede ser una experiencia personal de fracaso, o algo que puede ser subjetivado como fracaso. Los ideales primitivos del Yo (Yo-ideal) que son tiránicos e inflexibles, facilitan la intensidad relampagueante de la ficción del fracaso. Al final se muere por nada, todo ha sido una ficción.

¿Qué hacer ante la presencia de un sujeto con riesgo suicida?

(a) Entrar en el conflicto: Hablar explícitamente sobre las ideas y el deseo suicida. Admitir en el diálogo con el suicida potencial la existencia de estas ideas.

(b) Explorar el origen y las razones aparentes de estas ideas. Cuestionar y denunciar la presencia de la desesperanza y del vínculo de odio.

(c) Precisar el desencadenante subjetivo de fracaso. Lograr que el sujeto suicida hable de eso. Y tratar de romper la convicción del supuesto <callejón sin salida> en el cual se ubica el suicida. Ofrecer en este diálogo la posibilidad para una re-significación a posteriori.

(d) Permitir y estimular la posibilidad de abreacción. Que exprese fuertemente por vía de catarsis, la desesperanza, el odio al otro y el odio a sí mismo.

(e) En última instancia al sujeto suicida en acting out repetidos, ¿se le debe o no, reconocer su derecho a la muerte? ¿Se le debe o no confrontar con su propia muerte? Este es un punto ético fundamental para el psicoanalista, no para el suicida. El suicida en acting out no ha escogido a la muerte como opción, porque no sabe lo que está haciendo, cree conocer las razones de su odio y desesperanza, pero no conoce con claridad las razones de su muerte. Y si lo sabe se trata de un caso de un suicida radical, lo cual plantea un acto suicida completamente diferente. Planteo que la ética del psicoanalista está en discriminar al suicida sintomático del suicida radical.

Ante el peligro inminente suicida

El alto riesgo suicida lo determinan los factores de empuje al suicidio. El suicidio sintomático se decide en el relampagueo de un instante. Si se logra pasar unas horas, la regresión patológica producida por la subjetividad ficcional del fracaso, deja de tener efecto y el riesgo suicida disminuye y hasta desaparece. ¿Qué se puede hacer en ese momento de alto peligro?

(a) Eliminar los medios suicidas al menos por unas horas. Esto significa eliminar las armas de fuego, la altura, el automóvil, los medicamentos, sogas y otros medios que pudiera utilizar el sujeto en crisis.

(b) No dejar solo al sujeto que está en alto riesgo suicida. Hacerle compañía por varias horas.

(c) En algunos casos utilizar el recurso de la hospitalización cuyos objetivos serán los siguientes:

1. Sacar al sujeto del ambiente familiar, social, laboral que ha provocado la subjetivación de fracaso sin salida. Prohibir totalmente las visitas ayuda a desconectarlo de ese ambiente.

2. Al hospitalizarse se favorece la regresión infantil. El paciente queda en manos de otro. Se entrega al otro. Esto podría calmar al SuperYo primitivo cruel que pide castigo.

3. Aprovechar el momento para entrar a través del diálogo en el conflicto suicida, explorar la relación con el objeto odiado, su supuesta experiencia de fracaso etc.

4. Para que estos objetivos se cumplan es necesario <no medicar al paciente>. Soy de los que piensan que la medicación <no va a eliminar> la desesperanza, ni el odio al objeto. Al contrario van a

enredar más los mecanismos mentales primitivos. Es en <el poder de la palabra > y del dialogo donde pongo todas las esperanzas.

Acto suicida radical y heroico

Lo llamo así porque en este acto suicida existe una buena razón para morir. No se encuentra la clínica de la desesperanza, ni el vínculo dramático de odio al otro y a sí mismo. El deseo de ser el deseo del otro está intacto. El deseo de ser amado está satisfecho. No hay desesperanza ni desvalorización personal. Incluso puede existir una intensa catéxia objetal libidinal con vínculo de amor al objeto. Sin embargo el sujeto tiene un claro deseo de morir y una lógica de la muerte.

Lógica de su muerte y el bien morir

(a) *Cuando el sujeto padece de una enfermedad crónica incurable.* Este tipo de enfermedades ya sea invalidante, asfixiante, deformante o dolorosa, hacen que el sujeto arrastre la vida en condiciones de incapacitación y dolor físico. Provoca lo que el sujeto podría considerar en su subjetividad: una mala o pésima calidad de vida. Este tipo de enfermedades por su condición de incurable, no ofrece ninguna posibilidad de regreso al estado de salud. Podría mencionar las más conocidas y frecuentes: Alzheimer, arterioesclerosis cerebral, enfisema pulmonar avanzado, cáncer diseminado, sida, etc. El sujeto puede llegar a considerar que vivir de esa manera no vale la pena. Esa es su opción. Muchos prefieren seguir viviendo así, pero otros no lo desean.

(b) *Incapacidad física por simple senectud* sin presencia de enfermedades crónicas. La vejez, según sus condiciones personales, ambientales y familiares, puede llegar a ser indigna. Igualmente el sujeto que aún puede mantener una ética y una estética de su condición de vida, puede llegar a considerar que la vida en esas condiciones ya no vale la pena de vivirla. Esa es su opción.

(c) *Incapacidad mental crónica:* Este punto es controversial y delicado. Existen patologías mentales con componentes orgánicos, genéticos y psíquicos que son de características incurables. La gran mayoría no conocen otra forma de vivir y están adaptados y conformes con su vida. Esos sujetos no desean morir. Al contrario esperan una mejoría ilusoria. En otros casos, sujetos que conocieron otra forma

plena, afirmativa y extraordinaria de vivir, no piensan así. Sus condiciones mentales dañadas e irrecuperables, lo condena a una forma de vivir indigna que no desean aceptar. Ese tipo de pacientes en momentos de lucidez hablan sobre su deseo de morir. El conflicto existente entre los ideales y valores de esa persona y la realidad patética en que se transcurre su vida actual, lo/a llevan a plantearse el deseo de morir por su propia voluntad. Ese acto suicida radical estaría planteado como un acto legítimo del sujeto. Para mí está claro que no se trata del alegato de un suicidio sintomático, en donde la dialéctica de la pérdida del amor a sí mismo y el odio al otro y a sí mismo esté presente. Al contrario puede haber un intenso vínculo amoroso con la vida plena y lo trágico está en liberarse a sí mismo y al otro, de ese estado de incapacitación que no desea aceptar. Generalmente tienen vínculos de amor con alguien, quién podría estar de acuerdo con su alegato de muerte digna, este sufrirá el dolor de la despedida y la pérdida de su amado/a, pero respeta la voluntad del sujeto suicida radical.

(d) El sujeto que en su acto suicida radical muere por sus ideales. No espera recibir méritos. Se trata de sujetos de una alta sensibilidad, muy identificados con los más altos ideales personales, de patria y amor a la humanidad y que en su impotencia e inconformidad con el absurdo y lo deshonesto del fenómeno social, optan por una declaración radical, que afirman con su propia muerte. En esta situación hay un acto con sujeto. Yo me pregunto si al final estos héroes son oídos. ¿y por quién? ¿a quién va dirigido su alegato? ¿Si Jesús de Nazaret era solo un hombre, a quién iba dirigida su última enseñanza, afirmada con su muerte heroica? ¿Quién escuchó lo que realmente decía?

El suicidio heroico puro

De forma clara digo que respeto el derecho a vivir y a morir de cualquier persona. El acto suicida absurdo tiene la ética del desquite y la venganza. El acto suicida heroico tiene la ética del morir por un ideal y la estética del saberlo hacer. Cuando Mishima en forma muy pensada decide hacer una declaración final sobre su inconformidad radical con la sociedad moderna del Japón y procede a realizar el acto suicida en la forma honrosa tradicional japonesa, podría no estar sufriendo de un estado depresivo, sino ejerciendo el derecho a expresar y afirmar sus ideales de patria, hasta el límite de su muerte. Al igual que el monje Budista que se inmola en una bola de fuego en Saigón (Vietnam,

1967), para hacer una declaración final y dramática, de acuerdo a sus propios ideales religiosos y de patria. No estoy diciendo que estoy de acuerdo o en desacuerdo con ninguna de esas declaraciones. Lo que estoy diciendo es que respeto el derecho, a que cualquier persona, pueda hacer al costo de su vida, la declaración de ideales que mejor le parezca.

Acto heroico y acto fundamentalista

Aquí es inevitable precisar los límites entre el patriota heroico y el fanático patológico fundamentalista. Los límites entre uno y otro son muy delgados. Yo prefiero discriminar uno de otro, en base al acto y no a la motivación inconsciente, las cuales encuentro muy similares.

(1) El acto heroico muestra la muerte personal: <yo muero por mis ideales>

(2) El acto fundamentalista fanático, mata al otro por sus ideales: <te mato a tí, por mis ideales>.

Insisto en que aquí encontramos en ambos casos una dialéctica de ideales y no de idolatría. Cuando una figura célebre de los jóvenes se suicida, como es el caso de Kurt Cobain del grupo musical Nirvana, muchos jóvenes adolescentes llamaron a las estaciones de radio americanas con ideas e intenciones suicidas. En este caso encontramos el deseo suicida de estos jóvenes, proveniente de una simple identificación con el héroe muerto (suicida). Se trata de la idolatría: (quiero ser como mi héroe). En el caso anterior de la dialéctica de los ideales, la dinámica psíquica es muy diferente: (me tomo en serio y muero por lo que creo).

Los suicidas en masa

Existen en la actualidad y en la historia diversos ejemplos. Tomaré solo dos, uno de cada tipo (sintomático y radical). Comenzaré por un suicidio reciente ocurrido en la ciudad de Los Angeles (USA), en Agosto de 1997. Un grupo de ambos sexos y variadas edades, llamado Heaven Gates, realizó en la sede del grupo un suicidio colectivo. Los cuerpos fueron encontrados días después de su muerte. Cada uno limpio y ordenado en su cama. ¿Qué ocurrió allí? ¿Por qué se suicidaron? Según la información que leí en la prensa y revistas, entiendo

que este grupo tenía la certeza de que detrás de un cometa, que pasó cerca de la tierra durante esa semana, venía una nave espacial que los llevaría a otras galaxias. Para eso era necesario desprenderse del cuerpo. El cuerpo era concebido como una simple caja que contenía el espíritu. Para liberar el espíritu y unirse a la nave espacial, necesitaban liberarse del cuerpo. Eso fue lo que hicieron. Entonces este suicidio en masa, está basado en lo que para mí, es una idea falsa (delirante). Su intención no es la muerte. Es vivir en otra galaxia. Se trata de un acto suicida sin sujeto. Un acting out psicótico. Un suicidio en masa sintomático.

Masada

El otro caso es el del suicidio radical y heroico. Me referiré a un acto suicida en masa, ocurrido hace aproximadamente un mil novecientos treinta años. Se trata del suicidio en masa de los guerreros hebreos de Masada. Este sitio histórico ubicado en una alta colina a cincuenta kilómetros al sur de Jerusalén, fue rodeado por los romanos. No había escape posible. El sitio a la fortaleza demoró dos años. Los guerreros zelotes dieron una resistencia firme, a pesar de que sabían que estaban perdidos. Sin embargo resistieron hasta el último día. Sabían que al entrar los romanos en la fortaleza, los vencidos serían violados, humillados y luego masacrados. Sus esposas e hijos serían esclavizados. Decidieron morir por su propia espada. Utilizando su elocuencia y su presencia carismática Eleazar el comandante Zelote del grupo de Masada aupó a sus correligionarios a cometer el suicidio en masa. Flavio Josephus historiador del siglo uno (DC) dice en su libro <La guerra de los judíos> página 443 del libro VII, lo siguiente en relación a la arenga de Eleazar:

...Permitamos morir libres, no esclavizados por nuestros enemigos y dejar este mundo como hombres libres en compañía de nuestras esposas e hijos. ...La muerte liberará nuestro espíritu...

Cuando finalmente las tropas romanas entraron en la ciudad, de un mil personas encontraron solo a siete con vida. Los guerreros de Masada murieron por sus ideales. En un acto voluntario decidieron morir por su propia mano. Fue un acto suicida con sujeto, por lo tanto un suicidio masivo radical, un acto heroico.

19. Bibliografía

- JOSEPHUS, F. (siglo 1, DC): [Año 90 de nuestra era]: La guerra de los judíos. Acervo cultural editores, Buenos Aires. 1961
- KLEIN, M. (1932): Psicoanálisis de Niños. Obras completas. Paidos. Buenos Aires, 1977.
- KLEIN, M. (1952): Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. Obras completas. Paidos. Buenos Aires, 1977.
- FREUD, S. (1905): Tres ensayos para una teoría sexual. Obras Completas. Amorrortu, vol.VII.
- FREUD, S. (1917): Duelo y Melancolía. Obras Completas. Amorrortu Editores, Vol. XIV Buenos Aires.
- FREUD, S. (1920): Mas Allá del Principio del Placer. Obras completas. Amorrortu Editores. Vol. XVIII. B. Aires
- FREUD, S. (1924): El problema económico del masoquismo. Obras Completas. Amorrortu, vol.IXX.
- LACAN, J. (1949) Estadio del Espejo. Escritos Vol.1. Siglo XXI Editores, 1971.
- LACAN, J. (1960): La Etica del psicoanálisis. Editorial Paidos. Buenos Aires.
- LACAN, J. (1972): Aún. Seminario 20: Tomo 20. Editorial Paidos. Buenos Aires.
- LANDER, R. (1996): Sufrimiento y Goce: ¿Síntoma o estructura? Revista Trópicos. Año 5, Vol: 1 y 2. Sociedad psicoanalítica de Caracas. 1966
- TUSTIN, F. (1965): Estados Autistas. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1970.