

En los orígenes de la depresión; la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales

GIANMARCO MANFRIDA

Director del Centro Studi e Applicazione della
Psicología Relazionale, Prato (Firencia)

ALESSANDRA MELOSI Psicóloga, presidente del Centro Studi e
Applicazione della Psicología Relazionale, Prato (Firencia)

RESUMEN

En antítesis a una tendencia a la par coligación de las formas depresivas y de las intervenciones terapéuticas, los autores proponen un modelo de estudio y de intervención terapéutica dirigido a recoger un fondo común para las diversas depresiones. A partir de la constatación de que los niveles bioquímico, intrapsíquico, cognitivo y relacional no son de por sí exhaustivos, se subraya la necesidad de definir su integración a nivel teórico y terapéutico. A través de esta integración los autores alcanzan a ver la diversidad de las depresiones como el resultado de historias diversas, entendidas como el producto conjunto de factores de base predisponentes, de vínculos sociales y estrategias de diversos jugadores

ABSTRACT

Against a common tendency to stress differences among the many recognised types of depression and to keep therapeutic interventions separate, the Authors investigate what common features characterise the origins and development of the disease and how interventions can be modulated at different times of its evolution and treatment. Neither biochemical, nor intrapsychic, cognitive, social or relational approaches seem adequate to explain the nature of depression and its maintenance; an integration of all these points of view is required both in theory and in clinical practice. Through an effort in this direction, it can become possible to understand depression as the outcome of different personal and family histories, influenced by predisposing casual factors, by social conditionments and by the relational strategies of individual subjects. One possible way to do therapy is to help the depressed person and possibly his relatives to change their view of this history. This kind of work requires that therapists can identify acceptable alternative plots in past and present related histories, and that they be able to create the emotional involvement necessary to be convincing.

EN la historia de las terapias relacionales, la depresión siempre ha sido un tema más bien descuidado: de los pocos trabajos significativos, la mayoría se limita a la exposición de algunos casos, a indicaciones de algunas estrategias terapéuticas, a hipótesis etiológicas limitadas a las relaciones de pareja. El motivo de este límite histórico reside probablemente en la dificultad de proponer una teoría general para un campo vasto y variado como el de la depresión. Se sabe que hay depresiones neuróticas, reactivas, endógenas, psicóticas, cíclicas, caracteriales, endorreactivas, melancólicas, etc.; la psicopatología ha investigado y encontrado nombres para innumerables tipos de depresión, y eso puede desanimar la propuesta de teorías y modelos de intervención unificadores.

Mientras que reconocemos justificada cualquier profundización psicopatológica y encontramos estimulante el intento de relacionar cuadros singulares con modelos específicos bioquímicos, intrapsíquicos, cogniti-vos, relacionales, etc., nos preguntamos si no será igualmente importante identificar el fondo que tienen en común esas diversas depresiones; qué roles intercruzados pueden tener los elementos individuales, bioquímicos, cognitivos, familiares en la etiología, en el desarrollo y en el mantenimiento de la depresión; y si se pueden consiguientemente delinear indicaciones generales para la intervención terapéutica.

No creemos, naturalmente, que todas estas preguntas puedan encontrar una respuesta exclusivamente en una aproximación familiar, y todavía menos en una más ampliamente relacional: no consideramos sin embargo suficiente tampoco trabajar con vivencias individuales y tanto menos sólo con fármacos. Los momentos bioquímico, intrapsíquico, cognitivo y relaciona! deberían encontrar una integración a nivel teórico y terapéutico, no pudiéndose considerar ninguno de los tres como exhaustivo. (18)

Conocemos bien, de hecho, la eficacia de los antidepresivos: en un reciente artículo aparecido en la revista de la sociedad norteamericana de terapia familiar (A.F.T.A.), titulado «Prozac y depresión», se señalaba cómo el éxito de

ese fármaco en los Estados Unidos obligaba a los terapeutas familiares a afrontar el problema de los psicofármacos eficaces, o considerados como tales y por tanto reclamados por pacientes y familiares. (26) En la misma revista (31, 33) se subrayaba sin embargo la bien conocida facilidad para las recaídas en la depresión, que ha inducido a ilustres epidemiólogos a considerarla como una enfermedad de evolución subcrónica (2), y el riesgo de que los pacientes vuelvan cada vez a requerir la solución farmacológica como la más cómoda, la menos problemática, la más económica, animados, por el mismo éxito sintomático del fármaco, a no afrontar aquellos problemas subyacentes que hacen tan fáciles las recaídas.

Sabemos también por investigaciones estadísticas e indagaciones sociales que la depresión es más frecuente en las mujeres casadas y en los hombres solteros, en quien ha tenido experiencias de pérdida en la edad infantil o la adolescencia, en personas sometidas a estrés agudo o prolongado. (6) De todas maneras, intervenciones sociales preventivas no parecen aplicables de momento a vasta escala; en cualquier caso, queda preguntarse cuáles son los factores

protectores que permiten a la mayor parte de las mujeres, de los huérfanos y de quienes sufren estrés resistir a la depresión.

Igualmente, conocemos bien la importancia de la elaboración del duelo, entendido en sentido psicodinámico como «pérdida del objeto amado», (11) para la superación de la depresión; no obstante, también de tal proceso se han investigado más los aspectos intrapsíquicos que aquellos ligados al ambiente, al contexto, a las relaciones, probablemente tan capaces como un buen terapeuta de favorecer una adecuación relacional y emotiva a la realidad.

La aproximación cognitivo-evolutiva aporta datos significativos para la comprensión de la organización depresiva, cuya característica de fondo es definida como la continua repropósito de un sentido de pérdida que tiene origen en relaciones de apego anómalas con las figuras parentales. (4, 5, 13, 27) Sin embargo, esta perspectiva no parece

tener en la debida cuenta el rol que desarrolla el contexto actual de vida del paciente y la respuesta que una modalidad depresiva induce en los otros, incluidos los terapeutas.

Una contribución en este último sentido parece venir de la aproximación familiar-relacional, que actualmente reconoce no sólo los efectos que las relaciones significativas ejercen sobre la depresión, sino también los efectos de la depresión sobre las relaciones significativas. Godib y Robin-son (12) han evidenciado que después de sólo tres minutos de interacción entre un deprimido y un extraño, este último desarrolla un comportamiento verbal y no verbal significativamente más negativo. Otras investigaciones revelan una elevada correlación entre trastorno deprimido y conflictos conyugales; (9, 14, 30) en la relación de pareja se definen modalidades interactivas características, como el comportamiento de *care eliciting*, (15) dirigido a solicitar el interés protector del cónyuge, y la jerarquía conyugal incongruente. (23)

Estas observaciones han involucrado también al sistema familiar, que es descrito como caracterizado en su interior por escasos intercambios interactivos, consistentes preferentemente en actitudes de reproche o punitivas, que no sólo no evitan sino que favorecen las recaídas depresivas, (17) y por reducidos intercambios hacia el exterior; se ha señalado también (21) el rol de los hijos y de las familias de origen en la configuración y evolución de la patología.

No podemos, sin embargo, no revelar los límites de las principales teorías relacionales respecto a la depresión. La «relación de ayuda», con su rol de automantenimiento, descrita por Vella y Loriedo (22, 35) así como el intento de Linares de reconocer especificidades etiopatogénicas a diversos tipos de depresión representan útiles instrumentos de orientación en el campo; (19, 20) lo adecuado de muchas observaciones no excluye sin embargo que únicamente se examinen algunos aspectos de la situación depresiva. Los mismos Vella y Loriedo reconocen que un modelo relativo sólo a la relación de pareja no es suficiente para explicar la depresión; en cuanto al trabajo de Linares, el único que intenta una aproximación teórica global al problema, nos parece que la misma

complejidad de las «depresiones» que Linares tan justamente valora perjudica la búsqueda de principios generales, debido a la acentuación de algunas conexiones demasiado rígidas a nivel etiológico.

Tenemos noticia, finalmente, de una investigación experimental en curso en Londres sobre la terapia de la depresión; se comparan diversos métodos de terapia (farmacológica, relacional, cognitiva). En el proyecto de investigación, extremadamente detallado, elaborado por E. Asen y E. Jones, la hipótesis etiológica de base para los terapeutas relacionales es que la incapacidad de adaptarse a un nuevo acontecimiento, ligada a factores intrapsíquicos e interindividuales que han tenido influencia en la historia individual, provoca la aparición de síntomas depresivos. Éstos a su vez constituyen un estrés al que cónyuges y familiares responden con mayor o menor tolerancia. Un aumento de la atención para los comportamientos «negativos» del deprimido provoca un empeoramiento sintomático y ulteriores acciones que se consideran dirigidas a la búsqueda de atención. Se instaura así una serie rígida de anillos de interacción; el objetivo de los terapeutas relacionales es interrumpir esos ciclos interactivos, modificando los comportamientos de paciente y familiares o los significados que se les atribuye. (3) Aunque recientemente se empiezan a ver signos de interés para una mayor comparación, (18) todas estas observaciones a nivel bioquímico, individual, cognitivo, de pareja, familiar y social, muestran carencias en el plano de una integración teórica, como si cada nivel se mantuviera distanciado e impenetrable para los otros; a nivel terapéutico, además, no parece que se vaya más allá de los límites de un empirismo tan difuso como genérico.

Intentaremos con este trabajo proponer un marco lo bastante amplio como para poder incluir todas las formas depresivas y cada uno de los niveles de observación citados, aunque lo suficientemente definida como para poder favorecer una discusión entre especialistas de los diversos niveles y una investigación sobre su integración teórica y práctica. En antítesis a una tendencia a la parcelización de las formas depresivas y de las intervenciones terapéuticas, proponemos un modelo de

estudio y de trabajo dirigido a los aspectos comunes y a los caracteres unificadores de las mil depresiones descritas y describibles.

ORÍGENES DE LA DEPRESIÓN

Consideramos que es posible ver la depresión como el producto conjunto de algunos factores de base predisponentes, de ciertos vínculos sociales y de las estrategias de diversos jugadores.

Los aspectos predisponentes comprenden ya sea predisposiciones bioquímicas hereditarias como estructuras intrapsíquicas y cognitivas, ya sea aspectos sociales —como aquellos señalados por Brown (7) para las mujeres de Camberwell (problemas de vivienda, *Life events* estresantes a corto y largo plazo)— como aspectos de la historia infantil relacionables con la teoría del apego de J. Bowlby. (6) También las fases del ciclo vital del individuo y de la familia representan factores de riesgo desde ese punto de vista. (25) Muchos de estos aspectos se pueden identificar con métodos estadísticos y de indagación epidemiológica, otros indagados como estructuras de carácter (34) o como modalidades cognitivas. (4, 5, 27)

Existen además reglas sociales, propuestas como vínculos en el caso de la depresión: se trata de las reglas sociales y culturales que en el mundo occidental gobiernan el estado de enfermedad física y psíquica. A menudo, hoy la depresión se equipara a una enfermedad física, desde el punto de vista de la aceptabilidad social, en parte por la mayor claridad aparente de las implicaciones biológicas, en parte porque se considera una diferencia cuantitativa y no cualitativa respecto de la norma, en parte por la mayor comprensibilidad de la experiencia, común a todos, y en parte porque se la considera temporal y resoluble. En consecuencia, en cuanto al deprimido se aplican a menudo las reglas sociales definidas por Talcott Parsons para el rol de enfermo: (28,29)

1. El hecho de padecer cualquier tipo de incapacidad para desarrollar tareas o roles, sin ser considerado responsable.

2. El derecho a ser eximido, en varios grados y modos, del propio rol social y de las obligaciones que éste comporta.

3. El hecho de estar, en consecuencia,

en un estado legitimado, a condición no obstante de reconocer el propio estado como indeseable y de disponerse a superarlo.

4. El hecho de dirigirse a una ayuda técnicamente competente para superar la condición no deseada. Se ha señalado (1) que el reconocimiento del rol no impone el estar en una condición particular (enfermedad) sino el dirigirse al médico y a las instituciones sanitarias para que reconozcan tal condición. En otras palabras, el deprimido, para ser tal en el sentido de «enfermo de depresión», debe confiarse al médico, y cuanto más se ocupa de él la institución sanitaria, tanto más aumenta la probabilidad de que se le pueda eximir de muchas obligaciones sociales. Respecto al estatus de enfermedad física, Parsons señala que, en tanto que la enfermedad psiquiátrica implica una reducción de las capacidades volitivas y de la responsabilidad personal, exime al enfermo de todos los deberes todavía ligados a la condición de enfermedad física, en particular de aquellos de reconocer el propio estado como indeseable, de disponerse a superarlo y de dirigirse a una ayuda competente. Permanecen intactos sin embargo sus derechos a ser asistido y ayudado a nivel médico y también social.

Si la depresión es a menudo equiparada a una enfermedad física, existen algunas situaciones en las que puede asumir caracteres sociales de enfermedad psiquiátrica, tanto como para que se afronte incluso con tratamientos sanitarios obligatorios.

Consideramos esa ambigüedad y la constante posibilidad de pasar, en la consideración social, de un estado de enfermedad física a uno de trastorno psiquiátrico, una característica distintiva de la depresión respecto a otras formas nosológicas. El ejemplo más evidente de ese vínculo social, tan poco aparente como habitual, y de sus posibles modificaciones está ligado a la posibilidad de suicidio. La depresión es una situación de riesgo, y es una concepción corriente que es obligación del médico y derecho del paciente que se tomen medidas orientadas a reducir el riesgo. Dado que los antidepresivos actúan sólo después de cierto tiempo, la única medida que reduce realmente el riesgo de suicidio es el ingreso hospitalario. Aunque en realidad sean pocos los deprimidos que se

hospitalizan, el vínculo actúa sobre la selección de las hospitalizaciones: es una impresión común que muchas hospitalizaciones no dependen tanto de exigencias clínicas o curativas, sino más bien de situaciones vitales del paciente (vivienda, familiares...) favorecedoras de la realización práctica del posible intento autolesivo. El riesgo de suicidio incide para que el deprimido tenga derecho, desde el punto de vista sociológico, al tratamiento de enfermo psiquiátrico desresponsabilizado y pasivo, más bien que al rol de enfermo físico, a quien se requiere compromiso con su curación.

A la luz de estas consideraciones, viene la duda de que si la depresión es la enfermedad de este fin de siglo, capilarmente difundida y socializada, (10) quizás es también porque nunca como en esta época el rol de enfermo ha sido socialmente, sindicalmente y jurídicamente codificado y reconocido.

En cuanto a las estrategias relacionales, en el fondo de todas las depresiones, con una extrema generalización, se puede decir que existe un juego en el que X reduce (su actividad, participación, competencia, autonomía...), e Y (el resto del mundo, no sólo el cónyuge) compensa hiperactivándose. Esta visión simplificada y parcial del juego se vuelve más compleja si se considera la circularidad de la interacción: Y y el resto del mundo acrecientan sus espacios y su actividad, X los reduce. Aparece como evidente la relación con los vínculos descritos por Parsons relativos al rol de enfermo. Para el deprimido la apuesta en la partida parece ser la capacidad de constreñir a otros a «hacerse cargo» de él sin condiciones; para los otros, la reserva de aceptar sólo en parte y poder restituir lo antes posible esa delegación. Se trata de un problema de delegación y de reservas sobre la delegación, hecho posible por la ambigüedad de la depresión como enfermedad entre lo físico y lo psíquico, con un deprimido/delegador y un aceptador/compensador. Una ulterior complicación es que la delegación puede ser también reclamada, solicitada o sonsacada, en una visión circular.

Si el primer paso del juego es la contratación sobre la delegación, un segundo paso presupone la configuración de ésta como destinada al éxito o al fracaso. En el primer caso, se asistirá a la resolución de la depresión; en el

segundo, el delegado se encontrará constantemente frente a la frustración de todos sus esfuerzos. Podrá intensificarlos sin obtener reconocimiento, hasta alcanzar una situación de *impasse* en la que la depresión no se resuelve o se presenta de nuevo con frecuencia. Otros ejemplos de estrategias, extendidos a nivel trigeracional, han sido descritos por Linares (19,20) en relación con tipos específicos de depresión. A propósito del modelo ya citado de Linares, podemos observar que, a nuestro juicio, la diversidad de las depresiones es el resultado de las diversas historias, es decir, del inter-cruzarse de factores predisponentes, vínculos sociales y estrategias, como las imágenes de un caleidoscopio, en el que los elementos son finitos, las configuraciones varían, pero dentro de ciertos límites.

Casos clínicos

Presentamos dos casos clínicos que nos parecen explicativos de nuestro modelo interpretativo; las notas sobre la terapia se entienden como introducción para las indicaciones clínicas que concluyen el trabajo

Caso 1

Una joven madre de veintiocho años nos llega enviada al psiquiatra, con una indicación de urgencia, por una amiga psicóloga. En la entrevista, aparece bastante deprimida, con intensa ansia, sentimiento de culpa (por una presunta incapacidad para criar con la propia leche una niña de pocos meses), insomnio, ideas auto-lesivas y de daño para la hija. Llama la atención en particular la petición, incongruente dado que ha sido enviada expresamente a un médico, de no tomar medicinas, justificada con el hecho de que no soportaría la interrupción del amamantamiento, experiencia para ella extraordinariamente gratificante y absolutamente indispensable, hasta el punto de verla como el objeto del embarazo: su leche puede ser mala, pero tener la niña en el pecho es para ella, más que un deber moral, una experiencia irrenunciable.

El marido, que la ha acompañado, insiste inútilmente en la suspensión del amamantamiento, que ya va por el quinto

mes, y después se conforma pidiendo al psiquiatra que haga lo que pueda.

La petición de esta pareja es por tanto la de que se ayude a la señora, pero sin medicinas, en un tiempo tan breve que no consiente profundizar en las problemáticas individuales, de pareja o familiares, con el objetivo de eliminar el síntoma. Se trata de una estrategia de delegación, que persigue volver hiperactivo al terapeuta, probablemente destinada a transformarse en una delegación para el fracaso. Es también probable para ese propósito que el recurso al psiquiatra sea el resultado de un juego de la pareja en el que la petición originaria de asumir la responsabilidad era dirigida al marido.

De un examen de la historia, focalizado en los momentos críticos pasados, emergen noticias que revelan algunos factores predisponentes. La señora M. es hija única y siempre ha sido el sostén del padre ya sea en el trabajo (tienen un concesionario de máquinas electrónicas) como en casa: su madre, de hecho, padece de psicosis maníaco-depresiva y ha tenido numerosos ingresos en clínicas privadas. M. se ha casado con un dependiente del concesionario paterno, notablemente mayor; viven a pocos kilómetros de los padres de ella, con los que comen todos los días, y trabajan ambos en la empresa de la familia. La pareja tiene dos hijos, un niño de cuatro años y una niña de seis meses escasos; el nacimiento del primero fue seguido de un grave episodio depresivo de la señora M., que se prolongó durante dos años, y que sólo se curó con los consejos de la amiga psicóloga. Con este precedente, el segundo embarazo representó enseguida un factor de gran alarma: fue buscado con el propósito de sentir aquellas emociones que la depresión le había negado a la madre la vez anterior, pero ha sido acompañado de preocupaciones y miedos, a los que se han añadido en los últimos meses nuevas ansias por la salud del padre, sometido a una intervención quirúrgica por un tumor. La sintomatología depresiva se agravó con el progreso del embarazo y se desencadenó definitivamente poco después del parto.

En este caso podemos encontrar estímulos para cualquier punto de vista teórico, según el nivel (individual, en las vertientes biológica, psicodinámica y cognitiva; de pareja; familiar, también

trigeneracional) tomado en consideración. Desde nuestro punto de vista, se revelan algunos factores predisponentes (herencia de los trastornos de la madre, embarazo y factores hormonales relacionados, carencias del modelo materno, elaboración del luto por la enfermedad del padre...).

Se reconoce no obstante también la demanda del deprimido de verse reconocido en un rol de enfermo y de ser ayudado por los familiares, por las organizaciones sanitarias, por todos. Como vínculo social en este caso, además del aplazamiento de la vuelta al trabajo en la empresa familiar, puede haber actuado también cierto prejuicio frente a la farmacoterapia y una exaltación de los aspectos «naturales» de la maternidad difundidos en ambientes sociales cercanos a esta pareja y acentuado por la escasa eficacia farmacológica en la enfermedad de la madre. No se puede considerar un vínculo, sin embargo, la regla del juego interna en el sistema plurifamiliar para el que cualquier separación es una pérdida; se trata de un elemento típico de la historia familiar, confirmado por algunas noticias (trabajo de todos en el concesionario, «promoción» y «adopción» del marido por parte de la familia de M., proximidad de la residencia y frecuencia de contactos...); de esta regla se encuentran pocos reflejos en la historia individual de M. (dificultad de finalizar el amamantamiento, depresión recurrente después de los partos...).

En cuanto al aspecto de las estrategias de relación interpersonal, es evidente y extraordinariamente explícito el juego de la delegación referido al terapeuta; bastante más frecuente es encontrar al deprimido que justifica *a posteriori* el fracaso de la terapia, por ejemplo con la imposibilidad de tomar fármacos a causa de efectos colaterales reales o presuntos. Recordamos naturalmente que no se trata de una estrategia malévola frente a la persona específica del terapeuta, tratándose en realidad de la extensión a nivel social del juego en acto dentro de la pareja.

Frente al requerimiento paradójico, o, si queremos, a la delegación para el fracaso representada por la petición de curar a la señora M. de la depresión sin darle fármacos y sin hacer una psicoterapia, la respuesta del psiquiatra

fue de comprensión para con el sufrimiento, pero de rechazo de intervenir. Se le dijo que la preocupación por los otros que impedía a la señora curarse (para no suspender el amamantamiento) y que le daba también una especie de altruista satisfacción demostraba en realidad que ella no quería reconocer un estado de enfermedad. Sobre las causas de ésta, el médico no se pronunció; explicó sin embargo que la depresión tiene también aspectos bioquímicos y características de enfermedad orgánica. Una metáfora útil es que, si uno tiene una pierna enyesada y es muy capaz, puede ir dando brincos aquí y allá por la casa haciendo cosas útiles, pero no pretender, hasta que se cure, correr como antes; de la misma manera M. debería haber reconocido sobre todo sus condiciones de parcial y temporal invalidez, aceptar las terapias y pensar en sí misma sin esforzarse demasiado, de acuerdo con el interés general más clarividente. Si el marido no la había convencido de esto, el psiquiatra dudaba en conseguirlo él mismo; en tal caso, no obstante, era inútil volver a verse.

Algunos días después la señora M. telefoneaba, aceptando una terapia farmacológica (que en aquel punto se pudo limitar a ansiolíticos a dosis bajas), suspendiendo el amamantamiento y quedándose en casa en lo referente al trabajo. En poco tiempo, el episodio depresivo pudo ser considerado como encaminado a la resolución; fue posible entonces proponerle dos posibles caminos. El primero era el de permanecer en una posición de espera: dadas las condiciones del padre y de la madre y la precedente verificación de episodios depresivos, era previsible que pudiera haber recaídas, que se habrían podido afrontar paso por paso como en el episodio en cuestión. El segundo camino tenía por el contrario un valor preventivo, pero era más difícil y fatigoso: se trataba de una terapia con otro terapeuta, en otra sede, con el objeto de comprender los motivos de los episodios depresivos recurrentes, pero también el de organizar una red de apoyo familiar más sólida a través de la inclusión en los encuentros del marido y eventualmente de los padres.

Caso 2

Una señora de media edad es enviada

por el médico de cabecera al psiquiatra por una depresión con aspectos confusionales. Ya en tratamiento de psicofármacos con otro profesional, la paciente ha tenido una grave recaída por el intento de reducir los fármacos.

Durante el coloquio aparece muy deprimida, lenta en sus respuestas, amímica; denuncia una general inhibición de las actividades mentales y físicas, en particular la dificultad de levantarse de la cama por la mañana, rechazo de la comida, desinterés por los familiares; llora frecuentemente. Tanto la paciente como los familiares reclaman una nueva intervención farmacológica; sin embargo, aparecen en la entrevista diversos modos de entender la enfermedad, que parecen asociados a alianzas internas del sistema familiar y a juegos interactivos propios de ellos mismos. La señora y las dos hijas, de hecho, aún reconociendo el efecto positivo de los fármacos, parecen orientadas hacia una etiología «psicológica» de la enfermedad, considerándola asociada a una serie de dificultades existenciales, en particular a una relación conyugal difícil; el marido y un hijo, por el contrario, decididamente convencidos de una etiología orgánica, definen cualquier hipótesis diferente como una justificación necesaria para la paciente que le dé un sentido aparente al trastorno.

Parece claro que la estrategia de los jugadores, que coloca al sistema familiar en una situación del tipo «juego de impasse», (32) comporta para cualquier terapeuta el riesgo de convertirse en parte integrante del juego, perpetuándolo, en el momento en que debiera ponerse del lado de una de las partes.

También en este caso, la historia personal y familiar nos revela elementos ligados a factores predisponentes, a vínculos sociales, a estrategias de los jugadores individuales. La señora, hija de una madre soltera, había crecido con ella y con las tías maternas. Casada muy joven con un hombre descrito como fuerte y autoritario, se encontró a su pesar debiendo aceptar la convivencia con sus suegros, personas que ella recuerda deprimidas y frustrantes. Del matrimonio nacieron tres hijos, de los que las dos mujeres mayores están casadas con hijos, y el hijo, estudiante, vive todavía con la familia.

La señora habla de sí misma como de una persona activa, vivaz, ocupada tanto en la familia como en actividades sociales. El inicio de la depresión es referido al período inmediatamente posterior a la muerte de una tía materna (los otros miembros de las familias de origen han muerto hace tiempo), a la que estaba muy unida y para la cual se había prodigado particularmente en el período precedente a su muerte. Después de esa muerte, la paciente desarrolla una neurosis cardíaca y entra en la menopausia; siguen toda una serie de trastornos físicos y la aparición de síntomas depresivos con notas confusionales.

Los familiares responden a las dificultades de la señora activándose: el marido disminuye los compromisos de trabajo para asistirle, los hijos están más presentes y colaboradores. Aparece como evidente la estructuración de una *care eliciting behaviour* (15) que alcanza a desencadenar comportamientos consoladores y tranquilizadores por parte de los familiares, en particular del marido, que se alternan con actitudes de «benévola severidad». Se constituye un ciclo interactivo rígido, en el que esas actitudes no resuelven los síntomas depresivos, sino que los refuerzan; se actúa la delegación para el fracaso. Este juego interactivo es propuesto de nuevo al psiquiatra, con la petición de una activación solícita y benévola, legitimadora del estado de enfermedad.

La intervención se limitó inicialmente a una aceptación temporal de la delegación e implícitamente del juego interactivo, con la prescripción de un tratamiento farmacológico que permitió una resolución rápida de los síntomas más inhabilitadores y la instauración de una relación de confianza con el psiquiatra.

Fue sólo en este punto cuando se consideró útil presentar la vía de una terapia no farmacológica, con el objetivo de resolver los síntomas residuales (tristeza de fondo, mirada constantemente dirigida al pasado con un fuerte sentido de añoranza, discreta labilidad emotiva), de prevenir las recaídas, de hacer más eficaz la ayuda de los familiares y dar, de ser posible, un sentido a aquello que había sucedido. Pese a las dudas y perplejidad de algunos, convencidos de la naturaleza estrechamente orgánica de la depresión,

tanto la paciente como los familiares aceptaron dirigirse a un centro de terapia relacional para una terapia con otros especialistas. En la nueva sede, la intervención se articuló en dos fases: la primera comportó la involucración de toda la familia, y la segunda la de la pareja de cónyuges.

Con todo el sistema familiar se trabajó sobre el significado de las crisis, involucrando a todos los miembros en un esfuerzo de traducción del lenguaje depresivo dirigido a explicitar las relaciones entre vivencias y comportamientos «sintomáticos» y el contexto interpersonal. Los hijos participaron activamente, lo que permitió definir un subsistema de hermanos, liberándolo de los condicionamientos de un juego que los obligaba a ponerse de lado de la madre o del padre, y pasar a la segunda parte de la terapia, orientada a la relación conyugal.

La relación simétrica era muy conflictiva, con una mujer reivindicativa y frustrante frente a un marido autoritario y veleidoso, y se había ido estructurando a través de la depresión en una «jerarquía conyugal incongruente», (23) en la que ambos cónyuges acababan siendo al mismo tiempo fuertes y débiles, vencedores y vencidos, mutuamente, uno frente al otro. A través de técnicas como la escultura, la activación directa de dinámicas relacionales, las prescripciones comportamentales se facilitó la emergencia de la conflictividad escondida y su elaboración a través de un re-examen de la historia de la pareja que incluyera también a la familia de origen.

La terapia concluyó con una remisión del síntoma, una mayor conciencia, por parte de todos los familiares, del rol jugado por cada uno y una relación de pareja que ya no estaba obligada a mantener un interminable pulso. El seguimiento a distancia de dos y cuatro años confirmó el resultado positivo del proceso terapéutico.

LA TERAPIA DE LA DEPRESIÓN

De acuerdo con nuestras premisas teóricas, ¿cuáles son las indicaciones prácticas para la intervención en general, rastreables en los casos descritos?

Como primer paso, es a menudo necesaria la aceptación real de las reglas relativas al rol de enfermo físico o

psíquico por parte del deprimido, eliminando una ambigüedad que deja espacios de no definición demasiado amplios a individuos y sistemas familiares. Eso se puede obtener a través de la oferta de una desresponsabilización contratada, atribuyendo la causa del episodio a motivos biológicos, al efecto de fármacos o dietas, a factores de vida, a la suerte, a cualquier motivo que excluya una responsabilidad del deprimido o de otros. Instrumentos de desresponsabilización son también la petición de análisis de laboratorio, la prescripción de fármacos y, en caso extremo, el ingreso hospitalario. El objetivo de esta primera fase es interrumpir el juego de atribución de la delegación y favorecer una rediscusión de ésta, sancionando con la propia autoridad social un forzado estado temporal de invalidez del deprimido, justificado por factores totalmente independientes de él, de otros y de sus relaciones. Es difícil para el deprimido rechazar un rol socialmente reconocido de enfermo, caracterizado, aunque sea en diversos grados, por la pasividad, sin cesar de comportarse como deprimido... de lo que se desprenden muchas curaciones rápidas, atribuidas en general también a factores externos (bendiciones, buenos consejos, medicinas inadecuadas en realidad...).

La intervención se puede concluir en este punto, con la resolución del episodio sólo con la ayuda de fármacos, pero a menudo es oportuno continuar con una propuesta de intervención individual o familiar. Esta segunda fase es indispensable frente a una recuperación incompleta o con la verificación de episodios depresivos recurrentes; raramente, sin embargo, es requerida espontáneamente. En consecuencia, será propuesta por el terapeuta, que debe considerarla como un objetivo terapéutico, valorando bien el momento y el modo de la propuesta. En las primeras fases de una recaída depresiva, por ejemplo, el deprimido está en general poco disponible a las novedades y temeroso de cualquier cambio, mientras que la repropuesta del juego de la delegación parece agotar las posibilidades relacionales. Por otra parte, tras un episodio resuelto, con la salud individual más o menos recobrada y con los equilibrios de pareja y familiares reestablecidos, tendrá lugar una fuerte

tentación general de olvidarlo todo y no afrontar arriesgadas zozobras. El mejor momento para encaminar al deprimido a un trabajo terapéutico, con su familia o sin ella, parece por tanto el intermedio, cuando se da todavía bastante sufrimiento en todos como para desear un cambio de las modalidades interactivas.

Otro problema es dónde proseguir esa segunda fase del tratamiento: el ambulatorio psiquiátrico es muy adecuado, con sus connotaciones médicas, por la parte de desresponsabilización y la resolución del episodio, pero la derivación a otro lugar para la segunda fase, psicoterapéutica, permite connotar mejor la diferencia entre los dos momentos de la intervención, el dirigido al episodio y el dirigido a las causas del riesgo de depresión. Todavía mejor si es un segundo terapeuta el que se ocupa de la terapia, manteniendo un estrecho, aunque poco aparente, entendimiento con el derivante.

El objetivo de la intervención terapéutica no es, como en la fase de trabajo sobre el episodio depresivo, reducir rápidamente el sufrimiento, ofrecer un rápido y general alivio, desresponsabilizar al deprimido para reactivarlo después. Incluso puede verificarse lo contrario inicialmente: para prevenir las recaídas o resolver los frecuentes residuos depresivos es necesario afrontar vivencias individuales y juegos relacionales que tienen una larga historia y profundas motivaciones, a menudo también multigeneracionales. (8) Esto no implica automáticamente una larga terapia, pero puede comportar momentos de intensa emotividad, empeoramientos sintomáticos temporales, dificultad para involucrar a otros familiares, directa o indirectamente, en el proceso terapéutico.

Las técnicas terapéuticas disponibles en terapia relacional son por otra parte las habituales: estratégicas (prescripciones, paradojas, rituales), estructurales (reconstitución de los límites intergeneracionales, delimitación de los subsistemas familiares, destriangulación), experienciales (dirigidas a favorecer experiencias emotivas a través de la involucración controlada del terapeuta; importantes porque los deprimidos y sus familiares son a menudo rígidos e inhibidos comportamental y afectivamente por un

lado, hambrientos de novedad y de emociones por otro). Las relaciones de estas técnicas relacionales con otras de diferente orientación teórica, con particular atención a modelos intrapsíquicos y cognitivos, representan un tema ineludible para un terapeuta de cualquier orientación, pero no se pueden afrontar en este trabajo, que sólo tiene un propósito de «marco» para la lectura de los disturbios depresivos. Podemos, sin embargo, decir a título personal que consideramos útil sobre todo redefinir las relaciones interpersonales a través de la reconstrucción colectiva de una historia de la relación, no necesariamente cierta, pero creíble: al síntoma, recurrente o persistente, se le atribuye un significado individual o relacional tal como para reconectarlo, con una operación inversa a aquella de la primera fase de desresponsabilización, a la historia común de los individuos involucrados. Se puede ver esta intervención como dirigida a favorecer una modificación intrapsíquica y cognitiva no sólo del paciente, sino también en lo posible de aquellos otros cercanos a él, que vemos, constantemente hiperactivos, contribuir y colaborar en el mantenimiento del juego depresivo. Cuanto más reconstruya el paciente esa nueva historia —todavía mejor si es junto a los familiares, con la ayuda de los indicios sembrados por el terapeuta—, más la sentirán como propia pareja o la familia, y mayor será el efecto terapéutico sobre el síntoma y sobre la relación.

El interés que comprobamos en las personas (no sólo en los pacientes) por la reconstrucción de esa historia, la satisfacción expresada en el “redescubrimiento” del pasado son para nosotros una confirmación de la intrínseca capacidad de cada uno de distinguir episodios depresivos, y de intuir el papel jugado por la casualidad, por los vínculos sociales y por las estrategias personales.

Referencias bibliográficas

1. Agnetti, G., Barbato, A., «Ruolo del malato, definizione dello stato di malattia e modelli di comunicazione nelle istituzioni ospedaliere», *Unita Sanitaria*, 10, 1980.
2. Akiskal, H. S., «Distymic Disorder: Psychopathology of Proposed Chronic Depressive Subtypes», *Am. J. Psychiat.*, 140, 1983.
3. Asen, K. E., Jones, E., «Couple Therapy for Depression. An Interactional Approach. Versión 6», texto mecanografiado, mayo de 1992.
4. Beck, A. T., *Depression: Causes and Treatment*, Univ. of Pennsylvania Press, Filadelfia,

1972.

5. Beck, A. T., Epstein, N., Harrison, R., «Cognizioni, atteggiamenti e caratteristiche di personalità nella depressione», *Psicobietivo*, X, 2, 1990.
6. Bowlby, J., *Costruzione e rottura de legami affettivi*, Cortina, Milán, 1982.
7. Brown, G. W., Harris T., *Social Origins of Depression*, Tavistock Press, Londres, 1978.
8. Canevaro, A., «Alie radici della coppia: verso lo sviluppo di un contesto terapeutico trigerazionale», *Ecología della mente*, III, 6, 1988.
9. Coyne, J. C., «Strategic Therapy with Depressed Married Personal Agenda, Themes and Intervention», *Journ. F /Manit. And fam. Therapy*, 10, 1984.
10. Faravelli, C., Pallanti, S., Giardinelli, L., «Epidemiología della depressione», en Placidi, G. F., Dell' Osso L., Faravelli, C. (edición a cargo de), *La malattia depressiva*, Idelson, Nápoles, 1989.
11. Freud, S., *Lutto e malinconia en Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Turín, 1976.
12. Gotlib, I. H., Robinson, A. L., «Responses to Depressed Individuals: Discrepancies between Self-Report and Observer-Related Behaviour», *Journ. Of Abnormal Psychology*, 91, 1982.
13. Guidano, V. F., *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Turín, 1988.
14. Hautzinger, M., Linder, M., Hoffman, N., «Distressed Couples with and without a Depressed Partner: an Analysis of their Verbal Interaction», *Journ. Behav. Ther. Exper. Psychiat.*, XIII, 4, 1982.
15. Henderson, S., «Care Eliciting Behaviour m Man», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 159, 1974.
16. Hinchcliff, M. K., Hooper, D., Roberts, F. J., *The Melancholy Marriage*, Wiley, Nueva York, 1978.

17. Hooley, J. M., Orley, J., Teasdale, J. D., «Levís of Expressed Emotions and Relapse in Depressed Patients», *Brit. Journ. Psychiat.*, 148, 1986.
18. Karasu, T. B., «Towards a Clinical Model of Psychotherapy of Depression, I: Systematic Comparison of Three Psychotherapies», *Am. J. Psychiat.*, 147, 1990.
19. Linares, J. L., Campo, C., Castillo, F., «El juego interaccional en la pareja a transacci3n depresiva», *Cuadernos de Terapia Familiar*, XI, 5, 1988.
20. Linares, J. L., «Schismogenesi e interazione depressiva», *Psicobiattivo*, X, 2, 1990.
21. Loredo, C., Vella, G., «La depressione nel sistema familiare», *Attraverso lo Specchio*, XVIII, 5, 1987.
22. Loredo, C., Vella, G., «La depressione in un'ottica sistemica», en Mala-goli Togliatti, M., Telfener, U. (edici3n a cargo de), *Dall'individuo al sistema*. Bollad Boringhieri, Turín, 1991.
23. Madanes, C., *Per una terapia familiare strategica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.
24. Manfrida, G. M., «Depressione e terapie relazionali: un terreno poco esplorato», en Placidi, G. F., DelTosso, L., Canova, L. M. (edici3n a cargo de), *i confini de disturbi delVumore* Servizio Editoriale Universitario, Pisa, 1992.
25. Manfrida, G. M., Fraticelli, C. (edici3n a cargo de), «Stress, depressione e adattamento nel ciclo vitale deF individuo e della famiglia» (actas del congresso), *Rass. StudiPsichiat.*, LXXX, 3, 1991.
26. Markowitz, L., «Better Therapy through Chemistry?», *Family Therapy Networker*, XV, J, 1991.
27. Onofri, A., Tombolini, L., «La prospettiva cognitivo-evolutiva nella com-prensione dei disturbi depressivi», *Psicobiattivo*, X, 2, 1990.
28. Parsons, T., *Social Structure and Personality*, Free Press of Glencoe, Nueva York, 1964.
29. Parsons, T., *Le strutture delVazione sociale*, Il Mulino, Bolonia, 1970.
30. Rousanville, B. J., Weissman, M. M., Profoff, B. A., «The course of Marital Disputes in Depressed Women: a 48 Months Follow-up Study», *Compr. Psychiat.* 21, 1980.
31. Seligman, M., «Depression and the Maximal Self», *Family Therapy Net-ic;or^r*, XV, 3, 1991.
32. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M., *I giochi psi-cotici nella famiglia*. Cortina, Milán, 1988 (trad. cast.: *Los juegos psic3ticos en la familia*, Barcelona, Paid3s, 1990).
33. Styron, W., «Darkness Visible», *Family Therapy Networker*, XV, 3, 1991.
34. Tellenbach, H., *Melancolia*, U Pensiero Scientifico, Roma, 1975.
35. Vella, G., Loredo, C., «La prospettiva relazionale della depressione», *Psicobiattivo*, X, 2, 1990.