

Modelos de la Perturbación y Estrategias de Intervención en el Tratamiento Psicodinámico de la Depresión

Gerd Rudolf

‡1. Introducción

Existen varios síndromes que podrían competir para ser considerados el trastorno más significativo desde el punto de vista clínico, terapéutico y económico.

Dichos síndromes incluyen depresión y ansiedad, trastornos de personalidad y, más recientemente, trastornos que son consecuencia de traumas.

La depresión tiene buenas perspectivas de ocupar el primer lugar, porque no sólo es muy común por sí sola, sino porque, aparte de esto, también tiene lugar con frecuencia en forma comórbida con otros trastornos; la guía para el tratamiento de la depresión habla del 75-90% (Schauenburg 2002).

Según un estudio de la OMS, la depresión es la más prevalente de aquellas enfermedades que se consideran en todo el mundo como poseyendo un alto grado de duración y gravedad en el menoscabo que conllevan (Murrey y López 1997).

Los análisis de cribado (screening) en los consultorios médicos y en las clínicas apuntan a tasas significativas de trastornos depresivos que se ocultan detrás de otras quejas y que no se reconocen en primera instancia como tales.

Lo que aquí se resume diagnósticamente en el término *depresión*, se encuentra en la CIE-10 dividido en unos 40 términos.

Si la depresión es tan común, el tratamiento para la misma ha de ser una gran tarea, o un gran mercado, para los representantes de todas las corrientes terapéuticas.

De hecho, se pueden leer afirmaciones sorprendentemente apodícticas sobre el excelente efecto de ciertos psicofármacos, sobre una terapia como la Terapia Interpersonal, o incluso sobre el efecto de los placebos: "Contra la depresión, la píldora de azúcar es difícil de vencer", dice el Washington Post, mayo de 2002.

¿Qué papel juegan aquí las terapias psicodinámicas? Se encuentran poco representados en la investigación terapéutica, porque en las prácticas psicoterapéuticas los pacientes no son asignados, tratados y evaluados en función de su homogeneidad respecto a los síntomas.

Sin embargo, el tratamiento de la depresión juega un papel importante en los procedimientos psicodinámicos de la psicoterapia ambulatoria.

En el 80 % de los pacientes encontramos descriptos síntomas y rasgos de personalidad depresivos (Rudolf 2001a).

Aunque no todos estos pacientes cumplen con los criterios para un diagnóstico de depresión, una gran proporción de los

‡ Publicado originariamente en Z Psychosom Med Psychother 49, 363–376, ISSN 1438-3608 ©GV.aRnduednholefck & Ruprecht 2003.

Traducido del alemán por Gustavo Lanza Castelli.



pacientes que son tratados con psicología profunda y psicoanálisis se caracterizan por su proclividad a la depresión.

La terapia psicodinámica de la depresión ha logrado desde siempre algo que la Terapia Interpersonal celebra como una reinención. Se refiere, específicamente -en relación a dicha perturbación- a ciertos conflictos nucleares básicos de la personalidad y a la vulnerabilidad ante ciertos eventos estresantes.

En lo que sigue se pondrán de relieve las conexiones entre la vulnerabilidad depresiva específica del paciente y los procedimientos psicodinámicos específicos.

2. Conceptos etiopatogénicos

Más allá de las disposiciones genéticas hereditarias, las depresiones pueden estar relacionadas psicodinámicamente con factores específicos consistentes en padecimientos tempranos en la vida del paciente.

Se trata del ajuste entre las necesidades individuales del niño muy pequeño y las posibilidades o limitaciones individuales y situacionales de sus cuidadores adultos.

Las ideas teóricas acerca del desarrollo temprano de la vida que ha sido perturbado, pueden ser presentadas brevemente por medio de varios modelos.

Modelo vincular:

La internalización de experiencias vinculares negativas (como introyecto, identificación, internalización) se considera esencial.

La lógica del método del conflicto vincular central (CCRT Luborsky y Kächele, 1988), por ejemplo, enlaza las siguientes secuencias: necesidades del self dirigidas al objeto; respuesta del objeto a las necesidades del sujeto; reacciones del self a las respuestas (negativas) del objeto.

En lo que hace a las necesidades del self, se trata de las necesidades de interacción temprana del lactante y del niño pequeño,

cuya orientación emocional innata hacia su objeto más importante, se ve frustrada por la falta de disponibilidad de aquél.

El self del niño aprende a intensificar primero sus esfuerzos, luego a modificarlos y finalmente a renunciar a ellos.

Modelo de apego:

La calidad de la disponibilidad de un cuidador sensible determina el estilo de apego que un niño pequeño puede construir hacia él, ya sea que desarrolle un apego seguro, un apego inseguro ambivalente o se encuentre ansiosamente aferrado (Strauss et al. 2002).

El estilo de apego representa un patrón de reacción del niño a sus primeras experiencias de relación.

La conexión con la depresión posterior, como en todos estos modelos, no una conexión lineal, sino una disposicional.

Modelo de la emoción:

El desarrollo de seguridad y autocomprensión en las relaciones duales tempranas, juega un papel importante en el desarrollo de la vida emocional.

En la relación dual temprana, las diferentes formas de expresión emocional del niño requieren una respuesta por parte de cuidadores sensibles.

Se trata de una respuesta activa, que puede ser reconfortante, tranquilizadora, estructurante, de apoyo, alimenticia, animadora, comunicativa, según se requiera.

A través de la respuesta del objeto, el niño aprende a comprender su propio estado, sobre todo el físico-emocional y psicológico.

Cuando el objeto importante se torna inaccesible, falta alguien que pueda constituir emocionalmente al Self y ayudarlo a familiarizarse consigo mismo (Rudolf 2000a).



Modelo estructural:

Se encuentran perturbadas las funciones maduras que diferencian cognitivamente el self y su relación con los objetos (por ejemplo, diferenciación emocional), que regulan el control (por ejemplo, tolerancia emocional), la implicación emocional (por ejemplo, expresión emocional), la interiorización y la integración (por ejemplo, el establecimiento de representaciones de objetos) (Rudolf 2002a).

Una perturbación temprana es siempre, al mismo tiempo, una perturbación estructural

En el caso de la depresión, dicha perturbación concierne a la diferenciación emocional y a la tolerancia emocional, al control de los impulsos y a la regulación de la autoestima, a la capacidad de percepción global de los objetos y a la capacidad de expresar emociones, sin olvidar la capacidad de dejar que los objetos se vayan.

En definitiva, el resultado es un self necesitado de objetos y sensible a la separación, que no puede regularse bien, especialmente en lo que hace a sus afectos.

Modelo del conflicto:

Entre el self necesitado de un objeto y el objeto no disponible, se pueden distinguir - en cuanto al contenido- dos aspectos del conflicto (Rudolf, 2000b):

- La expresión del deseo por el objeto de una manera exigente y quejumbrosa, frente a la imposibilidad y a la resignación respecto a recurrir, en estado de necesidad, al objeto.
- La necesidad de un objeto idealizado, frente a la tendencia a devaluar y destruir el objeto, debido a la ira producto de la desilusión.

En todos los conflictos tempranos, los polos del conflicto no están muy claramente contrapuestos.

Impresionan como una simultaneidad de impulsos contradictorios. (por ejemplo, tomar en sí al objeto anhelado con amor y devaluarlo con odio).

Modelo de procesamiento:

Este modelo enfatiza las reacciones caracterológicas a las experiencias vinculares depresoras tempranas.

El self se esfuerza por modificarse a sí mismo y a sus relaciones, de tal manera que las tensiones del afecto depresivo se vuelvan soportables.

Esto puede suceder, por ejemplo, aferrándose a la cercanía para asegurar la relación, o evitando las relaciones y con ello la amenaza de pérdida de la relación.

Desde el punto de vista clínico diferenciamos una serie de diversos patrones de procesamiento:

El abiertamente dependiente, el abnegado altruista, el narcisista autónomo, el esquizoide que evita las emociones, el patrón regresivo (Rudolf 2000b, cf. también Tabla. 1).

Lo que describimos como *conflicto depresivo fundamental* integra los aspectos antes mencionados de la interiorización de los conflictos vinculares tempranos y los problemas de apego, complementados con la vulnerabilidad del desarrollo estructural y especialmente del desarrollo emocional.

Los patrones de procesamiento son decisivos para el desarrollo de la personalidad posteriormente enferma.

En cuanto a las influencias genéticas hereditarias, podemos asumir que tanto la extensión basal de la necesidad de objetos y de la sensibilidad a la separación, como el tipo de estrategias de afrontamiento están genéticamente co-determinadas.

El conflicto depresivo básico y su procesamiento, como disposición para una



enfermedad depresiva posterior, se caracteriza por las siguientes constelaciones psicodinámicas:

- La experiencia vincular central de abandono y pérdida es emocionalmente insoportable, debido a la inmadurez estructural del yo en estado de necesidad.
- Dicha experiencia deja tras de sí una mezcla de necesidad de objetos y de decepción respecto de los objetos.
- Moviliza grandes esfuerzos para requerir al objeto y recuperarlo.
- Moviliza grandes esfuerzos para evitar cualquier cosa que pueda poner en peligro las relaciones conseguidas con el objeto (angustia a la pérdida del objeto).
- Moviliza esfuerzos para mantener una imagen ideal del objeto.
- Moviliza grandes esfuerzos para evitar la percepción de la emocionalmente fuerte decepción del objeto.
- Todos estos esfuerzos significan un estrés fisiológico permanente, en vista de los constantes esfuerzos para lograr o mantener el apego, de los constantes temores de pérdida, de la constante disposición a adaptarse y de la rabia constante y apremiante por la desilusión.

Mientras que con anterioridad la psicoterapia analítica intentó diferenciar por principio entre el énfasis puesto en el conflicto y en la estructura, ahora entendemos -a partir del ejemplo de los trastornos depresivos- cómo ambos representan aspectos simultáneos de una experiencia vincular temprana.

Sobre la base de la experiencia temprana de pérdida, es decir, de la experiencia de déficit, existe una necesidad pronunciada de una interacción armónica y de tener sólo buenas relaciones, un deseo incondicional de satisfacción de las necesidades y de un

cuidado especial por medio del objeto disponible.

Tal deseo de relación significa también la necesidad de que se le permita al self regresar hacia un objeto fuerte y firme, así como la necesidad de disolver los límites entre el self y el objeto.

La no satisfacción de estos deseos por parte de los objetos, que debido a sus propios intereses no pueden estar exclusivamente orientados hacia el sujeto (alteridad), resulta en una dolorosa tensión de frustración, la cual incluye también el sentirse ofendido por los objetos, cuya actitud no consiste en sólo confirmar, admirar y aceptar al sujeto.

Con ello se encuentra enlazada la dificultad para soltar los objetos y hacer un duelo por su pérdida.

Al mismo tiempo, hay una rabia por la decepción con dichos objetos, que privan de lo bueno al no estar disponibles.

Debido al anhelo simultáneo por el objeto idealizado, se sigue la incapacidad de dirigir la agresión directamente contra el objeto decepcionante, por lo cual la agresión se sobrecarga y se dirige contra el propio Self.

Así, lo que sucede puede ser representado, por un lado, como un modo de relación conflictivo y, al mismo tiempo, como una vulnerabilidad estructural (Rudolf 2003).

En el sentido del OPD, los conflictos predominantes tienen que ver con la autonomía versus la dependencia, o la autarquía versus el cuidado (Arbeitskreis OPD 2001).

La vulnerabilidad estructural concierne a dificultades en la diferenciación entre el self y el objeto, en la percepción holística de los objetos, así como en el poder separarse de los mismos, y también en la regulación de la autovaloración, el control y la diferenciación de los afectos.

Para completar, debe mencionarse una disposición depresiva, que no resulta de la pérdida temprana, sino, por el contrario, del lazo con los objetos, que no ha sido resuelto.



Los padres que, por diversas razones, mantienen a sus hijos pequeños y dependientes, bloquean el autodesarrollo autónomo y la capacidad de tener una asertividad agresiva y, por lo tanto, promueven una autoevaluación a largo plazo de desvalimiento y dependencia, que no se deriva de la privación de objetos, sino de un trato -aparentemente- excesivamente considerado

3. El enfermarse por fracaso en el afrontamiento

Lo que incide en la personalidad del paciente en crecimiento, es menos el conflicto depresivo básico que el estilo de afrontamiento

Son los desarrollos en los patrones de procesamiento los que hacen que los pacientes sean cada vez más vulnerables:

El sacrificio altruista conduce a la sobrecarga y al agotamiento; la autoestabilización narcisista ya no puede mantenerse con el aumento de la edad, la disminución de la fuerza y la reducción del atractivo físico; la evasión esquizoide de las emociones lleva a un aislamiento social de gran alcance, etc.

Complementariamente a los agotadores esfuerzos de afrontamiento, los cambios en la situación de vida del paciente son aquellos que hacen que le sea imposible mantener el patrón de afrontamiento durante más tiempo. La actitud de aferramiento ansioso y subordinado se torna imposible si el objeto del aferramiento se pierde, por ejemplo, por enfermedad y muerte. El sacrificio altruista y la orientación al cuidado desinteresado pierde su objeto cuando los niños en crecimiento se distancian. La autoevaluación narcisista y el esfuerzo excesivo por los logros se vuelven imposibles si siempre se establecen nuevas tareas, etc.

El modelo psicodinámico descrito tiene la gran ventaja de que ayuda a comprender el surgimiento de *diferentes síntomas*. En la

estructura de afrontamiento altruista y orientada al cuidado resultan el agotamiento depresivo y la pérdida de significado; en el esfuerzo sobrecompensatorio narcisista se encuentra el riesgo de somatización; el patrón abiertamente dependiente conduce a síntomas depresivos matizados con angustia; los síntomas adictivos resultan de patrones de afrontamiento regresivos. En contraste con los sistemas categoriales del ICD y DSM, tenemos aquí más bien un modelo dimensional, que tiene un motivo básico (la necesidad insatisfecha del objeto y la decepción del objeto) y muchas variantes en su afrontamiento, de las cuales surgen de nuevo muchos patrones de síntomas diferentes. Otra ventaja de este modelo es que ayuda a ver claramente los objetivos terapéuticos y las tareas del desarrollo.



Esfuerzos de Afrontamiento				
Abiertamente dependiente	Altruista	Narcisista autónomo	Esquizoide	Regresivo
Ansiosamente aferrado	Abnegado	Autoevaluación basada en esfuerzos sobrecompensatorios	Evita el afecto	No tolera la realidad
Subordinado	No agresivo	No necesita a nadie	Aislamiento social	Busca un mundo seguro
Autorreprochador	Dar en lugar de demandar		Orientado hacia las cosas	
	Orientado al cuidado desinteresado			
Experiencia consciente de orientación al objeto				
Necesitado del objeto	Apegado al objeto	Independiente del objeto	Sin objeto	Fusionado con el objeto
Actitudes inconscientes del conflicto depresivo fundamental				
Deseo de redención				
Llamado al objeto bueno				
Acusación al objeto malo				
Devaluación/destrucción del objeto malo				
Limitación estructural de la experiencia del si mismo y de la experiencia del objeto				
Formación de síntomas frente al fracaso de los esfuerzos de afrontamiento				
Ansioso-depresivo	Depresivo	Somatizador	Limitación social	Adicción
Ansiedad	Fatiga	Dolor	Aislamiento social	Relajación y/o entretenimiento con drogas
Autodesprecio	Vacío	Autodaño		
Autorreproches	Desesperanza			

Tabla 1: Conflicto fundamental, esfuerzos de afrontamiento y formación de síntomas.

4. Formación de síntomas depresivos en el contexto vincular

A continuación, examinamos en micro-contextos relacionales la experiencia de relación típica de los pacientes estructurados depresivamente, para mostrar en qué contextos vinculares se desarrollan gradualmente los síntomas de depresión.

El anhelo de relaciones positivas:

En el fondo hay una fuerte esperanza de un objeto exclusivamente bueno, es decir, de un otro ideal.

El paciente le hace a este objeto (por ejemplo, también al terapeuta), sobre el cual recae su esperanza, el ofrecimiento de una relación armoniosa, comprensiva y sin agresividad.

Sobre todo, ofrece su propia disponibilidad, sintiendo las expectativas del otro y tratando de satisfacerlas.

Al hacerlo deja de lado los propios intereses y necesidades, y considera que bajo ninguna circunstancia deben ser impuestos agresivamente ante el otro.



El paciente vive en la esperanza de un objeto que en algún momento se muestre amable y justo, y que se ocupe de él.

A menudo se identifica con los intentos de resolución de problemas de su objeto respectivo, toma sobre sí la responsabilidad hacia él y, por ejemplo, siendo una persona más joven, muestra signos de parentificación hacia las personas mayores.

Estas ofertas de relación, naturalmente vanas, pueden mantenerse durante un tiempo sorprendentemente largo, antes de que se extienda un agotamiento depresivo y un estado de resignación, o que los objetos de anhelo se pierdan.

La insistencia en experiencias vinculares negativas:

En contraste con el esfuerzo activo hacia el objeto bueno ilusorio, estos patrones describen la reacción a las ofertas positivas de los objetos.

Éstas no movilizan precisamente la esperanza del paciente en algo bueno que se le ofrece, sino que activan su convicción patógena central de que será decepcionado.

Las actitudes negativas y desvalorizantes del paciente nos recuerdan la reacción del niño con apego ambivalente en la situación extraña, que no se deja conmover emocionalmente por el regreso de la madre, sino que sigue jugando con obstinación, es decir, con cólera sofocada, y rechaza las ofertas de contacto de aquélla.

Con ello se establece la posición de Alemannic Hannes en el Schnookeloch "No consigue lo que quiere, no quiere lo que consigue".

Los terapeutas con una orientación de "psicología profunda humanista", que ofrecen una relación positiva incondicional, pueden verse atrapados en este caso, si no tienen suficientemente en cuenta el odio subliminal surgido de la decepción, la devaluación del

objeto y la devaluación de la relación, y tratan de resolver el problema inconsciente mediante una oferta de relación incondicionalmente amistosa.

Situación de tentación y decepción en la relación:

Este tercer aspecto es particularmente importante desde el punto de vista dinámico porque se desarrolla de un modo casi imperceptible, oculto, y, sin embargo, desencadena reacciones sintomáticas violentas

Ocasionalmente, el paciente corre el riesgo de exponer sus propias esperanzas, deseos y sentimientos al otro.

Lo hace con cuidado, probablemente de forma inaudible, frenado por sentimientos de ansiedad y vergüenza.

Su experiencia es que la otra persona reacciona poco o nada, y el paciente no puede hacer que su petición sea comprensible.

El paciente moviliza una comprensión opuesta respecto de la otra persona y desarrolla la convicción de que sus propias preocupaciones son una carga adicional para la misma; sus propias cuestiones deben dejarse de lado por ser inapropiadas, poco importantes y desmedidas.

Sin embargo, esta convicción no protege contra las reacciones afectivas intensas:

Tiene lugar la decepcionante sensación de no poder comunicarse, de tener que tragarse las necesidades y afectos, de no experimentar comprensión alguna, de ser dejado solo.

La rabia de la decepción acaba en autorreproches:

El paciente no ha podido resolver los problemas del otro, por los que quería abogar; ha traído aún más cargas a través de su propia necesidad; él mismo contribuyó al hecho de que la otra persona no pueda darle nada.



En este contexto, la vivencia depresiva se extiende, así como un sentimiento de obstáculo insuperable, de la propia incapacidad, de la falta de perspectiva de los propios esfuerzos, de la pérdida de interés en todo y en todos, incluso en el objeto importante, que ahora pierde sus características idealizadas.

La cólera por la decepción y las tendencias a la devaluación se dirigen, de modo desbordado, contra el objeto anteriormente idealizado.

Sin embargo, de la misma manera intensa, la agresión se vuelve contra el propio self: Autoreproches, autodesprecio, dudas respecto de sí, auto daño hasta la tendencia a la autoextinción, retraimiento del mundo de las relaciones, sentimientos de vacío.

Los síntomas depresivos se pueden entender a partir de la experiencia relacional específica.

Síntomas depresivos

Self depresivo:

falto de sentido, falta de esperanzas, sin futuro, sin valor, inadecuado, perdido.

Insuficiencia depresiva:

con relación a los intereses, las iniciativas, las decisiones, la iniciativa, la concentración.

Emociones depresivas:

falto de alegría, resignado, deprimido, angustiado, culpable, falta de emociones.

Cogniciones depresivas:

autocrítica, autodepreciación, dudas respecto de sí, autorreproches.

Cuerpo depresivo:

falto de placer, problemas de sueño, falta de fuerzas, agotado, falta de vida, dolorido.

5. Enfoques terapéuticos

Los puntos de vista psicodinámicos descritos hasta el momento no justifican en realidad un manual de terapia en sentido

estricto, sino que proporcionan un marco para las intervenciones terapéuticas y las actitudes terapéuticas, que están teóricamente justificadas y prácticamente probadas en su eficacia, para adaptarse a pacientes de estructura depresiva.

No estamos hablando de pacientes deprimidos, sino de pacientes con una estructura depresiva, porque no es el síntoma depresivo el que debe ser tratado, sino la psicodinámica del comportamiento interpersonal, es decir, las relaciones disfuncionales, o sea, los vínculos inseguros que cargan la vivencia del paciente en formas conflictivas específicas.

En relación con esto, se trata también de aspectos de la vulnerabilidad estructural, es decir, dificultades en la percepción y comunicación de los afectos, intolerancia a la frustración y la decepción, percepción distorsionada de los objetos y falta de autoafirmación.

La disposición hacia el conflicto y las restricciones estructurales se entrelazan aquí en el contexto de la gran dependencia de los objetos y de la necesidad de los mismos.

Este trasfondo psicodinámico inconsciente, siempre a tener en cuenta, está cubierto por las estrategias de afrontamiento formadas a lo largo de toda la vida, que están cerca de la conciencia del paciente.

No cuestionaremos terapéuticamente esta área como una defensa, sino que la reconoceremos como una expresión del esfuerzo del paciente y de sus logros en la vida.

No hay una demanda a los psicoterapeutas psicodinámicos que trabajan en psicología profunda o psicoanálisis para pensar conjuntamente en estos diferentes niveles, pero también se presenta una gran oportunidad en ello (Rudolf 2001b; Rudolf u. Rieger 2001).

A partir de la interacción de los niveles, es decir, la necesidad inconsciente de objetos, que se halla en conflicto y la vulnerabilidad estructural, por un lado, y los estilos de afrontamiento conscientes, por otro, los procesos del deprimirse se pueden elaborar



terapéuticamente mediante la observación microscópica conjunta de las situaciones de relación, poniéndolas a disposición del paciente.

Las actitudes del terapeuta (1), las tareas terapéuticas y los pasos de desarrollo del paciente (2-7) pueden estructurarse de la siguiente manera (Rudolf 2000b, p. 203 y ss.):

1. Las actitudes terapéuticas como telón de fondo para las intervenciones terapéuticas

- Terapeuta como un objeto suficientemente bueno, es decir, como una contraparte fiable y duradera.
- El terapeuta como yo-auxiliar, que apoya en la percepción y diferenciación de los afectos, guía para lograr la tolerancia a los afectos y ayuda a soportar la necesidad insatisfecha (tolerancia a la frustración).
- Terapeuta como superyó auxiliar, que se cuestiona la autodepreciación y apoya la autoevaluación adecuada.
- El terapeuta como otro que responde
- Terapeuta separado del paciente (la alteridad como resultado de la diferenciación self-objeto).
- Interesado en las comunicaciones del paciente, que desea entender.
- Interesado en el desarrollo del paciente y en la prevención o erradicación de las tendencias al autodaño.
- Interesado en el establecimiento conjunto de metas terapéuticas

2. Tarea terapéutica: autopercepción de los medios de defensa

- Aprender a percibir la tensión emocional permanente
- Aprender a sentir la falta de alivio emocional
- Aprender a identificar la falta de alivio por medio de la comunicación (no hay necesidad de nadie, no confiar en nadie, no recurrir a nadie)

- Aprender a identificar la falta de alivio por medio de la regresión (no poder dejarse ir lúdicamente nunca)
- Aprender a identificar la abnegación y la sobrecarga (no ser capaz de estar para sí mismo nunca)

3. Autopercepción de aquello de lo que se defiende

- Aprender a diferenciar emociones de tristeza, de ira, así como otros afectos
- Admitir la necesidad relacionada con el objeto
- Percibir decepción e impulso vengativo relacionado con el objeto
- Permitirse buscar y aceptar ayuda
- Permitirse aliviarse por vía de la comunicación y de la regresión
- Cuidar de uno mismo, permitirse pensar en sí mismo
- Permitirse desarrollar la autoafirmación y la autodiferenciación
- Ejercer la comunicación: verbalizar las emociones y las necesidades, en lugar de esperar en silencio.

4. Acceso a experiencias biográficas negativas

- Poder aceptar las experiencias biográficas dolorosas
- Ser capaz de soportar y llorar las pérdidas y limitaciones
- Para ello, permitirse buscar y experimentar empatía
- Aprender a diferenciar entre sí las experiencias biográficas y las actuales
- Reconciliación con los traumas y pérdidas de la propia biografía.
- No son culpa del paciente (liberarse de los autorreproches).
- No son siempre culpa del objeto (liberarse de las acusaciones)
- Son el resultado de implicaciones culpables e inocentes a lo largo de las generaciones (Tema de lo fatídico).



5. Enfrentamiento con los propios intentos de afrontamiento preferidos, p. ej.

- Oferta forzada de desempeño y altruismo
- Retracción esquizoide y evitación de las emociones
- Esfuerzos narcisistas y distanciamiento del objeto
- Satisfacciones sustitutivas regresivas
- Autodepreciación y autorreproches (autodaño y autocastigo)

6. Experimentar seguridad en los vínculos

- Convicción segura de que hay otras personas importantes, a las que recurrir si es necesario.
- Experiencia de que el apoyo será ofrecido, sin que ello resulte en una falta de libertad
- Experiencia de que la imagen interior del otro importante puede ser preservada, incluso si los conflictos agresivos abruman a ese otro.
- Asumir la responsabilidad de asegurar que las relaciones importantes estén protegidas y no sean puestas en riesgo.
- La experiencia de poder decir adiós a los otros importantes cuando las circunstancias lo requieren.

7. Reestructuración del yo depresivo e indefenso

- Autoaceptación en lugar de autorreproche
- Confianza en sí mismo, en lugar de dudas acerca de sí.
- Auto-responsabilidad en lugar de sobreexigirse y dañarse a sí mismo.
- Autodeterminación en lugar de sumisión

¿Qué de los procedimientos descritos es específico de la depresión?

Específico es el enfoque en el tema psicodinámico de la personalidad básica, es decir, el problema vincular descrito anteriormente.

Individualmente variada es la referencia terapéutica a diferentes estilos de afrontamiento, que, por ejemplo, es diferente con un afrontamiento predominantemente narcisista que con un procesamiento altruista.

La orientación de la vulnerabilidad estructural respectiva también varía en cada sujeto.

También es variada la orientación hacia la constelación sintomática respectiva:

Un acento adicional en la somatización requiere intervenciones diferentes que un acento en la adicción y en tendencias a la autodestrucción; una crisis con intención suicida requiere también intervenciones específicas.

El espectro terapéutico abarca desde la comprensión de los procedimientos estructurados hasta las medidas farmacológicas.

Por lo tanto, el tratamiento psicodinámico de la depresión está esencialmente relacionado con el trastorno y, además, orientado al diseño individual del proceso depresivo respectivo.

Si comparamos el enfoque psicodinámico del tratamiento de la depresión con el del tratamiento límite, la terapia de la ansiedad o el tratamiento del trauma, queda claro de inmediato cuál es la variación específica de aquél.

Se trata de otras formas de expectativas y de crisis vinculares, de otras ponderaciones de los aspectos estructurales en relación con el conflicto, de otras formas habituales de estilos de afrontamiento.

La terapia psicodinámica ya no es, como el psicoanálisis original, un procedimiento uniforme para todos los trastornos, sino que, como todos los procedimientos modernos de psicoterapia, se adapta a la configuración específica de un trastorno determinado.



Lo que se ha dicho tiene implicaciones para la salvaguarda de la calidad del trabajo terapéutico. La calidad de estas terapias puede comprobarse, por ejemplo, con la ayuda del sistema OPD y la escala de reestructuración de Heidelberg (Rudolf et al. 2000).

Los terapeutas describen las áreas problemáticas de importancia central mediante la utilización del OPD, a los efectos de determinar las características del patrón relacional, de los conflictos y del nivel estructural. Asimismo, evalúan los cambios en estos focos con la ayuda de la escala de reestructuración de Heidelberg.

Complementan esta evaluación con autoevaluaciones del paciente (los cambios en la depresividad relacionados con la terapia son un tema del mayor interés):

En un estudio de 450 psicoterapias hospitalarias, los niveles de efecto más altos se alcanzaron con la escala PSKB-Se de depresividad, para el grupo diagnosticado con trastornos afectivos (Rudolf et al. 2003).

Para la calidad estructural de la psicoterapia, lo dicho significa que los psicoterapeutas deben ir más allá de su formación general, por ejemplo, en psicología profunda, o de su

formación básica psicoanalítica en enfoques terapéuticos relacionados con los trastornos y las estructuras, a fin de estar a la altura de la pretensión de realizar en cada caso individual lo terapéuticamente conveniente y necesario en el marco de lo que es económicamente posible (Rudolf 2002b; Horn y Rudolf 2002).

Por último, cabe destacar la relación entre lo depresivo y lo cómico. Gran parte de los cómics se basan en el humor negro y esto no es más que el lado cómico de lo depresivo.

Cualquiera que, como terapeuta en el tratamiento de la depresión, no quiera deprimirse junto con sus pacientes y terminar en un estado de burn-out, hará bien en llevar a cabo, de vez en cuando, ese pequeño cambio de perspectiva que transforma una situación difícil y sin esperanzas en una situación increíblemente cómica.

Al mirar lo cómico no se niega lo doloroso, pero se profundiza la comprensión de lo trágico. La capacidad del terapeuta y del paciente para reírse juntos ocasionalmente de las lágrimas, es probablemente un mejor predictor de un buen resultado terapéutico, que la voluntad de llorar juntos.

Referencias:

Arbeitskreis OPD (Hg.) (2001): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 3. Aktualisierte korrigierte Auflage. Bern: Huber.

Arolt, V., Driessen, M., Bangert, V.A., Neubauer, H., Schurmann, A., Seibert, W. (1995): Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt* 66, 670-677.

Horn, H., Rudolf, G. (2002): Strukturelle Störungen und strukturbezogene Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur*

therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts, S.272-289. Stuttgart: Schattauer.

Luborsky, L., Kächele, H. (Hg.) (1988): *Der zentrale Beziehungskonflikt. Ein Arbeitsbuch*. Ulm: PSZ-Verlag.

Murrey, C., Lopez, A.D. (1997): Global and regional descriptive epidemiology of disability: Incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murrey, C., Lopez, A.D. (Hg.): *The global burden of disease and injury series (Vol 1)*, S. 201-216. Harvard: Harvard University Press.



- Rudolf, G. (2000a): Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 5, 331–366.
- Rudolf, G. (2000b): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2001a): Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. Eine Bestandsaufnahme und ein Plädoyer. *Psychotherapeut* 46, 102–109.
- Rudolf, G. (2001b): Tiefenpsychologie. In: Cierpka, M., Buchheim, P. (Hg.): *Psychodynamische Konzepte*, S. 13–23. Berlin: Springer-Verlag.
- Rudolf, G. (2002a): Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In: Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, S. 2–48. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2002b): Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 163–173.
- Rudolf, G. (2003): Konflikt und Struktur: Gibt es strukturspezifische Konflikte? In: Dahlbender, R., Buchheim, P., Schußler, G. (Hg.): *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*. Bern: Huber (im Druck).
- Rudolf, G., Rüger, U. (2001): Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. *Psychotherapeut* 46, 216–219.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung. *Psychotherapeut* 45, 237–246.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R., Schumann, E. (2003): Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* (im Druck).
- Schauenburg, H. (2002): Leitlinie zur Psychotherapie der Depression. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF>
- Strauss, B., Buchheim, A., Kächele, A. (Hg.) (2002): *Klinische Bindungsforschung. Methoden und Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Wittchen, H.U., Höfler, M., Meister, W. (2000): *Depressionen in der Allgemeinarztpraxis. Die bundesweite Depressionsstudie*. Stuttgart: Schattauer.

