

LA DIMENSIÓN RELACIONAL DE LAS DEPRESIONES

Juan Luis Linares

Profesor Titular de Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona
Director de la Escuela de Terapia Familiar (Sant Pau)

From a systemic perspective depression can be seen in the whole of psychopathology as a specific phenomenon, but interrelated with the different styles of conjugality and parentality which determines the different states of psychic and relational un/balance

INTRODUCCIÓN

Por alguna razón misteriosa la depresión no ha ocupado en la atención de los autores sistémicos el lugar que por su incidencia merece. Quizás porque, en una distribución emblemática de los trastornos más importantes, el pensamiento sistémico ha mantenido en la esquizofrenia, y posteriormente en la anorexia y las drogodependencias, su foco preferente (al igual que el psicoanálisis y el conductismo en cierto tipo de neurosis), dejando a las depresiones en el centro del punto de mira de la psiquiatría biológica.

Y, sin embargo, más allá del indudable éxito de los fármacos antidepresivos, las implicaciones interaccionales de estos trastornos son tan evidentes que sus portadores constituyen uno de los mayores contingentes de usuarios en cualquier centro de Terapia Familiar. Si a ello se añade que bajo la etiqueta común de depresión se alinean conductas y situaciones muy diversas, se hace más patente la necesidad de un esfuerzo de reflexión y de investigación que, desde el campo relacional-sistémico, arroje nueva luz sobre tan importante sector del sufrimiento humano.

Un primer intento clarificador debe dirigirse a la distinción entre las distintas formas de depresión, evitando la fobia a las clasificaciones que, como comprensible reacción frente a los excesos nosográficos, ha venido impregnando el pensamiento sistémico. A este respecto, Cancrini (1987) propone cuatro entidades depresivas (traumática, neurótica, endoreactiva y psicótica) que compatibilizan diversas perspectivas: la evolutiva, la psicoanalítica y la nosológica psiquiátrica.

Bowen (1978) habla de un mecanismo depresógeno que relaciona con el mantenimiento de la posición "adaptativa" o "subfuncional", opuesta a la "dominante" o "sobrefuncional", en un análisis que tiene mucho en común con la descripción de la complementariedad cismogenética de Bateson (1936).

Coyne (1984), Glick (1981) y Prata (1983), entre otros autores, realizan importantes aportaciones a una visión relacional de la depresión, aunque no se plantean el problema de sistematizar, ni siquiera de abordar, la multiplicidad de cuadros que denomina en común dicho término: desde la más intensa alienación psicótica hasta simples reacciones a momentos vitales críticos.

De entre un grupo de trabajos, honestos y rigurosamente cuantificados pero anonadados por las implicaciones médico-biológicas que gravitan sobre la depresión (Clarkin, et al. 1988), destacan algunos pocos que abordan sin complejos sus entresijos relacionales. Merecen citarse al respecto las ideas de Stierlin (1986) sobre el trastorno bipolar.

Lo que sigue constituye el desarrollo de unas premisas realizadas hace algunos años (Linares, 1988, 1990), referentes a la familia de procreación de los depresivos, que ahora se amplían con una reflexión sobre la familia de origen.

FAMILIA DE ORIGEN

Hablar de la familia de origen del depresivo nos remite a una reflexión sobre la familia de origen en general y su relación con diversas situaciones de malestar y sufrimiento en el niño.

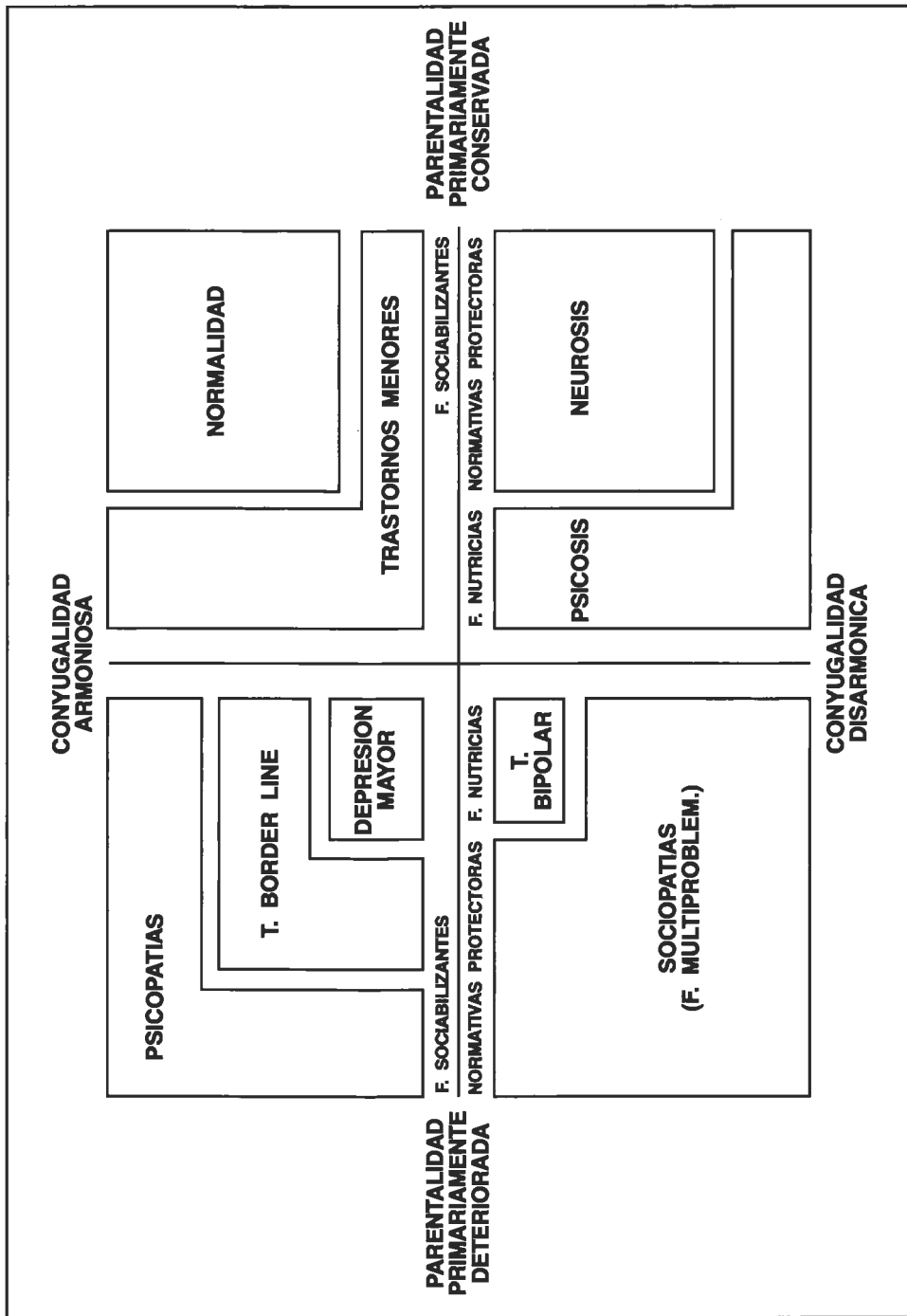
Situaciones que pueden evolucionar hacia síntomas o patologías precisas, ya sea en el propio niño, ya en el futuro adulto.

La sistematización que voy a proponer parte de aspectos relacionales característicos de la pareja paterna, aunque es evidente que la ecuación salud/enfermedad de los hijos de tales parejas dependerá de su inserción en un ecosistema mucho más amplio y complejo y, por tanto, de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

Las parejas paternas pueden agruparse según su posición con respecto a dos dimensiones que resumen sus funciones básicas: la conyugalidad y la parentalidad (ver gráfico).

La conyugalidad recoge las relaciones centradas en la misma pareja, en el apoyo y la satisfacción mutuos de sus miembros, en concordancia con su situación institucional. A este respecto, una pareja separada puede preservar su conyugalidad en armonía si consigue disolver sus vínculos de dependencia de manera satisfactoria para ambos.

La parentalidad refleja la capacidad de la pareja de nutrir y educar a sus hijos, garantizándoles un adecuado aporte emocional y una buena socialización. Se distinguen, según ello, dos niveles: el que corresponde a las funciones sociabilizantes superficiales y vulnerables, pero también de menor trascendencia para la integridad



psicológica de los hijos, y el de las funciones nutricias, ancladas más profundamente a núcleos instintivos y, por ello, más resistentes, aunque de efectos más dañinos en su deterioro.

La connotación de primariedad, ya sea en la conservación o en el deterioro de la parentalidad, no alude a supuestas esencias inmutables, inimaginables en una conceptualización interaccional vinculada a los avatares del ciclo vital y del ecosistema, sino a su condición previa de repercusión sobre ella de la conyugalidad.

Porque, en efecto, la conyugalidad disarmónica puede alterar una parentalidad primariamente conservada.

Si tal ocurre, el conflicto entre los padres puede traducirse en trianguladoras propuestas de alianzas a los hijos. Mensajes del tipo: “Yo soy quien de verdad se interesa por tí”, “pónte de mi parte”. Triangulaciones que cabría calificar de manipuladoras por cuanto suponen la implicación de algún hijo en el conflicto de los padres, pero que no afectan básicamente a la identidad de aquél porque le aseguran el sólido interés que éstos sienten por él. El hijo prendido en tales juegos siente presiones arbitrarias sobre lo que debe y no debe hacer, núcleo de sus adquisiciones normativas, y experimenta una ansiedad ligada a las pugnas de sus padres por controlarse mutuamente y definir la pareja. Es una experiencia relacional neurótica, cuya capacidad de generar sistemas neuróticos en el niño o en el futuro adulto vendrá definida por la complejidad evolutiva del ecosistema.

Que los síntomas neuróticos se decanten por la distimia dependerá, probablemente, del peso específico que alcancen las pérdidas en la biografía del sujeto y de la presencia de determinados indicios de los ingredientes de los juegos depresivos, tanto en la familia de origen como en la futura pareja. De todas formas, se impone la evidencia de un sustrato relacional común a los diversos síntomas neuróticos, razón de la mútua compatibilidad de muchos de éstos.

La conyugalidad disarmónica puede propiciar propuestas trianguladoras más arduas a los hijos, hasta el punto de arrastrar a alguno de ellos a verdaderas trampas relacionales (Selvini-Palazzoli, 1988). Se trataría de seducciones engañosas que instrumentalizarían demandas de apoyo estratégico, sin verdadero interés por un hijo reducido a la condición de peón temporero en la interminable lucha de la pareja paterna. Estos triángulos desconfirmadores sitúan el deterioro de la parentalidad en el terreno de las funciones nutricias, amenazando el aporte emocional necesario para la consolidación de la identidad. Es el universo psicótico, en cuyo centro se ubican las esquizofrenias: el insoportable sufrimiento de la desconfirmación, aliviado paradójicamente por una enfermedad que confiere identidad.

Una peligrosa simplificación psico-relacional propende a vincular mecánicamente el sufrimiento psicológico infantil con situaciones de conflicto en la pareja paterna. Y, sin embargo, hay casos en que la ausencia de tales conflictos no hace menos evidente el malestar de los hijos. Se trata de aquéllos en los que coexisten la conyugalidad armoniosa y la parentalidad primariamente deteriorada.

Hay padres que, sin sombra de controversia entre ellos, y bajo el revestimiento de una preocupación por recabar ayuda para su hijo, muestran rechazos globales hacia él, lo critican inflexiblemente y ponen en serias dificultades al terapeuta para encontrarle siquiera una virtud.

Las adopciones fracasadas suministran algunos de los más dramáticos ejemplos: el voluntarismo con que los padres asumen su parentalidad cede ante los embates de la profecía autocumplidora que quiere al niño prostituta o delincuente, como sus verdaderos progenitores. Pero también la parentalidad biológica puede fracasar a nivel psicológico, mientras que la conyugalidad se mantiene plenamente funcional.

A veces, puede ocurrir que la inevitable afectación de las funciones nutricias que estas situaciones conllevan se vea acompañada de una hipertrofia de la normatividad. En tal caso, los niños desarrollarán prematuramente responsabilidades excesivas o se parentalizarán en mayor o menor medida. El sufrimiento carencial que ello comporta puede evolucionar, ecosistema mediante, hacia futuras depresiones mayores. Tampoco es raro encontrar situaciones de este género bajo el "inexplicable" drama de algunos suicidios infantiles. No es, entonces, el fracaso escolar el que mata al niño, sino el insoportable peso de una responsabilidad emocionalmente mal compensada.

Si las funciones sociabilizantes se inhiben, a la vez que se alteran las nutricias, el sufrimiento del niño se expresará, fundamentalmente, en vías comportamentales. Es el campo abonado para futuras psicopatías, que trazan perfiles de inadaptados sociales incapaces de sociabilizarse aun entre sus iguales y que a duras penas ocultan una profunda depresión bajo una conducta desafiante y destructiva. O para los trastornos "borderline", que sufren dicha inhibición en la vertiente protectora de las funciones sociabilizantes.

El deterioro primario de la parentalidad y la disarmonía conyugal delimitan un espacio marcado por el caos y el desarraigo. El sufrimiento infantil a él ligado incluye con frecuencia malos tratos, abandonos y abusos sexuales, representando estos últimos la más expresiva metáfora de una parentalidad deteriorada en la que, además, se proyecta la insatisfacción conyugal.

La sociabilización de estos niños se puede ver seriamente comprometida y, de hecho, no es raro su deslizamiento hacia formas diversas de delincuencia. Sin embargo, hay factores internos y externos a la pareja paterna que atenúan los efectos de una combinación tan problemática. Entre los primeros hay que destacar la paradójica influencia de la disarmonía conyugal sobre la parentalidad deteriorada. A diferencia del bloque monolítico sordamente rechazante que encuentra el niño en unos padres deteriorados como tales pero con buena relación de pareja, aquí los padres conflictualizados como pareja pueden compensarse mutuamente algunas de sus carencias parentales. Además, la espectacularidad de ciertas situaciones de caos y desarraigo hace que sean el campo privilegiado para la intervención de terceros

y, principalmente, de los servicios sociales y otras instancias asistenciales o de control. ello suministra figuras parentales sustitutorias o complementarias que alivian la destructividad de los efectos, aunque también descalifiquen a los verdaderos progenitores, reforzando su irrecuperabilidad.

Aunque este espacio sociopático, que corresponde a grandes rasgos a las familias multiproblemáticas, contempla generalmente un deterioro emblemático de las funciones normativas, puede ocurrir que éstas se hallen razonablemente preservadas. Es probable, en tal caso, que se hallen sometidas a una bipolarización inducida por unos padres conflictualizados y representando signos psicosociales opuestos: uno tendente a la expansividad y el otro a la inhibición. Tal es el marco en el que un niño puede sentirse aceptado sólo si se aviene a mediar entre sus padres y sólo, alternativamente, por aquél cuya extremosidad es legitimada por su alianza unilateral. Stierlin (1986) ha relacionado situaciones de este género con futuras evoluciones bipolares maníaco-depresivas.

El espacio delimitado por la conyugalidad armónica y la parentalidad primariamente preservada es, obviamente, el de la normalidad. No obstante, la incursión esporádica, parcial y provisional, de situaciones correspondientes a los cuadrantes vecinos, puede generar trastornos menores de muy diversa naturaleza pero, por lo general, de buen pronóstico. Es el caso de ciertas desadaptaciones de expresión comportamental, trastornos esfinterianos, dificultades escolares, rasgos neuróticos varios y hasta episodios disociativos y depresivos.

DESARROLLOS DE PAREJA

A diferencia de otros pacientes, como los esquizofrénicos, los depresivos no tienen sólo familia de origen con quien actuar sintomáticamente, sino también familia de procreación. De ahí que la dinámica de pareja del depresivo resulte de particular interés en el desarrollo y mantenimiento de sus síntomas.

En lo que respecta al distímico, la selección de pareja y la correspondiente relación ulterior siguen pautas de tipo simétrico, sin que en ello se diferencie gran cosa del resto de los neuróticos.

Por regla general el apareamiento se produce en términos igualitarios en cuanto a la pugna por definir la naturaleza de la relación. El equilibrio se mantiene con relativa funcionalidad hasta que uno de los miembros experimenta dificultades relacionadas con pérdidas: muertes de seres queridos, incidencias laborales,... Un caso frecuente es el de la mujer que abandona el trabajo al tener un hijo. La pérdida entristece y la tristeza se neurotiza si encuentra el terreno abonado en una infancia marcada por triangulaciones manipulatorias. El síndrome distímico resultante encuentra un lugar privilegiado en la relación de pareja, hasta entonces igualitaria. En lo sucesivo, la simetría inestable que presidirá la relación precisará del concurso del síntoma para no desequilibrarse.

Tales dinámicas de pareja son propicias, a su vez, a facilitar la triangulación

de los hijos, por lo que no resulta raro que éstos reproduzcan, en el futuro, síntomas neuróticos.

También es frecuente que, con el tiempo, permanezca la relación simétrica inestable pero cambiándose los roles de los cónyuges en ella, es decir, desarrollando síntomas el antes sano y dejando de presentarlos el enfermo. Por regla general ello se corresponde con un cambio de circunstancias externas que, bajo forma de nuevas pérdidas, vienen a perjudicar al primero, mientras que favorecen al antes paciente con ganancias compensatorias. No es extraño que una terapia individual suministre a éste último apoyo suficiente para beneficiarse de las circunstancias protagonizando uno de tales cambios.

En el caso de un paciente afecto de una depresión mayor, la pareja se establece de acuerdo con pautas complementarias.

Reservada por el deprimido la posición complementaria inferior, queda para el cónyuge la superior. ¡Y cómo suele ocuparla! Se trata, por lo general, de un cónyuge abnegado, servicial, colaborador,... A veces puede haber hasta entusiasmo en su actitud, otras predomina el sentido práctico o simplemente la resignación, pero casi siempre destaca una actitud de atención responsable. Sorprende que los autores (Dobson et al., 1988) tiendan a destacar la hostilidad en la relación de pareja del depresivo. En nuestra opinión, la hostilidad existe, pero suele estar encubierta por un juego de apariencias.

Personas dispuestas a controlar y definir la pareja sin discusión, suelen ocultar debilidades que fácilmente generan abusos, turbios juegos generacionales bajo fachadas a resguardo de toda sospecha. Cuando el depresivo, presente o futuro, que ha elegido a alguien poderoso y protector impelido por sus propias carencias de origen, se da cuenta de que de nuevo es víctima de las apariencias, convierte sus síntomas en expresión de rencor y venganza. Eso sí, guardando las apariencias para respetar las reglas del juego... del juego de la respetabilidad.

La tristeza que emana de carencias profundas, confirmadas en sucesivos espacios y tiempos relacionales, se convierte en paradójico instrumento de interacción, siempre y cuando consolide la progresiva e inexorable aniquilación. Tal es la esencia de la complementariedad rígida que infiltra a la familia del depresivo.

En auxilio del cónyuge suelen acudir padres y suegros (más frecuentemente madre y suegra) y hasta algún raro hijo que haya producido la pareja. En la especie de Santa Alianza resultante se encuentran, pues, tres generaciones, hermandadas en el benévolo y sufrido ejercicio de su superioridad. No puede sorprender que, entre ellos, estallen conflictos simétricos secundarios, como el muy pintoresco (y nada infrecuente) que opone a un niño, ejerciendo funciones parentales para con su progenitor depresivo, y a su fraternal abuela.

Dadas la infinita variedad de situaciones relacionales vividas y la fluidez de aquéllas que hemos definido como características de la distimia y de la depresión mayor, es evidente la existencia de vías de paso que pueden propiciar la presentación

de cuadros mixtos, con elementos de ambas series. También pueden producirse evoluciones y que, por ejemplo, un cuadro distímico se agrave hasta la depresión mayor si ambos cuentan con adecuados antecedentes históricos y las circunstancias actuales los confirman sucesivamente.

Una pareja a interacción distímica puede deslizarse de la simetría inestable hacia la complementariedad rígida si el equilibrio favorecido por el síntoma deja de ser posible: el cónyuge se crecerá hasta una superioridad más o menos abnegada, y el paciente, si encuentra en su biografía carencias suficientes, se hundirá en una desesperanzada y negativa depresión mayor renunciando a la lucha anterior. A veces, los procesos de este género ocurren ante los ojos de terapeutas cuyas intervenciones pueden tener un peso decisivo en la determinación de su evolución.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Los adultos que consultan por depresión suelen estar emparejados, por eso es razonable empezar con un abordaje de pareja. Si no basta, se puede ampliar el foco a la familia de origen.

Probablemente ello dará la medida de la gravedad. Con una distimia la terapia de pareja puede ser suficiente. No es que carezca de importancia la historia pasada, ni que no haya en ella carencias, pero la nutrición emocional básica se ha producido. Las carencias son más superficiales y pueden ser compensadas a través de la pareja.

Con una depresión mayor, en cambio, las carencias son profundas y afectan a la nutrición emocional. Por ello, la pareja puede ser insuficiente para acceder a ellas. La familia de origen jugará un papel importante en la terapia, ya sea desde el principio, ya a partir de un momento dado. La oportunidad puede darse después de un trabajo con la pareja que haya reconocido su espacio y colaborado a ampliarlo y consolidarlo. Empezar directamente con la familia de origen puede parecer más coherente desde el punto de vista histórico- biográfico, pero puede chocar con la realidad de que el depresivo está, muy probablemente, emparejado, y como tal acude a la terapia.. Enfocar prematuramente la familia de origen puede desestabilizar aún más una pareja de bases ya bastante precarias.

Finalmente puede ocurrir que, tras etapas terapéuticas centradas en la pareja y en la familia de origen, sea necesaria una etapa final centrada en el individuo (el paciente, claro está) y con eventual recurso a psicofármacos. Manfrida (et al. in press) propone que esta etapa individual/farmacológica se sitúe al principio del tratamiento, aunque en muchos casos ello no aportaría diferencias sensibles con los tratamientos similares practicados con anterioridad, y fracasados.

No es raro que el paciente depresivo, particularmente celoso de su imagen de “buena persona”, que por otra parte le persigue y culpabiliza, se resista a aceptar las consecuencias, que deberían ser la curación, de un trabajo psicoterapéutico que pone de manifiesto la turbia relación con sus “seres queridos”. Por ello se aferra a los últimos síntomas, en un intento desesperado por “salvar la cara”.

La etapa de terapia individual puede significar, desde esta perspectiva, el puente de plata por el que huyan los enemigos-síntomas, dado su significado de concesión epistemológica a la linealidad y hasta al modelo médico-biológico. El paciente puede permitirse un cambio final en el que incluso tendrán efectos positivos fármacos que habían sido ensayados sin resultados anteriormente, puesto que, a pesar de todo, se le ha reconocido su inocente condición de enfermo.

Desde una perspectiva sistémica la depresión puede contemplarse en el conjunto de la psicopatología como un fenómeno específico, pero interrelacionado con los diversos estilos de conyugalidad y parentalidad que determinan diferentes estados de equilibrio o desequilibrio psíquico y relacional.

Referencias Bibliográficas

- BATESON, Gregory (1936). "Naven: a survey of the problems suggested by a composite picture of the culture of a New Guinea tribe drawn from three points of view". Cambridge University Press, Cambridge.
- BOWEN, Murray (1978). "Family Therapy in Clinical Practice". Jason Aronson, New York.
- CANCRINI, Luigi (1987). "La Psicoterapia: grammatica e sintassi". N.I.S., Roma.
- CLARKIN, John et al. (1988). "Affective disorders and the family assessment and treatment". The Guilford Press, New York.
- COYNE, James (1984). "Strategic therapy with depressed married persons: initial agenda, themes and interventions". Journal of Marital and Family Therapy, vol 10, nº 1 (pp. 53-62).
- DOBSON, Keith S. et al. (1988). "Integration of Cognitive Therapy and Behavioral Marital Therapy". (en: "Affective Disorders and the Family", John F., CLARKIN et al. Eds.). The Guilford Press, New York.
- GLICK, Ira y CLARKIN, John (1981). "Family Therapy when an affective disorder is diagnosed". (en: "Questions and answers in the practice of Family Therapy", I. Alan GURMAN ed.). Brunner/Mazel, New York.
- LINARES, Juan L., CAMPO, Carmen y CASTILLO, Félix (1988). "El juego interaccional en la pareja a transacción depresiva". Cuadernos de Terapia Familiar, nº 11 (pp. 5-9).
- LINARES, Juan L. (1990). "Schismogenesi e interazione depressiva". Psicobiettivo, vol.10, nº 2 (pp. 67-74).
- MANFRIDA, Gianmarco y MELOSI, Alessandra. (en prensa). "En los orígenes de la depresión: la perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediaciones sociales". Terapia Familiar.
- PRATA, Giuliana (1983). "Seminaire: un cas de depression conjugale avec idées de suicide de la femme". Therapie Familiale, vol. 4, nº 1 (pp 23-56).
- SELVINI-PALAZZOLI, Mara et al. (1988). "Il giochi psicotici nella familia". Raffaello Cortina, Milano.
- STIERLIN, Helm. et al. (1986). "Some features of families with major affective disorders". Family Process, vol. 25, nº 3 (pp. 325-336).



ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

(ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

Socios:

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

Objetivos:

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

Información e inscripciones:

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

Dirigir toda la correspondencia a:

ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA
Tel.: (93) 321.75.32