

LA COMBINACIÓN DE LA TERAPIA CONYUGAL CON LA INDIVIDUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION *

Tess Forrest

MI TESIS y sus implicaciones terapéuticas están simbolizadas vívidamente en el siguiente sueño, narrado en una sesión conyugal por el Sr. K., esposo de una paciente gravemente deprimida:

Unos antropólogos desenterraron un sarcófago, en cuyo interior encontraron las momias de un rey y una reina de Egipto. Él era hermoso y tenía el pelo dorado; ella era menos bella. Ambos tenían la garganta cortada. El sarcófago tenía un dispositivo mecánico que hacía que una de las momias se levantara y la otra bajara alternativamente, de manera que la reina quedaba acostada cuando el rey se sentaba y viceversa.

El sueño ilustra la tesis de este artículo, en el sentido de que la depresión manifiesta del paciente identificado, evidencia una morbosidad subyacente que es compartida, recíproca y alternante entre los dos cónyuges. Según este punto de vista, la intervención terapéutica es más eficaz si se combinan la terapia conyugal y la individual.

El factor etiológico medular de la dinámica individual del depresivo, según la teoría clásica,^{1, 3, 5} es el odio a sí mismo, debido a la ambivalencia hacia un objeto amoroso introyectado. Desde una posición culturalista, Bonime⁴ describe la depresión como una práctica, caracterizada por la hostilidad, el afán de manipulación, la aversión a la influencia, la renuencia a proporcionar gratificación y la angustia por abandonar las operaciones patológicas. Un enfoque clínico^{6, 8} considera al síntoma como una forma de comunicación.

Este trabajo demuestra cómo opera el sistema de interacción del depresivo y su cónyuge, para perpetuar su sentido patológico de privación y pesadumbre. Además postula que la terapia conyugal puede ser muy útil para adentrarse en la sintomatología de la depresión, en aquellos casos en que la terapia individual encuentra fuerte resistencia.

Aplicaré el material onírico de un paciente para ilustrar la dinámica marital característica que he observado a lo largo de seis años de experiencia clínica en cinco casos de depresión grave. En el tratamiento se combinaron semanalmente dos sesiones de psicoterapia individual con el paciente en cuestión, y una sesión conyugal.

La señora K. asistió a su sesión inicial acompañada por el señor K., debido a que la depresión la había incapacitado. Lloraba copiosamente, se menospreciaba con exageración y amenazaba con suicidarse. El señor K. mani-

festó magnánimamente que estaba dispuesto a colaborar en todo lo posible para hacer feliz a su esposa. Mientras examinaba discretamente los volúmenes que contenía el librero de mi consultorio, con aire de honradez relató sus vanos esfuerzos por aliviar los frecuentes y anuladores accesos de depresión de ella a lo largo de sus 20 años de matrimonio.

El pronóstico parecía desalentador. El mal de la señora K. no había cedido con un tratamiento hospitalario de electrochoques, ni con tres diferentes de análisis individuales de varios años de duración, ni con terapia de grupo. La única intervención terapéutica nueva, a mi juicio, era en la patología de sus relaciones sugerida por el aparente buen humor del señor K., ante la profunda pesadumbre de su esposa. A pesar de la afirmación de ambos en el sentido de que la inmovible serenidad del señor K. era prueba de su normalidad y de que su matrimonio era feliz, les recomendé un tratamiento combinado de sesiones conyugales e individuales.

Durante el año y medio siguiente salió a la luz una historia conyugal de mutua intimidación, frustración, evasión e invasión extremadamente sutiles. Empero, ninguno de los dos expresaba la frustración, la humillación y la rabia que sentía. En el curso del tratamiento, ambos empezaron a revelarse uno al otro y a comunicarse. A medida que intercambiaron más directamente sus sentimientos de privación e ira, desaparecía la depresión de la señora K., y surgían síntomas del mismo mal en el señor K. En este punto, el señor K. relató el sueño arriba descrito y la señora K. narró a su vez uno en el que ella aparecía, igual que Freud en el cine, presentando el caso de su esposo a un grupo de estudiantes sentados en un graderío.

Uno de los factores más sorprendentes de la patología depresiva es la inercia emocional de los esposos, su mutuo aislamiento y su colutorio rechazo de la vida. En el sueño, la pareja aparecía momificada; en la vida real, permanecían mudos, evitando decir algo que pudiera hacerlos entrar en contacto emocional o separarlos. El tajo en sus gargantas constituye una brecha entre la cabeza y el cuerpo, que separa su estado afectivo, de la consciencia; esto determina que su interacción sea mecánica y silenciosa. Se ejerce y se soporta la violencia con mutismo. En sus operaciones mutuamente asesinas, la inercia emocional sirve de arma al agresor y de defensa a la víctima. Por ejemplo, aunque por lo general el señor K. llegaba a su casa agotado por el trabajo y se dormía inmediatamente, permanecía semi-despierto haciendo compañía a su esposa, cuando las jaquecas la hacían preferir amenazas de suicidio; sin embargo, no se hacía mención de la indiferencia de él ni del chantaje de ella. Ninguno de los dos hacía referencia tampoco al hecho de que la madre del señor K. se había suicidado.

La momificación representa, asimismo, que alternativamente adopten los papeles de padre e hijo, de "momia", y fomenten las expresiones de debilidad del cónyuge y consientan su comportamiento infantil. Esta primitiva operación de contención revela que ninguna de los dos establece límites adecuados a una conducta responsable, para sí o para el esposo. Los cónyuges, siguiendo un patrón típico, coincidían en abstenerse de toda acti-

* Traducción de J. J. Utrilla.



vidad sexual durante meses, él en atención a las jaquecas de ella y ella a la fatiga de él. Como es de esperarse, esta “preocupación mutua” hace que los dos se sientan faltos de amor.

La posición y el poder que los esposos ambicionan —representados por la realeza de las figuras del sueño— se manifiestan por medio de peticiones de servicios especiales que cada uno de ellos considera merecer. La pasividad y la debilidad encubren exigencias imperiosas de atención que no admiten negativas, pues el yo de ambos se sustenta en la ilusión de omnipotencia. La apelación a la grandiosidad y el narcisismo del cónyuge, sirve también como manivela para manipularlo y explotarlo. Esta transacción circular implica paradojas que en última instancia provocan sentimientos de frustración y humillación en los dos. En el caso de los esposos F., por ejemplo, la señora F., se mostraba orgullosa de ser “infaliblemente cumplida”, por lo que el señor F. podía pedirle en cualquier momento que aliviara su depresión realizando la *fellatio*; sin embargo, él consideraba íntimamente que la incapacidad de ella de llegar al orgasmo durante esta acción, era prueba de su frigidez y de su rechazo, lo cual acrecentaba la depresión. En efecto, puesto que la medicina que le administraba no la excitaba a ella, su servicio de enfermería era un fracaso.

Lo mismo que las reales momias en el sarcófago, la pareja conyugal está aprisionada por sus dobles ataduras. Los dos esposos luchan solapadamente por la atención que cada uno de ellos anhela y se niega a otorgar, pero han establecido un contrato mutuo de aprobación incondicional que proscribía toda expresión de crítica. Los dos sufren lagunas de memoria, accidentes y fracasos, que les permiten pasar por alto las exigencias del otro, en tanto que su acuerdo tácito los obliga a negar las intenciones hostiles de su comportamiento. Puesto que todo lo que implique un defecto en la perfección del cónyuge ocasiona una dolorosa retirada, y que el abandono equivale a un crimen, se evita este castigo a toda costa.

No obstante, las lisonjeras apreciaciones que hacen uno del otro tienen un extraño efecto debilitante, debido a su carácter eufemístico. Así, en el caso de los esposos L., sobrevinía una controversia encubierta cada vez que iban de compras; la señora L. temía que el “entusiasmo” del señor L. los precipitara a una elección errónea, mientras que el señor L. esperaba que el “sentido práctico” de ella podía determinar el aplazamiento, por tiempo indefinido, de una compra. En su fuero interno, cada uno albergaba la convicción de su propia superioridad.

En realidad, los elogios mutuos no engañan a ninguno de los dos; ambos se duelen ante el desprecio del otro, ambos mantienen abierta una herida narcisista y ambos aprovechan toda oportunidad de superar al otro. La competición por ser el más brillante, el más fuerte, el más débil o el más justo es encarnizada; tal como lo revelan los sueños de los K., la derrota de uno de los esposos es la victoria del otro. En el sueño del señor K., el rey era el que parecía justo y bueno, no así la reina, y él estaba erecto sólo cuando

ella estaba tendida. En el sueño de la señora K., la depresión de su esposo le daba la oportunidad de brillar en la escena representando a Freud.

En esta competencia, los dos consideran que está en juego su supervivencia. Su concepto simbiótico de que deben ocupar el mismo espacio, simbolizado en el sueño por el sarcófago único que contiene a la pareja, impulsa a cada uno a exigir del otro las mismas necesidades. Como los dos se sienten incapaces de actuar en forma autónoma, consideran imperativo poner en actividad al otro para que llene sus propias necesidades. Ya que no conciben que haya lugar para dos tipos diferentes de percepciones, reacciones o ideas, ambos temen ser destruidos cuando surgen diferencias; es entonces cuando adoptan tácticas de “corte de garganta”, como un recurso autodefensivo. La batalla de las voluntades es total; el ascendiente de uno de los cónyuges es socavado por la retirada vengativa del otro. Aunque están convencidos de que no pueden vivir juntos, están igualmente seguros de que no pueden vivir separados. Estando juntos, cada uno puede permanecer encapsulado, sin tener que arriesgarse a tomar consciencia de su aislamiento medular.

La relación existente entre la trabazón de los cónyuges y la sintomatología depresiva, al parecer también depende de mecanismos obsesivo-compulsivos que los dos emplean comúnmente para evitar la pérdida del control emocional. El mecanismo de implosión afectiva, señalado por Barnett,² que ambos utilizan, bloquea toda expresión emocional aun por medio de escapes neuróticos, lo cual da lugar a la depresión, que es simultáneamente causa y efecto del sello que los mancomuna.

La mutua negación de auténtica gratificación emocional y la explotación que hacen de las necesidades del otro, confirman la desconfianza que ambos sienten. Debido a que las expresiones “cuidar de” y “amar” equivalen para ellos a “servir” y son utilizadas profusamente para chantajear, pierden su verdadero significado y dejan a los cónyuges faltos de la ternura y la intimidad, cuya carencia los aflige. La vida en común se convierte en una cripta en la que los dos languidecen por la falta del intercambio emocional y social que entrañan las relaciones humanas, y en la que lamentan la pérdida de su sentido de la vida.

El paciente gravemente deprimido, encerrado en un sistema de interacción patológica tan estático y tan insensiblemente autopertuante, resulta por lo general invulnerable al tratamiento individual. Tiene escasa motivación para modificar su estado y siente mucha angustia de que un rompimiento llegara a privarlo de la relación que juzga esencial para sobrevivir. En la psicoterapia individual, el terapeuta es el blanco único de las operaciones frustrantes, altamente eficaces, del paciente depresivo. Spiegel⁸ señala la sensación de inutilidad con que tiene que luchar a menudo el analista en sus reacciones contratransferenciales ante la desesperanza del paciente. Más trágicos aún son los casos^{7,9} en que la diada terapéutica atrapa al terapeuta en las insostenibles alternativas de canibalismo o criminal retirada del paciente.

En la literatura referente a la terapia familiar no se menciona el tratamiento de la depresión grave. Mi experiencia me induce a pensar que esto



es comprensible. Sin la ayuda de la transferencia positiva que el tratamiento individual determina, el patrón simbiótico de las relaciones del depresivo es relativamente impenetrable.

El uso combinado del tratamiento conyugal y el individual constituye, empero, un asalto en dos frentes. Es posible regular la retroalimentación de una modalidad a la otra, de modo que se combinen las ventajas y se reduzcan las resistencias en cada una de ellas. Las sesiones conyugales neutralizan la transferencia incorporativa que el paciente en cuestión suele desarrollar cuando la terapia es solamente individual. Al quedar establecida la transferencia positiva, un cónyuge sujeta al otro dentro del tratamiento cuando ambos pasan por una fase negativa. La pareja es obligada a afrontar y alterar el valor transaccional del síntoma depresivo, cuando el terapeuta se niega a responsabilizarse de aliviarlo.

En las sesiones individuales, en las que el paciente puede hablar impune, suele mostrarse más dispuesto a romper el tabú familiar en los comentarios personales. El terapeuta puede extraer de las sesiones conyugales valiosa información para acrecentar la magra cosecha de las sesiones individuales.

La terapia conyugal ofrece la oportunidad de romper la colusión patológica que tan "armoniosamente" opera. El terapeuta da al comportamiento sintomático su valor dialógico para abrir una vía de comunicación directa entre los cónyuges y reducir la eficacia del comportamiento patológico. Se pueden explicar todos los ambiguos mensajes verbales y no verbales, enfrentando a los pacientes a su mutuo patrón de comunicaciones de doble atadura, descalificadoras y distorsionantes, y a los efectos disfuncionales de estas operaciones. Se pueden descifrar las comunicaciones expresas de la pareja, para poner al descubierto el solapado conflicto de ascendiente entre ellos, que es en realidad encarnizado. Así, las interminables discusiones entre los esposos L., acerca de la conveniencia de comprar a un mercachifle o a una tienda de descuento, quedaron identificadas como maniobras de ambos para establecer la superioridad del estilo impulsivo de él o del inhibido estilo de ella. De esta manera se puede iniciar un diálogo más trascendente, en el que los cónyuges tienen la oportunidad de expresar los temores y las necesidades que verdaderamente los preocupan. Sus patrones de evasión se alteran al ser presionados a hablar, a escuchar y a observar los efectos que producen en el otro.

Se evidencia el aislamiento y la sensación de pérdida que ha venido padeciendo cada cónyuge, con el propósito de desarrollar en él un sentido de la equidad, de fomentar la solidaridad y de reducir su afán competitivo. Queda al descubierto la semejanza subyacente de sus experiencias pasadas carentes de contenido emocional, de sus sistemas de valores y de sus conflictos intrapsíquicos. Por ejemplo, los esposos K. descubrieron que se sentían igualmente faltos de amor maternal. Ninguno de los dos se había percatado del significado que para el otro tenían los siguientes hechos: la madre de la señora K. había muerto cuando ella tenía seis años y la madre del se-

ñor K. había sido absorbida de tal manera por su propia madre, que se suicidó al morir ésta, cuando el señor K. tenía 16 años de edad. Ambos descubrieron también que odiaban la dominación invasora de sus respectivos padres —el de ella sádico y el de él seductor— y que aún estaban bajo su influencia. Las experiencias emocionales pasadas y presentes de humillación, temor, celos y pesar, quedan expuestas y hacen patente a la pareja su condición humana común. Mediante preguntas de sondeo, se encuentran las razones ocultas de la incapacidad del cónyuge para responder a las auténticas expresiones emocionales de su compañero. Se frenan las operaciones humillantes y glorificantes, para reducir su valor de explotación y chantaje.

En las sesiones conjuntas, el terapeuta rompe el aislamiento emocional de los esposos, expresando abiertamente los sentimientos que ambos deben tener. Así, la ira que sentía la señora F., por tener que atender durante las 24 horas del día una estación de servicio sexual, y la furia que provocaban al señor K. las amenazas de suicidio de su esposa, salieron a la luz inmediatamente. La presencia del terapeuta atenúa los temores de abandono y de agresión incontrolada que alientan los dos cónyuges. Se hace evidente la participación de cada uno en sus operaciones sado-masochistas. Por ejemplo, la señora F. reveló que permitía la explotación sexual de que la hacía objeto su esposo, con el fin de apoyar su reputación de "mujer absolutamente cumplida", la cual podía quedar en entredicho si se negaba a complacerlo. El terapeuta regula la expresión abierta de la impotente furia de los esposos, con el objeto de permitirles acrecentar gradualmente su capacidad de tolerar su propia hostilidad y la de su cónyuge. Se hace responsable a cada uno de su frustración propia y común. Se presiona a los dos para que reconozcan la intencionalidad de sus operaciones y para que las modifiquen. Se les ayuda a integrar a la imagen de sí mismos su doble papel de agresor y víctima. Se les instruye y apoya para que declaren francamente sus deseos, para que ofrezcan resistencia a los intentos de chantaje del cónyuge y para que concilien sus propósitos conflictivos.

Las soluciones novedosas implican problemas nuevos; así sucede con el tratamiento individual y conyugal combinado. El terapeuta debe esforzarse por motivar y comprometer en el tratamiento al cónyuge que no buscó su auxilio y que no siente la necesidad de recibir atención profesional. La posición terapéutica del analista se antoja paradójica cuando somete a tratamiento individual al paciente, a pesar de estar convencido, a resultas de la sesión conyugal inicial, de que los dos están igualmente necesitados de ayuda. El terapeuta debe tratar con equidad a los dos esposos, para que ambos conserven la confianza de que su interés por uno y otro es idéntico. Debe también evitar el peligro de convertirse en instrumento de uno de los dos pacientes en su lucha por superar al otro. Cuando los dos cónyuges todavía no han revelado su intimidad, los recursos emocionales del analista sufren una merma considerable.

No obstante, las respuestas obtenidas de los cinco pacientes depresivos graves y sus cónyuges, que he tratado con la terapia combinada, han



sido altamente satisfactorias y alentadoras. Los graves síntomas de depresión y aun las inclinaciones suicidas tuvieron alivio al cabo de un periodo de tres meses a un año, sin que hayan ocurrido recaídas hasta hoy. Las áreas de patología individual y común quedaron diferenciadas y definidas en corto tiempo. Ambos miembros de cada pareja rápidamente desarrollaron un interés analítico en la profunda patología de su estructura caracterológica. La propia pareja lleva adelante el trabajo terapéutico en cuanto a los problemas de sus relaciones, tanto en las sesiones como fuera de ellas. Surge entre los esposos una relación más viable, que estimula su desarrollo individual y mutuo. Los excelentes resultados que he obtenido con esta terapia mixta, me inducen a recomendar su aplicación amplia en el tratamiento de la depresión.*

REFERENCIAS

1. Abraham, K.: "A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders". *Selected Papers on Psychoanalysis*, Basic Books, Nueva York, 1953.
2. Barnett, J.: "On Cognitive Disorders in the Obsessional". *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. II, núm. 2, primavera de 1966, pp. 122-134.
3. Barnett, J., A. Lefford y D. Pushman: "Involutional Melancholia". *Psychiatric Quarterly*, Vol. XXVII, octubre de 1953, pp. 654-662.
4. Bonime, W.: "The Psychodynamics of Neurotic Depression". En *An American Handbook of Psychiatry*, Vol. III, editado por S. Arieti, Basic Books, Inc., Nueva York, 1966, pp. 239-255.
5. Freud, S.: "Mourning and Melancholia". En *Collected Papers*, Vol. IV, Hogarth Press, Londres, 1925.
6. Hill, D.: "Depression: Disease, Reaction or Posture?". *Amer. J. of Psychiatry*, Vol. 25, núm. 4, 1968, pp. 445-457.
7. Perr, H.: "Suicide and the Doctor-Patient Relationships". *The Amer. J. of Psychoanalysis*, Vol XXXVIII, núm. 2, pp. 177-188.
8. Spiegel, R.: "Communication with Depressive Patients". *Contemporary Psychoanalysis*, Vol. II, núm. 1, otoño, 1965, pp. 30-35.
9. Thompson, C.: "Analytic Observations During the Course of a Maniac-Depressive Psychosis", en *Interpersonal Psychoanalysis: The Selected Papers of Clara M. Thompson*, editado por M. Green, Basic Books, Inc., Nueva York, 1964, pp. 150-161.

* Presentado en el III Foro Internacional de Psicoanálisis, celebrado en la ciudad de México, en agosto de 1969.

UNA REEVALUACION DEL CONCEPTO DE ENVIDIA DEL PENE *

Ruth Moulton

EL CONCEPTO de envidia del pene ha contribuido apreciablemente a la comprensión de la psicología femenina. Puede referirse a una etapa por la que atraviesa toda mujer, pero ha sido sobreacentuado y considerado como la piedra angular primaria y básica sobre la que deben descansar universalmente construcciones posteriores sobre el desarrollo femenino. El concepto de envidia del pene se debería considerar más correctamente como un fenómeno frecuente, ni primario ni universal, en el desarrollo sexual femenino. Desempeña un papel variable, determinado por factores primarios de predisposición y los subsiguientes de reforzamiento, tanto como las influencias culturales y ambientales. Muchos autores han comentado la falta de exactitud que necesariamente acompaña a una visión falocéntrica de la mujer. Ahora es más claro que el sexo masculino no se puede utilizar como estándar básico para el entendimiento de la mujer; cada sexo tiene sus propias características innatas y deben evaluarse en sus propios términos. Los desarrollos recientes de la embriología, la psicología, la endocrinología, así como el desarrollo infantil, han hecho posible la revaloración de las diferencias psicológicas sexuales.

El mismo Freud no estaba satisfecho con sus formulaciones sobre la psicología de la mujer. En sus últimos años volvió a considerarla, sugiriendo que una clasificación adicional tendría que venir de ellas, ya que ellas mismas constituyen el problema. Las aportaciones de algunas mujeres analistas diferían profundamente, y con frecuencia eran diametralmente opuestas. Marie Bonaparte parecía impaciente por convenir en que la mujer no tiene libido propia; y se refería al "tardío y débil" orgasmo de la hembra, negándole cualquier otra posibilidad que la de rendirse al poder superior del sexto opuesto y al gozo masoquista del dolor. Ella designó a Karen Horney como feminista y como apologista de la vagina, cuando ésta sugirió que había satisfacciones primarias en el ser mujer, y puso en tela de juicio el que la envidia del pene pudiese eclipsar totalmente las cualidades únicas de la adolescente. Por otro lado, incluso un discípulo cercano de Freud, nada menos que Ernest Jones,¹³ sugirió, muy al principio de la controversia, que había más femineidad en la muchacha joven de lo que muchos analistas creen; y sugirió también que la fase masculina por la que atraviesa puede ser una reacción a la amenaza a la femineidad, más que algo primario.

* Traducción de Carla Zenzes.

