

Desde el narcisismo a la depresión vía la agresividad: un modelo transformacional que describe posibles caminos

From narcissism to depression via aggression: a transformational model that describes possible paths

Hugo Bleichmar

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica
Universidad Pontificia Comillas

Resumen

A partir de un modelo integrativo de los aportes de distintas escuelas psicoanalíticas sobre los diversos factores que pueden generar depresión se examina un sector del modelo general, una de las secuencias posibles: trastorno narcisista –vulnerable o grandioso-; expectativas interpersonales no realistas para intentar que el otro compense el desbalance que la persona no puede mitigar internamente; agresividad hacia el objeto externo –rabia coercitiva para obligarlo a cumplir con los deseos del sujeto ; respuestas negativas del objeto externo –ej. abandono, agresividad-; sentimiento de impotencia para obtener lo deseado; finalmente, depresión. Es el interjuego psicodinámico entre procesos intrapsíquicos y lo interpersonal lo que se enfatiza. Se ilustra con un caso clínico en que se ve en la transferencia ese patrón relacional del paciente. El describir los pasos intermedios que pueden conducir a la depresión, ello permitiría intervenciones terapéuticas que sean más específicas para cada uno de los pasos.

Palabras clave: narcisismo, depresión, agresión, modelo integrativo, intrapsíquico/interpersonal, enfoque modular-transformacional.

Abstract

Based on a model that integrates contributions from the different psychoanalytic schools regarding diverse factors that can lead to depression, a partial sector of the general model is examined; that is, one of the possible sequences that can lead to depression: a narcissistic disorder -vulnerable or grandiose-; unrealistic interpersonal expectations as compensatory mechanisms for an internal narcissistic imbalance the subject cannot mitigate; aggression towards the external object – coercive rage to force the other to fulfill the subjects' desires; negative responses from the external object -i.e.: abandonment,

aggression-; a sense of helplessness in achieving that which the subject desires; finally, depression. It is the psychodynamic interplay between intrapsychic and interpersonal processes that is emphasized. A clinical case is presented in which this interplay is manifested by the patient in the transference. Describing, in this way, the sequence of intermediate steps that can lead to depression would allow for the development of therapeutic interventions that are more specific, and therefore potentially more effective, for each of the individual steps.

Keywords: narcissism, depression, aggression, integrative model, intrapsychic/interpersonal, modular-transformational approach.

Artículo original publicado con autorización: Bleichmar, H. (2019). Desde el narcisismo a la depresión vía la agresividad: un modelo transformacional que describe posibles caminos. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 76(2-3).

Este trabajo tendrá la siguiente organización:

- Una breve descripción del modelo que he propuesto hace años en el *International Journal of Psychoanalysis* (Bleichmar, 1996) para entender la psicogénesis de la depresión, es decir, los caminos que conducen a la depresión.
- Enmarcar ese modelo en una concepción de la psicopatología que intenta superar las nosologías de categorías estancas para reemplazarla por otra en que se vea cómo los cuadros psicopatológicos pueden ir transformándose unos en otros siguiendo procesos psicodinámicos,
- Para mostrar clínicamente este proceso de transformaciones examinaré una condición particular, cómo un trastorno narcisista puede desembocar en la depresión a través de la agresividad. Lo haré mediante un caso clínico.

Vayamos ahora al modelo general de los distintos caminos que conducen al trastorno depresivo. El modelo surgió a partir de dos preguntas:

- 1- ¿Hay algo que sea común a los diferentes estados depresivos, algo que podamos encontrar en las depresiones de origen psicológico? Por origen psicológico quiero decir que ciertas depresiones son iniciadas por ciertos tipos de fantasías conscientes o inconscientes que activan sistemas neuroquímicos y circuitos cerebrales que son el componente biológico del complejo mente/cuerpo
- 2- ¿Cuáles podrían ser los distintos caminos que podrían conducir a ese núcleo común?

Con respecto a la primera pregunta, hay una coincidencia entre los conocimientos que el psicoanálisis ha aportado y las investigaciones en psicología. En psicoanálisis, Freud planteó en *Inhibición, síntomas y angustia* (1926/1964) que lo que caracteriza a la

depresión es lo que llamó una insatisfacible carga de anhelo (*'unsatisfiable cathexis of longing'*). Es decir, un deseo que se siente como incapaz de ser satisfecho. Un estado subjetivo en que un deseo significativo para la persona –deseo que mantiene toda su fuerza, deseo que pasa a dominar la vida psíquica– es vivido como inalcanzable. El tipo de deseo puede variar para cada persona, Será aquel que en su biografía, en su historia de traumas, de identificaciones con los deseos de sus figuras relevantes, haya adquirido el papel de pilar, y que podrá consistir, simplemente como ilustración, en el retorno de la persona perdida, o deseos de apego, o de logros narcisistas, o de ser el que logra el bienestar del otro, o de tener un hijo, etc.

Bibring (1953), en su notable trabajo *El mecanismo de la depresión*, enfatizó el papel central desempeñado por el sentimiento de impotencia en la constitución del fenómeno depresivo. Sugirió que lo que caracteriza a la depresión es la representación que la persona tiene de sí misma de ser incapaz para conseguir sus metas, Consideró que la predisposición a la depression está determinada por la fijación a experiencias de indefensión e impotencia que dejan marcas en su mente. Por tanto, cada vez que la persona se sienta impotente para conseguir lo que aspira, todas esas experiencias del pasado en las cuales los sentimientos de impotencia dominaban son automáticamente reactivadas. Esta formulación de Bibring produjo un gran impacto en mí por la claridad con que describía el estado subjetivo de mis pacientes depresivos.

En el campo de la investigación psicológica los importantes trabajos de Abramson et al. (1989) también consideran a la depresión como un estado en que la persona se siente impotente, desesperanzada, para alcanzar sus metas. En una línea similar las investigaciones de Martin Seligman (1975) sobre la impotencia aprendida.

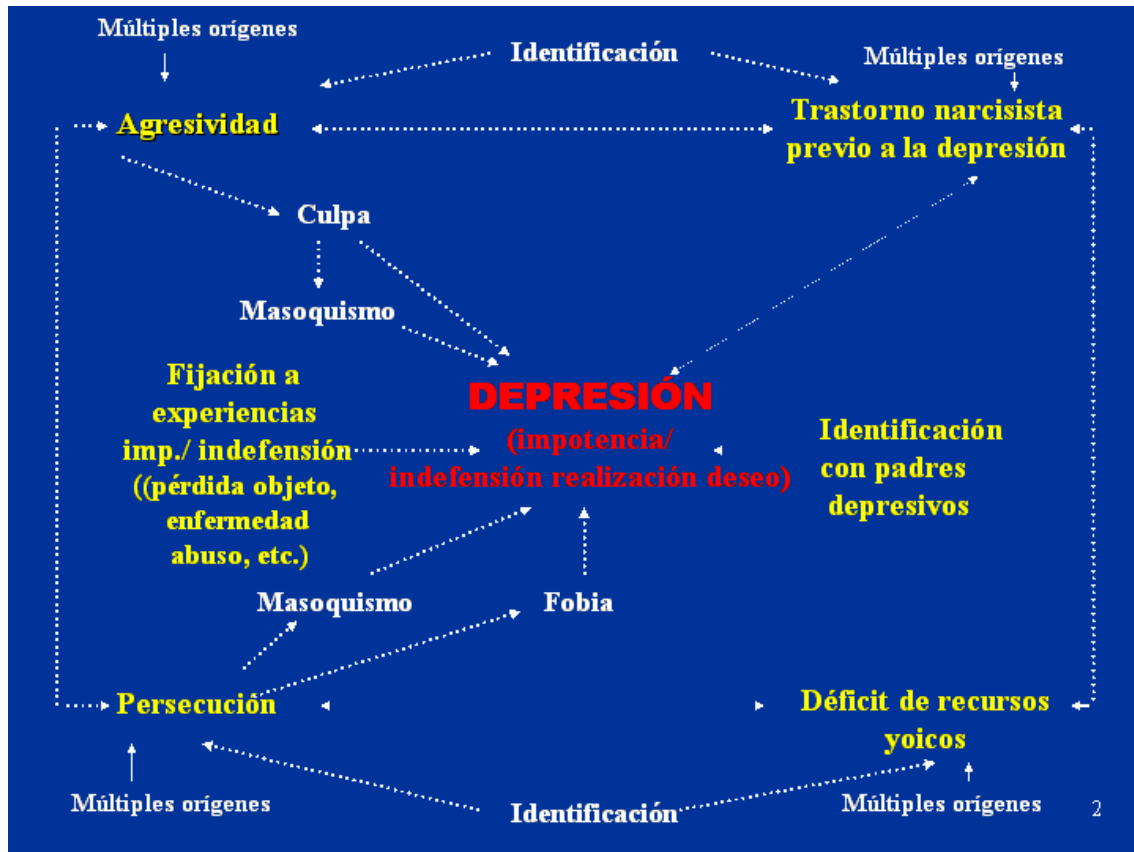
Por otra parte, en la literatura psicoanalítica hay gran cantidad de trabajos que muestran cómo la agresividad generaba estados depresivos (por ej.: Abraham, 1911/1927; Akhtar y Parens, 2014; Bleichmar 1996, 2010; Busch, 2009; Freud, 1917/1957; Jacobson, 1971; Kernberg, 1992; Klein, 1935, 1940; Lax, 1989; Ornstein, 1998), o cómo un trastorno narcisista puede dar lugar a depresión (por ej.: Blatt, 2004; Bleichmar, 1996; Erkoreka y Navarro, 2017; Kernberg, 1985; Kohut, 1971, 1977; Lax, 1989). También es abundante la literatura sobre el papel de traumas en la infancia o en etapas ulteriores de la vida (Leuzinger-Bohleber, 2015; Negele et al., 2016) que producen cuadros depresivos. Así como el papel del masoquismo en la depresión (Markson, 1993; Rothstein y Caston, 1984). La conclusión parecía entonces atractiva: un modelo que comprendiera a múltiples de esas condiciones y viera cómo, diferentes en su origen, llegaban a tener algo en común: el sentimiento de impotencia para la realización de aquellos deseos nucleares para cada persona.

Pero hubo algo más, la gramática generativa de Chomsky, que atrajo la atención de mi generación, mostraba cómo la frase final que enunciamos resulta de un proceso de transformaciones. Por otra parte, algo totalmente alejado, los diagramas de la bioquímica en que un componente entra en un proceso metabólico y actúa sobre otro en el organismo, que actúa sobre otro, y así hasta llegar a un producto que resulta de esa cadena causal. Todo esto representado en diagramas de encadenamiento de procesos.

Podría ser considerado bizarro que lo anterior pudiera haber hecho surgir en mí una concepción que considero esencial en mi modelo de la depresión, cómo una condición puede dar lugar en un encadenamiento causal, incluso recursivo, a otra condición que, a su vez, da lugar a otra y así de seguido. Pero esa forma de trasladar grandes esquemas del

pensamiento de un área a otra del conocimiento, es una de las formas del procesamiento inconsciente: lo disímil en su contenido puede tener la misma estructura. Nuestra mente está preparada para captar estructuras formales que actúan como moldes que permiten ejemplificaciones con diferentes contenidos.

Veamos ahora el diagrama que da una representación al modelo.



Para una explicación detallada del diagrama y de la interrelación entre los distintos subtipos de condiciones psicológicas que producen depresión ver Bleichmar (2003). Lo que en el diagrama aparecen como nodos –narcisismo, agresividad, etc.– pueden activar a alguna de las otras condiciones con lo cual el camino a la depresión va pasando por distintos momentos o eslabones en la cadena causal. Así, por ejemplo, la agresividad puede, por proyección, generar sentimientos persecutorios, para defenderse de los cuales la persona puede usar mecanismos fóbicos de evitación, de aislamiento social, de empobrecimiento de recursos yoicos, lo que incrementa temores ante una realidad que aparece como inmanejable, lo que produce un trastorno narcisista con sentimientos de desvalorización, de impotencia, sufrimiento narcisista que puede activar defensivamente a la agresividad, lo que puede generar culpa, lo que puede dar lugar a conductas masoquistas, etc.

Pero que podamos establecer una correlación entre, por ejemplo, agresividad y depresión, o entre trastorno narcisista y depresión, requiere que intentemos aclarar cuáles son los pasos intermedios, qué procesos psicodinámicos, angustias, defensas, intervienen en el pasaje entre uno y otro.

Con la finalidad de examinar más en particular un sector del diagrama, el de los trastornos narcisistas y la agresividad hicimos un estudio en el Hospital Universitario 12

de octubre, adscrito a la Universidad Complutense de Madrid, con el equipo formado por Javier Ramos, Jesús Fernández Rozas y Ángeles Castro.

Se trató de una psicoterapia grupal de tiempo limitado en que yo era el terapeuta y los miembros del equipo eran los terapeutas individuales de 8 pacientes diagnosticados de depresión mayor, varios de ellos con intentos de suicidio. Fueron 10 sesiones filmadas.

En esa pequeña muestra, una de las secuencias que reencontramos en el camino desde el trastorno narcisista hacia la depresión vía la agresividad es la que en seguida detallaremos. El término *reencontramos* es para indicar que un esquema mental que ya teníamos organiza la percatación de un existente que sin esa preconcepción no sería visto. Posición epistemológica que nos protege de un realismo ingenuo pero que no nos hace caer en que todo es construcción mental platónica de una realidad que no tendría existencia propia porque si intervenimos terapéuticamente en la realidad sobre una de las condiciones, entonces en la realidad se produce un cambio

Respecto a la secuencia: un trastorno narcisista de fondo, en algunos casos grandioso o en otros del denominado vulnerable (Erkoreka y Navarro, 2017; Gore y Widiger, 2016) puede dar lugar a:

- Expectativas no realistas respecto a lo que se espera de los demás para compensar el balance narcisista que internamente no se es capaces de sostener. Lo que conduce inexorablemente, por su carácter no realista, a experimentar desilusiones, con fuerte sufrimiento, lo que impulsa:
- Rabia coercitiva tratando de forzar en los demás que satisfagan sueños de amor y dedicación incondicional, con abierto despliegue de hostilidad y distintas formas de agresividad. Esto produce importante deterioro en las relaciones interpersonales, con posibles respuestas de abandono y/o agresividad. Lo que puede conducir a:
- Reforzamiento del sufrimiento narcisista y del sentimiento de impotencia cuando los estallidos de rabia coercitiva fracasan en el intento de forzar en el otro los sentimientos y conductas deseadas. Finalmente:
- Sentimiento de impotencia y desesperanza para lograr el aprecio, amor, admiración que se desea, lo que hace caer en el estado depresivo.

Lo digno a destacar fue que esa secuencia, en la terapia grupal, no fue detectada, construida, solo en base a los relatos de los pacientes de sus historias, sino que se producía delante de nuestros ojos por el efecto que las conductas que alguno de ellos generaba en otros, el reconocimiento que esperaban terminaba generando el efecto opuesto.

Esta secuencia propuesta no implica que otras no pudieran existir en otros pacientes, o incluso en otros momentos de los nuestros, como por ejemplo que la agresividad en vez de estar dirigida contra el exterior lo fuera contra el propio sujeto por un superyó sádico, o que la agresividad estuviera dirigida en el interior de la persona contra la representación que tiene de otro. Valga como ejemplificación el de una paciente, casada con un hombre relevante socialmente, matrimonio que al principio sostenía el narcisismo de mi paciente. Sin entrar en más detalle, ella por rivalidad, por celos, comenzó a atacar la imagen de él dentro de ella. Fue un proceso del que fui testigo en su análisis. Trataba de mostrarme lo inadecuado que era él porque suponía que yo lo

admiraba al ser una figura pública. La denigración era tal que poco a poco ella se fue convenciendo que la imagen que su agresividad construía de él correspondía a la realidad. Dejó de tener relaciones sexuales, de gozar en su compañía. Sintió que se había equivocado al casarse con ese hombre, se sentía atrapada, ligada a un ser que despreciaba. La desvalorización del marido recayó sobre ella por sentir que había fracasado en la vida. El sentimiento de impotencia para conseguir la pareja idealizada la deprimió. En este caso la agresividad que destruyó al objeto interno idealizado, que en primer momento sostuvo su narcisismo, pasó a producir el efecto contrario, el estado depresivo. Su agresividad, en este caso, no generó depresión por culpa, como podría ser en otros casos,

Volviendo a la secuencia que es el centro de esta presentación –trastorno narcisista que genera agresividad contra personajes externos, con pérdida de los mismos al responder a la agresividad del sujeto–, es una secuencia que puede reproducirse en la situación terapéutica en que el analista es vivido inicialmente como el que vendría a compensar todas las necesidades de amor, cuidado, interés incondicional, que al ser inevitablemente frustradas desencadenan el proceso que acabamos de exponer de manera esquemática.

Este tipo de pacientes presentan desafíos importantes para el tratamiento. Lo quiero ilustrar con un caso clínico de tratamiento individual.

Es una mujer de alrededor de 60 años que vino a la consulta por una depresión que fue clasificada en un departamento de psiquiatría como depresión mayor. Ocho meses antes, su matrimonio de 35 años colapsó cuando el marido le dijo que no quería vivir más con ella. Los intentos del marido en esa dirección habían sido reiterados pero nunca habían llegado a concretarse. Ahora se había ido a vivir con otra mujer. Mi paciente quedó desolada. Su estado era de tal tristeza que provocaba en mí algo que en cualquier persona, más allá de que fuera terapeuta, genera una necesidad de apoyar, de calmar. Pero sabía que si solo la apoyaba, ello reforzaría su narrativa de ser una víctima con una fuerte tonalidad paranoide. Traté que pudiéramos explorar los múltiples matices de lo que sentía. La pérdida del marido había conmocionado sus múltiples sistemas motivacionales. El mundo de reproches al marido cubría todas las sesiones sin que hubiera ninguna apertura a algo más profundo, le pedí si podía recordar algún sueño. Me dijo que no, pero a la sesión siguiente me contó el fragmento de uno: la escena consistía en un escaparate de una tienda en que solo había un maniquí al que miraba la gente que pasaba. Le pregunté cómo sentía ella que la gente la miraba. Apareció su sentimiento de humillación. Estuvimos varias sesiones relacionando esto con cómo ella siempre tomaba a los demás como referencia de lo que ella era. Pero esto era solo un aspecto. También estaba asustada, lo que se hizo evidente ante la angustia que sintió cuando tuvo que hacer un trámite simple, me pidió consejo para algo que yo sentí que ella sí tenía los recursos para resolverlo. El marido había sido para ella alguien vivido como aquel que la protegería de cualquier amenaza. También su pérdida supuso un trastorno en el sentimiento de sí misma. Los intercambios con él, a lo largo de tantos años, hicieron que ante su ausencia le faltase una forma de ser: ciertos rasgos, actitudes, sentimientos que solo podían existir si el otro estaba para posibilitarlos. Me dijo que se sentía extraña. Le dije que la entendía, que extrañaba no solo al marido, sino algo de ella que sin él no se activaba, no existía. Fue un punto de inflexión. Lo que ahora estaba en juego en la sesión era el análisis del sentimiento de sí misma. Ese sentimiento tan difícil de poner en palabras que tenemos de nosotros cuando vivimos, hacemos algo, cuando caminamos y sentimos nuestro cuerpo, cuando pisamos el suelo, o hablamos con cierto tono de voz que nos hace sentir que somos

ese que está hablando. Trasfondo de todas nuestras experiencias que la expresión sentimiento de ser tratamos de captar precisamente con esa expresión, sentimiento de ser.

El clima entre nosotros en la terapia era de compenetración, ella se sentía entendida y yo recogía una imagen gratificante de mí: ser alguien capaz de identificarme con el dolor de ella, de acompañarla, y de profundizar en la comprensión de ciertas capas de sus sentimientos. En síntesis, satisfacción narcisista de sentirme buena persona y analista. Pero esta exploración de su mundo interno se interrumpió cuando surgió el tema de la separación económica con el marido. Volvió al discurso monocorde de la primera época: ella la esposa abnegada, él el traidor, causante de una separación en que todo supuestamente iba bien hasta el momento de la traición. Entonces apareció una necesidad en ella de que yo también me indignase contra el marido. “¿No le parece una barbaridad lo que él quiere?” Yo sentía su presión. No le bastaba que yo le hablase de su necesidad de sentir que yo compartiera sus sentimientos. La conducta de su marido no tenía para ella ni explicación ni justificación. No había apertura a que pudiera penetrar en los sentimientos de él. Le dije que cuando el dolor es tan grande solo se puede sentir ese dolor y que es difícil salir de uno mismo y ver lo que el otro puede estar sintiendo, que eso es natural, tratando así de legitimar su autocentramiento pero abriendo a que pudiera captar al otro. Mi tono fue de cercanía emocional pero la reacción de ella fue inmediata: “¿Qué quiere decir, que lo único que falta ahora es que yo lo comprenda?”. “Al final Vd. es un hombre y piensa como todos los hombres”. Me sentí incómodo, acorralado, obligado a que le dijera explícitamente que el marido era un canalla. El nivel de agresividad hacia mí fue creciendo. Algo del clima mágico entre nosotros se rompió, su despedida fue fría. A la sesión siguiente me dijo que nunca habría esperado algo así de mí, que yo como hombre me ponía del lado del marido. Se había roto en ella la expectativa de un vínculo con una figura imaginaria en que yo era totalmente incondicional, alguien que compartía su visión y sus sentimientos. Le dije que comprendía lo que sentía, que todos necesitamos alguien incondicional. Con la palabra “todos” traté que no se sintiera acusada, que su reacción me parecía entendible. Eso mejoró algo el clima pero una vez rota mi imagen de incondicionalidad, ella empezó a cuestionarme. Al principio de una manera encubierta, progresivamente con mayor hostilidad. Poco a poco nada le parecía bien, no solo lo que le decía, sino mi tono de voz, mi silencio, el momento en que yo intervenía. Ella tomaba lo que ella decía y sentía como si fueran realidades universales más allá de cualquier condición emocional de ella. Tomé la línea de que ella pudiera ver sus sentimientos y cómo a partir de ellos surgían sus pensamientos, lo que creía. No me limité a hablarle de su enojo, le indicaba que ese enojo era una parte de sus sentimientos, su reacción a un deseo profundo de tener una buena, cariñosa relación conmigo. Yo me sentía acosado, sin espacio de libertad para poder ser yo mismo, comunicarme honestamente. A pesar de sus críticas, no faltaba a ninguna sesión. Si yo tenía que suspender alguna buscaba que se la repusiera. En una oportunidad ella tuvo que anular dos sesiones por un viaje para ver a la hija que vivía en otra ciudad. El alivio que sentí fue muy claro. Entendí al marido que se había ido. Pensé que tenía que mostrarle claramente lo que estaba pasando en nuestra relación, cómo ella me alejaba. Vino a mi cabeza la idea de hacer una confesión contratransferencial pero el pudor e incomodidad que tenemos todos los analistas con formación clásica a la confesión contratransferencial me lo impedía. Lo que sí pude decirle es si ella, que estaba centrada en su frustración, dolor e indignación podía salir de ella y pensar cómo me sentía yo. El desconcierto fue total. Acostumbrada en el tratamiento a que ella y yo estuviéramos centrados en lo que ella sentía, en la causa de sus sentimientos, en la historia de ella, que el foco, aunque transitorio, pudieran ser mis sentimientos estaba por fuera de su horizonte mental. Me dijo defensivamente que yo era un profesional y que estaba preparado para no sentirme afectado. Le dije que sí, que era

un profesional, pero que por encima de todo era una persona, si ella podía hacer un esfuerzo en estar conectada con sus sentimientos pero, también, captar lo que yo pudiera sentir. Me contestó, lacónicamente, “Incómodo”. No me contenté con esa palabra tan nebulosa. La encaminé a que superpusiera sobre mí las experiencias que ella tenía cuando se sentía cuestionada.

Recién a partir de esa elaboración pudimos ir a ampliar la comprensión de lo que había sucedido en la relación con el marido: necesidades narcisistas de amor incondicional, del otro a su total servicio, frustración cuando esas expectativas no se cumplían, rabia coercitiva para tratar de forzar en el otro no solo la conducta, sino los sentimientos que ella quería, alejamiento del otro, más sufrimiento, incremento de la rabia hasta producir lo temido, el abandono, y la depresión como consecuencia.

Esta forma de reaccionar la paciente estaba en relación con un padre autocentrado, incapaz de empatía, de ponerse en el lugar del otro, figura que había sido magnética para la paciente. Trabajé con ella cómo era la incorporación de lo que el padre esperaba como comportamiento de los demás hacia él lo que dominaba su mundo emocional, sus creencias inconscientes acerca de cómo los demás tenían -énfasis “tenían”- que sentir y reaccionar ante sus necesidades.

Todo esto amplió notablemente la comprensión de la paciente acerca de cómo entraba en un automatismo que le hacía perder relaciones que eran importantes para ella. Pero hubo algo que permitió entrar en niveles más profundos de su mente y que iban más allá de la comprensión emocional de mecanismos o procesos automáticos. Soñó que era como si ella fuera pequeña, estaba en un gran salón con su madre y mucha gente. Era algo raro: sentía enorme bienestar, ella y su madre estaban como aisladas de todos los demás, nada de lo que hacían o hablaban los demás llegaba hasta ellas, a pesar de estar a pocos metros. Dijo que era desconcertante esa sensación de que los demás estaban pero no existían para ellas. No se sabía cómo, pero la madre tenía un juguete y jugaba con ella. El sentimiento de bienestar era lo más presente. La madre le acerca el juguete, ella se lo devuelve, la madre se lo vuelve a acercar, y esto se repite. Esto una y otra vez. Después de contarme el sueño hubo un silencio, yo me sentí bien y entonces, sin saber de dónde surgió, le dije que en ella había un deseo profundo de unión –con mamá, con el marido, conmigo–, que ese era el anhelo más profundo y que cuando no se daba, recién entonces aparecía el dolor y la rabia coercitiva; que yo y ella habíamos estado viendo la rabia y sus consecuencias, pero que la niña amorosa había permanecido oculta. Se largó a llorar. Yo me sentí mal y todavía conservo el recuerdo de ese malestar de que mi énfasis en su narcisismo y hostilidad me hubiera hecho descuidar a la niña amorosa, sus deseos de una relación tierna, y del dolor profundo que daba lugar a la rabia cuando sentía que eso se perdía.

Para terminar, tomando una cierta perspectiva sobre lo que acabo de presentar, quisiera decir que es bueno tener modelos que nos permitan reconocer procesos, mecanismos, grandes movimientos del psiquismo, pero sin que ello nos desconecte de las necesidades emocionales profundas que impulsan a los mismos. El psicoanálisis ha visto cómo los modelos, las grandes concepciones, relegaban la textura de la experiencia humana y, ahora lo opuesto, cómo la rica descripción de los encuentros/desencuentros intersubjetivos puede hacer caer en la pequeña anécdota. Necesitamos de ambos, de los modelos y de que analista y paciente vivan la riqueza de las emociones que van fluyendo en el encuentro en ambas direcciones.

Referencias

- Abraham, K. (1927). Notes on the psycho-analytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. En *Selected Papers on Psychoanalysis* (pp. 137-156). Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Obra original publicada en 1911)
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Akhtar, S. y Parens, H. (2014). *Revenge: narcissistic injury, rage, and retaliation*. Jason Aronson.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En P. Greenacre (Ed.), *Affective disorders. Psychoanalytic contributions to their study* (pp. 13-48). International University Press.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 935-961.
- Bleichmar, H. (julio, 2003). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento. *Aperturas Psicoanalíticas* (14). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000245#contenido>
- Bleichmar, H. (2010). Rethinking pathological mourning: Multiple types and therapeutic approaches. *Psychoanalytic Quarterly*, 79, 71-93.
- Busch, F. (2009). Anger and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 271-278.
- Erkoreka, L. y Navarro, B. (2017). Vulnerable narcissism is associated with severity of depressive symptoms in dysthymic patients. *Psychiatry Research*, 257, 265-269. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.061>
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. En *Standard Edition* (Vol. XIV). The Hogarth Press (pp. 243-260). (Obra original publicada en 1917).
- Freud, S. (1964). Inhibitions, symptoms, and anxiety. En *Standard Edition* (Vol. XX, pp. 3-69). The Hogarth Press. (Obra original publicada en 1926).
- Gore, W. L., y Widiger, T. A. (2016). Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. *Personal Disorders*, 7(4), 363-371.
- Jacobson, E. (1971). *Depression. Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. International Universities Press.
- Kernberg, O. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 21, 125-153.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. The University of Chicago Press.
- Lax, R. F. (1989). The narcissistic investment in pathological character traits and the narcissistic depression: Some implications for treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(1), 81-90.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015) *Finding the body in the mind: Embodied memories, trauma, and depression*. Karnac.

-
- Markson, E. R. (1993). Depression and moral masochism. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 931-940.
- Negele, A., Kaufhold, J. y Leuzinger-Bohleber, M. (2016). Childhood trauma from a patient a psychoanalytic perspective linking chronic depression to relational multiple traumas. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 30, 300-328
- Ornstein, A. (1998). The fate of narcissistic rage in psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 55-70.
- Rothstein, A. y Caston, J. (1984). The relation between masochism and depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 603-614.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness*. H.W. Freeman.