



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso  
Chile

NARDI, BERNARDO  
LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE  
Psicoperspectivas, vol. III, núm. 1, 2004, pp. 95-126  
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso  
Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171017841006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE\*

BERNARDO NARDI

*Psiquiatra*

*Psicoterapeuta*

*Università Politécnica delle Marche*

*Italia*

*bernardonardi@tin.it*

**Resumen.** Este artículo trata principalmente de la depresión adolescente, en sus diversas expresiones en las diferentes Organizaciones de Significado Personal (OSP): Trastornos alimenticios psicógenos (DAP), Fóbicas (FOB), Obsesiva (OBS) y Depresiva (DEP). Se revisan las diferentes sintomatologías que adquiere la depresión adolescente en las diferentes organizaciones, como también el diagnóstico, y las modalidades de intervención. Así mismo, el autor se focaliza en la explicación post racionalista de este período del ciclo vital del trastorno y su sintomatología, más que en la descripción sintomática de la misma, enfatizando más el proceso que en la indagación sobre las causas. El autor desarrolla un modelo de intervención del tipo procesal sistémico para abordar los diferentes aspectos psicoterapéuticos.

**Palabras clave:** Adolescencia, Depresión, Organización de Significado Personal, Maduración, Afectividad, Autorreferencia, Reframing.

### PREMISAS

En la adolescencia la depresión del tono del humor se presenta con aspectos extremadamente variables: a veces con expresiones comportamentales particularmente impactantes (crisis de llanto, desesperación, rabia), otras veces con actitudes marcadamente inhibidas (cierre relacional, mutismo, retiro de las inversiones emocionales); en otros casos, puede estar “enmascarada” por trastornos psicósomáticos o por una serie de conductas riesgosas (tóxico dependencia, búsqueda del peligro como una forma de desafío divino al destino).

Todas estas formas pueden aparecer y evolucionar a veces de manera engañosa y gradual (por ejemplo, a través de una disminución del rendimiento escolar, o una modificación del comportamiento alimenticio), pero muy

\* Traducción a cargo de Luis Oneto Lagomarsino. Escuela de Psicología Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

frecuentemente aparecen de manera crítica e imprevista y se caracterizan por oscilaciones intensas y rápidas.

Estos aspectos, por su relevancia clínica, nunca deben ser subestimados, ya sea por su potencial invalidante, como por el riesgo de comportamientos autodestructivos. Es necesario tener presente que la incidencia de las expresiones clínicas de la depresión es evaluada entre el 1,8% y el 3%, pero, seguramente, está subestimada por la tendencia de los adolescentes a esconder y a disimular los problemas propios a los adultos y por su falta de confianza para acceder en las estructuras terapéuticas “oficiales” (Nardi, 1995; Nardi y Pannelli, 1997ab, 1998).

Pero existe un aspecto fundamental, a menudo, poco valorado o ignorado en el ámbito de una concepción fundamentalmente psicopatológica de los procesos psíquicos y que es, por el contrario, considerado en forma principal a propósito de las oscilaciones del tono del humor y que está ligado justamente al valor de “colorido subjetivo de fondo” que adquiere en la vida psíquica.

Si se busca una lectura de la depresión del tono del humor, que no esté reductivamente circunscrita sólo a aspectos descriptivos o encuadrada en categorías predefinidas, ella puede ser considerada en la complejidad de las características subjetivas que la connotan, como al interior de un continuum que va desde aspectos totalmente fisiológicos bajo el perfil adaptativo (en cuanto tales, definidos como “normales”) a aspectos marcadamente desadaptativos (por lo tanto, “patológicos”). Justamente al interior de este continuum entre fisiología y normalidad con posibles inclinaciones en el curso del ciclo de vida, hacia un extremo u otro, debe leerse también la depresión adolescente (Nardi, 1995, 2001).

En sus manifestaciones “fisiológicas”, ella es, de hecho, fundamental para la maduración de la personalidad individual y para la adquisición de un sentido de sí mismo y del mundo cada vez más articulado y dúctil. La construcción de la conciencia tiene necesidad también de “vínculos negativos”, cuyo significado adaptativo puede emerger cuando tales vínculos no se asocian, al interior de la relación de apego, con una desvalorización del hijo: justamente una limitación dada, al interior de una relación suficientemente empática, no obstante la activación depresiva que tal vínculo determina, el niño puede individuar puntos de detención para activar sus propios itinerarios de desarrollo, sean intrasíquicos (tramas narrativas sobre sí mismo y el mundo) o sean comportamentales (qué puede hacer y cuáles expresiones externas son practicables). Como en toda puesta en marcha, proceder requiere de puntos firmes de apoyo para moverse posteriormente, comenzando a vislumbrar progresivamente escenarios adaptativos de lo que es real y de lo que es sueño, de lo que aparece obtenible y de lo que aparece como que no lo es.

Inversamente, en el continuum que transcurre entre “normalidad” y “patología”, a veces, la depresión adolescente interfiere con las potencialidades evolutivas individuales hasta detenerlas, de un modo brusco y dramático.

Estas manifestaciones “patológicas” del decaimiento del tono del humor pueden producir no sólo un estado agudo de malestar, sino también, si no se logra tratarlas oportunamente, un serio compromiso del ciclo de vida siguiente, afectando el perfil de la realización profesional, el afectivo y, más en general, la proyección posterior.

Para este propósito, los enfoques tradicionales de la depresión adolescente resultan todavía en gran medida insatisfactorios, sea en el plano nosológico como en el terapéutico aparecen, más que nada, inadecuadamente “calibrados” para las complejas dinámicas evolutivas típicas de los sujetos en el período adolescente. Por otra parte, es notorio cómo la depresión adolescente se caracteriza por una amplia variabilidad clínica y la no satisfactoria respuesta a los tratamientos psicofarmacológicos. De acuerdo con tales consideraciones, una revisión comparativa de los estudios recientes ha evidenciado que los protocolos de intervenciones más eficaces son los constituidos por las terapias cognitivas por sí solas, o asociadas con una farmacoterapia específica, obteniendo porcentajes de remisión superiores al 65% (Brent et al., 1997).

Moviéndonos desde estas premisas, y de acuerdo a trabajos anteriores de nuestro grupo, es aconsejable la utilidad de un *enfoque cognitivo del tipo procesal sistémico* en el diagnóstico y en el tratamiento de la depresión adolescente; tal enfoque permite, de hecho, una lectura de los problemas psico-comportamentales en el ámbito de específicas organizaciones de significado personal y, por lo tanto, peculiares estilos emocionales y cognitivos que se estructuran y se definen en cada individuo en el curso de la edad evolutiva, sobre la base de las modalidades subjetivas de asimilar la experiencia a partir de la relación de apego, determinando incrementos progresivos de la complejidad interna.

### ASPECTOS NOSOLÓGICOS DESCRIPTIVOS

En la práctica clínica se hace referencia frecuentemente a una clasificación nosológica (del griego “*nòsos*” = enfermedad y “*logos*” = discurso) de los trastornos psico-comportamentales, basada en la descripción de los síntomas y su agrupamiento en cuadros patológicos distintos, como lo hace el sistema clasificador más usado propuesto por la American Psychiatric Association en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, actualmente en su cuarta edición: el llamado DSM- IV (“*Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*”, 1994) .

El DSM - IV, en el ámbito del eje I (*Trastornos Clínicos y Otras Condiciones que pueden ser Objeto de Atención Clínica*) incluye la depresión en el ámbito de los “*Trastornos del Humor*”, entendido como colorido subjetivo de fondo de las variadas experiencias vividas, que forma parte de todo contenido cognoscitivo. En este reagrupamiento nosológico se distinguen habitualmente “*trastornos del humor monopolares*”, en los cuales se manifiesta aquello que sólo es un decaimiento del tono del humor, con una depresión clínica que puede encuadrarse en un *trastorno depresivo mayor* o una *distimia* con trans-

curso típicamente crónico y *trastornos del humor bipolares*, caracterizados por fluctuaciones del tono del humor, sea en el sentido del decaimiento, como en el del elevamiento: *fases depresivas* y *fases hipomaniacales* o *maniacales*, encuadradas en el ámbito de un *trastorno bipolar* o de un *trastorno ciclotímico*.

- A. Trastorno depresivo mayor.** El tono del humor se presenta deprimido la mayor parte del día - especialmente en la mañana, con toda la jornada por delante – casi todos los días, con marcada disminución de los intereses y el placer por todas (o casi todas) las actividades, sentimientos de desvalorización o de culpa excesivos o inapropiados a la situación (hasta formas delirantes), reducida capacidad para pensar y concentrarse, indecisión, pensamientos de muerte recurrentes (con ideación suicida), sensación de fatiga y de falta de energía, lentitud psicomotora (a veces también agitación), inapetencia y significativa pérdida de peso (pero, a veces, por el contrario, se observa un aumento), insomnio (frecuentemente lacunar, es decir, con despertar durante la noche o en la fase terminal, con despertar matutino precoz, mientras el insomnio de conciliación es típico de los trastornos ansiosos o fóbicos). Durante un tiempo se usó el término *melancolía*, introducido por Hipócrates en el siglo IV A.C.; este término (derivado de “*mélas*” = negro + “*kholè*” = bilis) indicaba la bilis negra, uno de los cuatro humores fundamentales del organismo, a cuyos excesos era atribuido este trastorno. Todavía hoy, la “*melancolía*” se refiere a las formas de trastorno depresivo mayor caracterizada por una marcada depresión del tono del humor, prevaleciente en las primeras horas de la mañana, por falta de reactividad a los estímulos ambientales, por intensos sentimientos de culpa, de agitación psicomotora, por delirios de ruina. En las descompensaciones depresivas se puede verificar, como ya se ha dicho, la aparición de temas delirantes; en estos casos se trata de “*deliroides*” o delirios secundarios a la depresión del humor: de ruina, de culpa, nihilista, con sentido ineludible y catastrófico de fin de mundo, de desgracias, de pobreza y de persecución merecida. Los trastornos depresivos mayores pueden manifestarse con un *único episodio* o con episodios repetidos en el tiempo (*formas recurrentes*). A veces, en algunos sujetos, se presenta un típico modo de *proceder estacional*, con aparición otoñal coincidente con el acercamiento del período invernal y con remisión primaveral.
- B. Distimia** (del griego “*dis*” = prefijo de separación, dispersión, inversión y “*thymos*” = alma, principio vital, sentimiento). En esta forma los síntomas depresivos – decaimiento del tono del humor, baja autoestima, sentimientos de desesperación, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, poca energía o astenia, reducción del apetito o hiperfagia, insomnio o hipersomnia son menos notorios, tienen un modo de proceder crónico de dos o más años y se asocian con frecuencia a irritabilidad (“*disforia*”, ver adelante).
- C. Trastornos Bipolares.** En este caso, los episodios depresivos se alternan con episodios caracterizados por un notorio aumento del tono del humor: se habla en estos casos de trastornos bipolares, con *fases ex-*

*citatoria hipomaniacal* o *maniaca*, según el parcial o total compromiso del funcionamiento personal, relacional o laboral. Las fases de elevación anormal del tono del humor se manifiestan con incremento anormal de la autoestima, sentido de grandeza personal, locuacidad, fuga de ideas, distractibilidad – con atención continuamente desviada por estímulos externos no pertinentes ni importantes – y un excesivo involucramiento en actividades placenteras, con un alto potencial de consecuencias peligrosas (por ejemplo, compras excesivas, conductas sexuales incongruentes, inversiones económicas imprudentes, etc.), y disminución de la necesidad de dormir. Se acostumbra a distinguir los trastornos bipolares en: a) *Tipo I*, caracterizado por un operar en el tiempo con un tono del humor prevalentemente orientado por un sentido maniaca, con temperamento hipertímico y tendencia a presentar una rápida alternancia de las fases excitatoria y depresiva (“*ciclos rápidos*” o “*rapid cycling*”) o *estados mixtos* (con coexistencia de síntomas depresivos y excitatorios; b) *Tipo II*, caracterizado por la prevalencia de episodios de depresión del tono del humor, mientras que los síntomas excitatorios no llegan más que a la hipomanía. En los trastornos bipolares los episodios de excitamiento del humor que, mientras más marcados más se aparecen como poco congruentes y finalísticos bajo el perfil adaptativo, expresan la activación de los recursos psicológicos para tratar el sentido de inadecuación personal que se advierte como peligrosamente concreto y objetivo. Por lo demás, las mismas fluctuaciones del tono del humor que caracterizan el trastorno bipolar (en el cual no se observan nunca solo fases maniacales o hipomaniacales) expresan las oscilaciones entre momentos (o “*fases*”), en las cuales el sujeto intenta reaccionar al sentido de pesimismo y de fracaso que lo afecta mediante un enfrentamiento, tanto desesperado cuanto ingenuo, en los cuales cede, por el contrario, a la resignación y la desesperación.

- D. Trastornos ciclotímicos.** Respecto a los bipolares, estos se caracterizan por el hecho de que los síntomas cambian de polaridad (“*ciclos rápidos*”) con frecuencia y ante la menor relevancia cuantitativa de la sintomatología clínica, ya sea en las fases excitatorias (*fases hipomaniacales*) como en aquellas con decaimiento del tono del humor (*fase distímica*) producen, como consecuencia, un menor compromiso del funcionamiento social, por lo cual requieren menos de intervenciones socio-sanitarias de “urgencia”. Más aún, en el plano del sufrimiento subjetivo no se puede, ciertamente, hacer referencia a un criterio “objetivo” de gravedad para iniciar una intervención terapéutica apropiada y oportuna. A menudo, en los trastornos ciclotímicos, se observa además *disforia* (del griego “*dis*”, prefijo de separación y dispersión, y “*phorèò*” = llevar). La disforia, está típicamente asociada a las rápidas oscilaciones del humor y se expresa con pasajes repentinos, varias veces en el curso de un mismo día, de un estado de indiferencia, de tristeza, de perplejidad a uno de angustia, de irritabilidad, de agresividad, por lo que el sujeto aparece como inestable e inconstante y, frecuentemente, posee una notable dificultad para

identificar y describir su propio malestar.

Como se puede ver, el enfoque descriptivo, si bien es útil para definir una formulación diagnóstica suficientemente unívoca y compartible, no permite considerar los complejos fenómenos que caracterizan los cambios del humor en la adolescencia, ni iluminar el significado más o menos adaptativo que ellas revisten

En este sentido un aporte cognoscitivo en el plano explicativo ha sido provisto por el *enfoque nosológico cognoscitivista*, en su moderna evolución post-racionalista sistémico procesal. Este enfoque pone, de hecho, el acento en el significado subjetivo e interno de los síntomas, permitiendo captar cómo aspectos aparentemente similares, clasificables de manera sobrepuesta, según el método descriptivo, poseen por el contrario, significados profundamente diferentes de sujeto a sujeto, según como cada individuo ha aprendido a experimentar y referirse las experiencias vividas. Ello permite, por lo tanto, una lectura explicativa de la depresión en referencia a los siguientes factores: la posibilidad de considerar el sistema individuo en su *globalidad psico-física* y en su *devenir temporal*:

- a) la focalización en la *estrecha conexión* que existe entre los aspectos emocionales y los conocimientos individuales;
- b) la sustancial *constancia de la organización de un significado personal* a pesar de las transformaciones que van ocurriendo durante el ciclo de vida, a partir de las características constitucionales y de las tonalidades emocionales que comienzan a definirse a través de la relación de apego;
- c) la necesidad de considerar lo que ocurre no como algo aislado sino como algo que debe ser colocado en el contexto del *ciclo de vida* del sujeto que lo experimenta, utilizando por lo tanto una *lectura evolutiva* y no estática de las descompensaciones psico-comportamentales;
- d) el *valor activo* y no pasivo de los procesos de adaptación individual;
- e) la continuidad entre las experiencias que un sujeto consigue integrar en el sentido de sí mismo – y que resultan, por lo tanto, “*normales*” – y aquellas discrepantes, que dan origen a un malestar más o menos profundo, extendido y disgregador, es decir, a cuadros “*patológicos*” diversos, con variadas potencialidades invalidantes y relativas tendencias evolutivas.

### **MADURACIÓN, AFECTIVIDAD Y DEPRESIÓN**

De acuerdo con todo lo que se ha dicho, en una óptica explicativa es fundamental considerar los cambios del humor dentro de un proceso de crecimiento que, a partir de los aspectos constitucionales y de los procesos de apego, lleva a la construcción de una organización de significado personal específica para todo sujeto. Es, por lo tanto, oportuno tratar brevemente las principales relaciones que interactúan entre el cambio del humor y los

procesos madurativos adolescentes.

La adolescencia no es solamente el período del ciclo de vida en el cual se verifican los mayores cambios psico-físicos, sean en el plano cuantitativo o cualitativo (maduración de las características sexuales primarias y secundarias, del pensamiento abstracto, etc.), sino que es también un período heterogéneo, con un inicio y término difuso y, por esto mismo, difícilmente delimitable. En la sociedad occidental el paso de la infancia a la llamada preadolescencia es cada vez más precoz y a su vez, el ingreso a la sociedad adulta, en términos de autonomía, tiende progresivamente a ubicarse más adelante, de tal manera que la adolescencia llega a ser, por consecuencia, un período muy amplio y, más aun, muy multiforme. En este período de grandes transformaciones se define progresivamente el ensamblaje de los esquemas emotivos-afectivos e ideativos que configuran el cierre organizacional y, por lo tanto, la emergencia de una organización estable de significado personal, peculiar para cada individuo (Guidano, 1987).

La variabilidad de los recorridos maduracionales y las posibles alternancias de períodos de evolución más continua y tranquila, con fases más turbulentas y de crisis, hace difícil un encuadramiento, sea el individuo singular, como en sus manifestaciones psico-comportamentales, si se desea utilizar los criterios descriptivos estándar del enfoque nosológico tradicional (DSM-IV, 1994).

Para comprender la dinámica evolutiva de los trastornos observados (aspecto “*procesal*”), es necesario seguir un modelo explicativo, actualizado epistemológicamente y dúctil en el plano clínico, que pueda integrar el enfoque nosológico tradicional y que proporcione modalidades clínicas de intervención de urgencias, atendiendo a las específicas problemáticas de cada sujeto.

La maduración emocional y afectiva se realiza a partir de formas generales de reactividad a lo largo del eje *placidez-agresividad* y de activaciones positivas o negativas a lo largo del eje *placer – displacer*. Esto permite el reconocimiento y memorización de los estímulos ambientales, los cuales, de esta manera, activan reacciones subjetivas específicas en relación a las propias expectativas, las que se expresan, ya sea a través de manifestaciones comportamentales o mediante comunicaciones no verbales y, posteriormente, verbales.

En el curso del desarrollo, a partir de la relación de apego, las emociones son utilizadas en la construcción del sistema representativo del sí mismo y de las otras figuras significativas; de este modo, la *autorrepresentación de las emociones* (es decir, su representación a nivel consciente) constituye el elemento central en torno al cual se articula la construcción del sí mismo respecto al espacio intersubjetivo en el cual el individuo se encuentra viviendo.

Bajo el perfil adaptativo, las funciones emotivas y afectivas orientan, por lo tanto, los procesos cognitivos (especialmente la atención y el aprendizaje), proporcionando a tales procesos una valoración subjetiva que condiciona también las modalidades con las cuales se expresan en los otros ámbitos de las relaciones significativas (Nardi, 2001).



Estudios neurológicos ya clásicos han demostrado que las emociones no solo otorgan mayor o menor relevancia a los recuerdos, sino que también actúan de tal manera que hacen que algunas experiencias, particularmente significativas por su resonancia emotiva (positiva o negativa), sean recordadas con mayor rapidez y durante más tiempo. Análogamente, son las emociones las que motivan o inhiben los comportamientos que son la base de las acciones y de la proyección individual: es una experiencia común que una activación positiva para la realización de un evento facilita la búsqueda de posteriores metas, mientras que el no logro de un proyecto inhibe y desmotiva (Kandel et al., 1994)

A partir de las fases más precoces del desarrollo, cuando las funciones cognitivas son todavía extremadamente rudimentarias, las sensaciones, las percepciones y las emociones estructuran las modalidades de contacto con el ambiente y se expresan a través de esquemas senso-motores, primeramente generales y después cada vez más específicos, sobre la base de la mayor o menor consonancia que tienen respecto de la coherencia interna del sujeto.

A través del apego, las primitivas activaciones emotivas de excitación generalizada son gradualmente estructuradas en *configuraciones de conjunto*, organizadas en el ciclo de vida con creciente complejidad. Estas configuraciones permiten ordenar la experiencia de modo de obtener una percepción estable y definida de sí mismo y de la realidad externa.

Esto ocurre a partir de elementos emocionales de base - “*basic emotions*” -, en parte, genéticamente determinadas, las que, poco a poco, se estructuran mediante los aprendizajes en esquemas emocionales más complejos e integrados: “*emotional schemata*”. En las emociones, de hecho, se pueden individualizar componentes sensitivos y perceptivos, modificaciones neurovegetativas asociadas y reacciones comportamentales (Damasio, 1999).

Como se desprende de los estudios sobre la relación entre apego y orientación del niño (Witkin y Goodenough, 1977; Lewis y Gun, 1979; Guidano y Liotti, 1983; Guidano, 1987, 1991; Lewis, 1992, 1994; Arciero y Mazzola, 2000; Nardi, 2001), el contexto destinado al cuidado puede presentar márgenes emotivos más o menos estables y definidos donde este aspecto reviste un rol importante en el desarrollo emocional del niño y en la maduración de su organización de significado personal.

Particularmente, si el contexto destinado al cuidado presenta márgenes emocionales suficientemente estables y bien definidos, sean positivos o negativos, favorecen en el niño el reconocimiento temprano de los propios *pattern* de activación emotiva y la adquisición de un también precoz sentido de continuidad y de estabilidad personal. Las activaciones internas son percibidas como primarias, existiendo una precoz focalización en las emociones de base (ver más adelante). El niño tiende, por lo tanto, a focalizar a través de la propia continuidad todo cambio ambiental, como modalidad diferente de percibirse día a día, siendo, sin embargo, siempre el mismo: *lectura interna* o “*inward*”.

Si, por el contrario, el contexto destinado al cuidado se muestra imprevisible, inconstante, inestable, ambiguo o ambivalente, y no se encuentra en condiciones de asegurar una sincronía de los propios ritmos psicofisiológicos con los del niño, este último encuentra una dificultad mayor o menor para diferenciar los propios ritmos psicofisiológicos de las activaciones emotivas y para reconocer los propios *pattern* emocionales. Teniendo la tendencia a modificar el mundo interno para hacerlo semejante con el externo, el niño se muestra inseguro al focalizar las activaciones emotivas de base, mientras privilegia las tonalidades emotivas autoconscientes que aparecen más tarde (ver además, emociones secundarias: p.e., culpa, vergüenza, disgusto). El niño tiende, por lo tanto, cada vez más a focalizarse en la variabilidad que coge a cada instante del ambiente y a construir el sentido de estabilidad, de constancia y de permanencia del sí mismo justamente a través de esta variabilidad: *lectura externa* o “*outward*”.

Como se ha dicho en las premisas, los procesos de maduración que tienen su punto de apoyo en la construcción de la *identidad* se articulan característicamente en el curso de la adolescencia mediante momentos fisiológicos de inestabilidad, que implican también decaimientos bruscos y transitorios del tono del humor (la llamada “*depresión fisiológica*”), expresión de reajustes críticos del equilibrio interno en relación a las modalidades subjetivas de asimilar y de referirse a sí mismo la experiencia vivida (Cesari, 1990; Nardi, 1995). El alejamiento de los referentes ideo – afectivos y culturales que habían soportado en el curso de la infancia los procesos cognoscitivos y la necesidad de redefinir, a partir de la imagen de sí mismo, un nuevo y más personal universo de conocimientos, más articulados y complejos puede, de hecho, favorecer la aparición de actitudes depresivas, especialmente cuando los rápidos e imprevisibles cambios corporales y los cambiantes roles relacionales perturban un sentido de sí mismo todavía precario e inestable, sin que estén disponibles, en la óptica del adolescente, referentes alternativos alcanzables (Chandler, 1975; Kaplan, 1984; Braconnier, 1993; Nardi, 1995). Por tanto, en el curso de la preadolescencia y de la adolescencia, las variaciones fisiológicas del tono del humor adquieren un rol fundamental en la maduración psico – relacional y, por lo tanto, en la estructuración de la personalidad, modulando las capacidades individuales, más o menos flexibles, de asimilar la experiencia, aunque ella consista en eventos perturbadores bajo el perfil emotivo y relacional (Reda y Liotti, 1984; Nardi, 1995).

Tales modulaciones del tono del humor, más o menos bruscas, intensas y duraderas constituyen, en el plano fenomenológico, momentos de “*crisis*”, entendidas como roturas irreversibles del equilibrio intrapsíquico (“*symmetry breaking process*”, Prigogine, 1973), y pueden dar lugar a diversos estados, sean de tipo adaptativo y, por lo tanto, madurativo (logro de un nuevo equilibrio, más complejo e integrado), o de tipo desadaptativo, con oscilaciones entre el equilibrio y el desequilibrio que se expresan a través de trastornos psicopatológicos de variados tipos y gravedad (Chandler, 1975; Braconnier, 1993). El paso de condiciones de “normalidad” a la de franca “patología” se configura, como ya se ha dicho, sin soluciones de continuidad, ya sea que

se haga referencia a momentos distintos de la maduración personal o que operen confrontaciones entre sujetos diferentes o entre los grupos (Nardi, 1995).

Si las crisis de la infancia permiten el logro de que cada individuo sea único y diferente de los otros, las crisis de la adolescencia ponen el problema de la opción de cómo se quiere ser, teniendo en cuenta que el pensamiento abstracto hace que se centre la atención en que las necesidades internas y los requerimientos externos pueden no coincidir y que, a veces, resultan en contradicción. Como han puesto en evidencia varios autores, entre ellos Cesari (1990), las inseguridades ligadas a los cambios psicofísicos y relacionales de la adolescencia pueden entonces activar ya sean *procesos de aislamiento y repliegamiento* hacia el mundo interno o sean *actitudes de desafío*, buscando mediante comportamientos provocadores (exhibicionistas, transgresivos, opositoristas, etc.) respuestas externas a la propia necesidad de experimentarse (la misma necesidad que ha estado a la base del descubrimiento del “no” en la primera infancia) y de entender cuánto se vale. Frente a los rápidos cambios activados con la pubertad, la inestabilidad adolescente lleva a buscar nuevas figuras de referencia y a reflejarse en los otros buscando confirmación a aquello que se cree ser. En estos precarios y transitorios equilibrios alcanzados están los riesgos de un período crucial en la vida en el cual se cambia de manera radical y tumultuosa y en el que se pierde el reasegurante aspecto infantil y las certezas provistas por el pensamiento concreto y se evoluciona hacia algo de lo cual, también bajo el perfil físico no se vislumbran bien sus contornos. La inestabilidad fisiológica del adolescente se expresa también en la oscilación y en la superposición de dos necesidades opuestas: la de buscar independencia y una proyección propia y aquella, igualmente presionante, de sentirse confirmado y aceptado en este camino por parte de los otros. La crisis adolescente, por lo tanto, implica siempre una dimensión temporal, es decir, una ruptura de la concepción simétrica del tiempo, típica del niño, centrada casi exclusivamente en el presente, con el paso a una visión temporal dinámica tripartita (pasado – presente – futuro); puede, asimismo, persistir en concreto una especie de “ilusión” de inmortalidad.

Numerosas contribuciones, como las de Brown y Harris (1978), Diener y Dweck (1980), Adam (1982), han confirmado que las descompensaciones depresivas adolescentes prosiguen a eventos vividos como pérdidas (separaciones, reales o amenazas, revelaciones que llevan a ver en forma negativa la imagen y la relación con una persona significativa, enfermedades graves o pérdida de un ser querido, erradicaciones sociales o cambio de residencia, fracaso escolar o laboral, problemas económicos, etc.).

Las descompensaciones se manifiestan con una sensación de desesperación que tiende a ser generalizada, que involucra todos los sectores de la experiencia hasta comprometer la existencia entera, pasada, presente y futura. La sensación de desvalorización y de desesperación, descrita en las contribuciones de Seligman (1965) y Diener y Dweck (1980), implica no sólo la baja estima de los éxitos obtenidos, sino también la sobrevaloración del fracaso,

hasta activar descompensaciones ya sea de tipo neurótico o psicótico, estas últimas con temáticas delirantes con fondo de ruina. El control inadecuado de la rabia, que caracteriza estas descompensaciones, hace oscilar al sujeto entre autoimputaciones y autoconmiseraciones y lo puede impulsar a poner en acción comportamientos autodestructivos y heterodestructivos y a hacer uso de sustancias anestésicas, como el alcohol y las drogas.

En el curso del desarrollo y, particularmente, en la adolescencia, la dificultad a nivel tácito de tolerar las propias fantasías destructivas en las confrontaciones con los padres lleva a un reordenamiento explícito en el cual el sujeto llega a sentirse perjudicado, abandonado, odiado, obstaculizado por el padre; a menudo esta percepción se extiende hasta considerar a la sociedad y al mundo en su conjunto como hostiles y perseguidores (Kaplan, 1984). Esto lo lleva a encerrarse en sí mismo, a excluir los afectos, a no invertir en nuevas opciones o intereses, hasta desvalorizarse y a dirigir sobre sí mismo la voluntad de destrucción, dañándose (a través de comportamientos inadecuados o peligrosos), elaborando fantasías y pensamientos suicidas con un coartado sentido de realidad, por lo cual es posible que pasen al acto. Esto se puede realizar mediante acciones demostrativas que expresan al mismo tiempo protesta y requerimiento de ayuda (*"parasuicidio"*), gestos de naturaleza autolesiva expresada con modalidad incongruente (*"intento de suicidio"*), gestos dirigidos a la autoeliminación que, por azar o imponderables, no logran el objetivo (*suicidio no consumado*) o *suicidios* verdaderos, a veces anunciados más o menos explícitamente, a veces fuertemente disimulados y enmascarados detrás de una aparente "normalidad y serenidad". Por último, la inestabilidad adolescente, con fluctuaciones tanto radicales cuanto bruscas (tipo "todo o nada", "blanco o negro"), pueden llevar a vivir como dramático y sin esperanza un fracaso escolar o afectivo, una reprobación o una desilusión cualquiera. Se debe, por lo tanto, tomar seriamente en consideración toda incomodidad evolutiva dando, paralelamente, el necesario apoyo al ambiente relacional en el cual vive el sujeto.

En caso de una evolución positiva, la descompensación se resuelve mediante una elaboración de la experiencia de desilusión, con un mayor control sobre la experiencia a medida que el evento discrepante se aleja en el tiempo, aunque a menudo se llega a un equilibrio de márgenes restringidos, que expone al riesgo de recidivas frente a nuevas y mínimas percepciones de pérdidas o desilusiones.

El continuo fluir de la experiencia, que viene referida a sí mismo (*"autorreferencialidad"*) integrando progresivamente la construcción cada vez más compleja y articulada de una identidad propia (*"autopoiesis"*), es percibido en el curso del desarrollo como algo objetivamente unívoco y definido, y no como una de las múltiples posibilidades de contarse la propia historia. En esta trama narrativa, las explicaciones de la experiencia utilizan también *pattern de autoengaño*, mediante el cual aquello que ha sucedido se hace coherente con el sentido de sí mismo en curso para ser, por lo tanto, integrado a nivel consciente (Maturana y Varela, 1987, 1988; Guidano, 1987,

1991). Justamente, a las modalidades habituales de referirse la experiencia, que se seleccionan gradualmente a partir de la relación de apego, se debe la tendencia a mantener constante los temas de negatividad, a pesar del hecho de que éstos refuerzan una imagen desvalorizada de sí mismo. En los adolescentes deprimidos, el hecho de percibirse como portadores de una negatividad personal (sentirse no aceptados, incapaces de estar bien con los otros, impotentes, no amados o imposibilitados de amar, culpables por haber desilusionado fuertemente a alguien, insensibles como un robot o indiferentes, etc.), si bien implica un malestar personal y relacional progresivamente creciente, es vivido como una realidad ineludible, frente a la cual no pueden hacer nada y no como la modalidad habitual con la cual han aprendido a percibirse.

A la luz de cuanto ha sido precedentemente expuesto, en la óptica cognitiva sistémica procesal, son examinados los eventos que en los adolescentes han dado forma en modo desadaptativo a la crisis y, por lo tanto, a la descompensación psicopatológica, como también el transcurso en el tiempo de esta fase inestable de desequilibrio en el ciclo de vida, a través de las modificaciones de las modalidades subjetivas de asimilar y de autorreferirse las experiencias vividas.

Mediante el enfoque sistémico procesal, hemos distinguido *tres formas diferentes de depresión adolescente*, asociadas a *diferentes estilos de apego*.

### **ENFOQUE EXPLICATIVO SISTÉMICO PROCESAL DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE**

En la adolescencia, la presencia de temas depresivos representa una *dimensión trans-organizacional*, que puede aparecer sustancialmente en todos los individuos, independientemente de la organización de significado personal.

La difusión trans-organizacional de los temas depresivos confirma cómo su elaboración representa un elemento fundamental para la maduración ideo-afectiva, la construcción de la identidad y la aceptación de sí mismo, igualmente como ocurre con otras funciones psicológicas, como, por ejemplo, la ansiedad (Galimberti, 1983; Cesari, 1990; Nardi, 1995; Borgna, 1997).

Las posibles evoluciones positivas (madurativa) o negativas (involutiva) de un trastorno depresivo adolescente están ligadas a las modalidades, más o menos adaptativas, con las cuales las experiencias inmediatas de tonalidad depresiva son autorreferidas e integradas en el sentido de sí mismo dando lugar a posteriores modelos previsionales de sí mismo y del mundo. En cada caso, como el apego llamado “seguro” no expresa ni la única ni (en ciertos casos) la mejor modalidad adaptativa en la interacción entre el niño y la figura del cuidador (Crittenden, 1992, 1994, 1997, 2000; Lambruschi y Ciotti, 1995), entonces una lectura en clave evolutiva y sistémico procesal de la depresión adolescente evidencia la importancia de conseguir un equilibrio psico-comportamental flexible y adaptativo, no una condición apriorísticamente “serena” y “sin problemas” (tanto superficiales como

ilusorios), sino la capacidad de valorar la realidad con su claro-oscuro y de elegir los significados y los caminos que aparecen más “*viabiles*” (Maturana y Varela, 1987, 1988, Guidano, 1987, 1991; Reda, 1990; Rezzonico, 1995; Rezzonico y Lambruschi, 1996) en el plano subjetivo, especialmente cuando las experiencias perturbantes se aparecen ineludiblemente en el camino del crecimiento individual.

Los temas depresivos adolescentes evidencian, además los procesos y la dinámica de las modalidades de construcción personal de las “*tramas narrativas*” subjetivas (Villegas, 1993, 1994) denotando de este modo un núcleo aun no bien estructurado de esquemas emocionales y de construcciones cognitivas relacionadas con ellos.

En la construcción de la complejidad interna, un rol central es asumido por las “*emociones*”, dado que desde las primeras fases del desarrollo comienzan a definirse esquemas emocionales bastante estables y característicos de cada individuo, ligados con los sistemas comportamentales motivacionales y a las escenas nucleares.

Como lo han evidenciado las investigaciones de Tomkins (1978), las “*escenas nucleares*” o “*prototípicas*” derivan de las primeras experiencias emotivamente significativas, sobre cuya base son progresivamente identificadas analogías, semejanzas y diferencias comportamentales. La repetición, durante las primeras fases del desarrollo, de situaciones análogas que se asocian a activaciones emocionales del mismo tipo, conduce gradualmente a la estructuración de un específico modo de percibirse y, por lo tanto, a la elaboración de un determinado concepto de sí mismo. Estas escenas se superponen y se convierten en un modelo de referencia de esas mismas situaciones específicas; este modelo previsional señala al sujeto, por una parte, cómo lo perciben los otros en ciertas situaciones y en ciertos contextos específicos, cómo tienden a tratarlo y qué cosa se espera de él, y por otra parte, también cómo se debe situar y qué cosas puede esperar de los otros en esa situación dada. Cada escena prototípica posee una notable relevancia emotiva y permite la construcción de modelos estables de variados tipos de experiencia, los que entran a formar parte del repertorio comportamental y de la historia personal, por lo cual cada individuo tiende a presentar, en circunstancias similares, actitudes tendencialmente constantes.

Como lo han destacado las posteriores investigaciones de Schanck y Abelson (1977); Carlson (1981), a las escenas nucleares se vienen a asociar posteriormente, en el transcurso de la maduración, conjuntos de razonamientos, esquemas y reglas comportamentales – los “*guiones*” – que permiten ordenar y reconocer aquellos reagrupamientos coherentes de experiencias emotivamente significativas que constituyen las escenas nucleares, estabilizando e integrando el sentido de sí mismo. Reda (1997, 1999) ha puesto en evidencia el hecho de que los guiones, que representan una especie de “*libreto personal*”, derivan de la integración de activaciones afectivo-emotivas con los sistemas de representación mediante imágenes.

De esta manera, como ha sido demostrado por las contribuciones de Vi-

llegas (1993, 1994), gracias a la definición de las escenas nucleares y de los guiones relacionados, el sentido unitario de sí mismo emerge de la capacidad de reconocerse en una especie de “trama” o “estructura narrativa” y, por lo tanto, en una historia personal, no obstante el hecho de que cada sujeto tenga un cierto repertorio de posibles imágenes de sí mismo; es decir, de diferentes modos de ubicarse y de representarse a sí mismo, en situaciones de contexto diferente. Las modalidades de narrativa están estrechamente conectadas con las de apego. De hecho, en la relación de apego del tipo “seguro”, se observan generalmente habilidades narrativas que permiten tratar de un modo fluido los temas de la vida.

En las relaciones de tipo “evitante”, la narrativa aparece limitada, con temas impersonales focalizados sobre actividades y objetos y con escasa elaboración de los diálogos, mientras prevalecen respuestas “cerradas” del tipo “sí/no”. En las relaciones del tipo ansioso “resistente” y, con mayor evidencia en las del tipo “desorientado”, en las cuales no ha sido posible conectar de modo coherente sensaciones y significados, la conversación es controlada y “guiada” hacia argumentos que no producen ansiedad. La narrativa es rica en errores, vacilaciones, de “partidas en falso”, con discursos focalizados sobre temáticas relacionales, más que sobre actividades y objetos (Lewis, 1992, 1993, 1994; Reda (1996, 1997, 1999).

La integración del dominio emotivo en la trama narrativa permite identificar y evaluar los propios estados emotivos en el ámbito de una creciente competencia autobiográfica: “conciencia reflexiva de sí mismo”. Por tanto, con la maduración adolescente, sobre la base de todos los elementos que componen la *personalidad*, emerge establemente una organización cognoscitiva – “organización de significado personal o personal meaning organization”, P.M.O. – que es posible individualizar esbozadamente ya en el curso de la infancia, ligada al significado intrínseco que cada sujeto da a las experiencias (Guidano, 1987).

## LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE EN LAS PRINCIPALES ORGANIZACIONES PERSONALES

La organización definida como “*tipo trastornos alimentario psicógenos*” (DAP), se caracteriza por la presencia de un sí mismo con contornos vagos e indefinido – con lectura marcadamente externa - y está ligada a activaciones emotivas oscilantes y ambiguas respecto a los estímulos externos, vividos como elementos objetivos en condiciones de confirmar o desconfirmar una imagen de sí mismo que se desearía positiva y proponible; por tanto, cada evento (potencial o real) percibido como desconfirmante activa emociones centradas en un sentido de vergüenza o de inferioridad, a menudo asociada a comportamientos de evitación, de fuga o de cierre relacional.

La organización definida como “*tipo depresivo*” (DEP) se presenta con un sí mismo centrado sobre temas de ineludible fracaso existencial, contra el cual todo esfuerzo corre el riesgo de resultar vano, con consecuente selección de un pattern emocional de rabia o de desesperación (con lectura



prevalentemente interna).

La organización definida “*tipo fóbico*” (FOB), se caracteriza por la búsqueda del control sobre dos necesidades coexistentes, pero opuestas: la de proximidad física a una figura identificada como protectora y, al mismo tiempo, la de mantener una distancia tal de esa figura que permita el necesario sentido de libertad personal; cuando tal control no se logra, tiene lugar una rápida activación de pattern emotivos de temor o de constricción, con frecuentes somatizaciones de ansiedad.

La organización definida como “*tipo obsesivo*” (OSS), presenta un sí mismo ambiguo y ambivalente, en el cual la negatividad personal es vivida en relación a la incapacidad de corresponder a un modelo interno de perfección, percibida como inalcanzable; se caracteriza por una mayor o menor exclusión rígida de las emociones de la conciencia, la pérdida de control es reelaborada mediante analíticas explicaciones racionales y se asocia, a menudo, a la aparición de rituales compensadores.

En relación a la focalización en lo externo o en lo interno y a la dependencia/independencia del campo perceptivo, han sido individualizados por Guidano y Arciero (Arciero y Mazzola, 2000) cuatro “estilos” personales principales que emergen en el curso del desarrollo según un proceso dinámico, tendiente a un progresivo incremento de la complejidad interna.

- 1) *Estilo DAP (focalizado en lo externo, dependiente del campo perceptivo)*; regula el sentido de sí mismo en base a la capacidad, contexto-dependiente, de sintonizarse con las expectativas de las figuras de referencia, centrando el mantenimiento de la coherencia interna en las actitudes y el juicio de los otros.
- 2) *Estilo OSS (focalizado en lo externo, independiente del campo perceptivo)*; regula el sentido de sí mismo en base a la capacidad de referir las experiencias vividas a principios generales y reglas ciertas, independiente del contexto, con mantenimiento de la coherencia interna modulando su sintonía con reglas externas impersonales que definen adecuadamente los variados contextos de la experiencia
- 3) *Estilo FOB (focalizado en lo interno, dependiente del campo perceptivo)*; regula el sentido de sí mismo en base a la capacidad, dependiente del contexto, de control de la proximidad a las figuras de referencia, con mantención de la coherencia interna centrado en la respuesta emotiva de estas figuras.
- 4) *Estilo DEP (focalizado en lo interno, independiente del campo perceptivo)*; regula el sentido de sí mismo en base a la capacidad, independiente del contexto, de prevenir o gestionar las situaciones de rechazo y de abandono, con mantención de la coherencia interna centrado sobre la gestión de las propias tonalidades emotivas, tendiendo a confiar, por lo tanto, de manera preponderante, solo en las propias cogniciones y capacidad de racionalizar y explicar los eventos vividos (capacidad de autosuficiencia en situaciones en las cuales es imposible la ayuda).



## I. La depresión en adolescentes con organización DAP

Los trastornos del humor en las descompensaciones DAP, a menudo están polarizadas sobre temas concernientes a el propio cuerpo, el peso, la alimentación o están centrados sobre los logros sentimentales u ocupacionales. Las descompensaciones son consecuencia, en general, de perturbaciones críticas vividas como desconfirmantes (por lo tanto, como un no reconocimiento personal) o como decepcionantes respecto a inversiones efectuadas a menudo con un involucramiento total, con expectativas irreales, del tipo “todo o nada”, en relación a una persona significativa. En otros casos, la descompensación está ligada al miedo a la desconfirmación, por lo cual el sujeto se encierra en sí mismo evitando exponerse a eventuales fracasos; se retira de los estudios, no “debuta” sentimentalmente, no entra en el mundo del trabajo.

Los episodios clínicos depresivos en la organización DAP, están, por lo tanto, caracterizados por *formas de evitación a la exposición* (p.e., retiro antes de dar una prueba o un examen, debut sentimental no consumado, etc.) y *por formas en las cuales se sustrae al riesgo de la desconfirmación* (p.e., renuncia a proseguir una relación induciendo al otro a terminar, emprender cosas sin terminarlas, etc.)

Como hemos observado en las investigaciones sobre la depresión adolescente, estas formas corresponden frecuentemente a un estilo de *apego ansioso evitante defensivo o coercitivo resistente*.

En relación a los eventos *perturbadores* y las *modalidades de descompensación*, en los *trastornos depresivos DAP*, como ya ha sido señalado, los eventos perturbadores relacionados con la aparición de decaimientos clínicamente relevantes del tono del humor, consisten en categorías de experiencia vividas subjetivamente como desconfirmaciones, sea que ocurran realmente, sean sólo temidas o percibidas como ineludibles en el ámbito de la familia de origen, del grupo de pares, en la relación afectiva, en la actividad escolar o laboral. El sentido de desconfirmación se asocia a una imagen de sí mismo centrada en modelos formales o ideales, conforme a expectativas, a veces irreales de perfección, mientras se observa muy precaria la capacidad de centrarse, especialmente bajo un perfil emocional, en el mundo interno y las propias exigencias, cuando ellas se presentan en forma disjunta o en contraste con actitudes externas (p.e., “*mi madre me ha dicho que en el último tiempo no me he portado muy bien; me sentí conmovida, como golpeada y pensé: lo sabía, he comido de más, me sentí una persona que no está en condiciones de ser como debería, sentí vergüenza, me sentí un fracaso total, una persona que no quiere enfrentar la situación. Le dije: no empieces, déjame en paz y me fui a refugiarme a mi dormitorio*”; “*tener sexo me preocupa un poco, si lo hiciera ya no sería más aquella niña que amaba mi abuelita, podría perder el amor de mi abuela y la estima de mi misma*”). En estos casos es evidente cómo el sentido de sí mismo está conectado a la inmediatez de la experiencia de reflejarse en la figura de referencia, confundiendo con ella, sin tener la capacidad de percibir al otro como expresión de sus estados internos, de su historia y

no como “juez” del propio comportamiento. Por una parte, se desearía ser perfecto para ser aprobado siempre y en todas partes: poder estar, en toda ocasión, a la altura de las expectativas, no importa cuán irrealistas y expresión de una imagen irreal de sí mismo (“falso sí mismo”), sean; por la otra, se experimenta la incapacidad de ser perfectos, vencedores, no criticables y no rechazados; cuando esto ocurre, se percibe impotente, inútil, fracasado. Esto ocurre tanto en las historias de desarrollo en las cuales se han sentido no aceptados o abiertamente rechazados (p.e., “querían un varón y en vez, nació yo...”; *mi padre siempre me decía que era feo y yo al comienzo no sabía ni siquiera qué cosa era*), o en aquellas en las cuales se sentían investidos de una notable idealización (p.e., “para mis padres yo era perfecto, era siempre el mejor... pero en un cierto momento no pude mantenerme siéndolo, se me acabó la energía, me enfermé”). Son situaciones en las que se trata de dar lo máximo posible, hasta que no se puede más, por lo tanto, se abandona el desafío con un sentido de culpa y de vergüenza por no haber logrado dar el máximo de sí (p.e., “mi hermana me odiaba, no me estimaba, me daban ganas de morirme”; “el hecho que ella no fuera como yo lo esperaba, me hacía sentir inútil, fracasada; lloré tanto, he pensado que yo no puedo tener recuerdos lindos de este período, como ocurre con los otros”; “¿por qué cuando comienzo una experiencia, al final me quedo siempre solo?”). Esta experiencia de desilusión hace que el sujeto se perciba como “fuera de la norma” y, con un mecanismo del tipo “todo o nada”, de no ser capaz de lograr hacer nada bueno y correcto, por lo cual, el haber fallado en alguna cosa, lo extiende a un sentido generalizado de fracaso personal. El rechazo o el abandono lo hacen sentirse solo (“si no eres tomado en cuenta ni siquiera por las figuras más significativas, no te sientes una persona, eres un objeto, que si no es útil, no sirve más”).

A los eventos perturbadores pueden corresponder cuadros clínicos extremadamente diversos, a veces en el mismo sujeto, aunque los variados síntomas expresan todos ellos un sentido de sí mismo oscilante entre la desilusión vivida y la esperanza de un cambio en las cosas, frecuentemente puesto en un futuro remoto y utópico.

A estas formas de depresión, en lo que concierne a la relación entre *emociones perturbantes*, temas de *negatividad personal* y *alteraciones de la coherencia interna*, con una actitud de base pasiva, con control externo, corresponde en el plano emocional un predominio de tonalidades centrada en la vergüenza y en sentido de inferioridad, con una alteración de la coherencia interna ligada a la *intolerancia a la desconfirmación* por parte de las figuras significativas, con las cuales se confronta constantemente en el plano de los resultados.

## 2. La depresión en adolescentes con organización OSS

Frecuentemente las descompensaciones OSS se asocian a *depresión*. Prevalecen las formas de *distimias*, con transcurso crónico y exacerbaciones agudas. En estos casos, el decaimiento del tono del humor es consecuente a la vivencia de incapacidad personal en el ser perfectos y controladores como se debería o a la no adecuación por parte de los otros, a las razones propias, de lo cual deriva un sentido de pérdida total del control, con lo cual

todo parece venir a menos. El sujeto asume la búsqueda de la perfección como una búsqueda-deber: el no conseguirla puede activar un sentido de incontrolabilidad que, al contrario de las organizaciones DEP, no tiene que ver específicamente con la relación con los otros, pero reviste y compromete el sentido unitario de sí mismo, por lo que se asocia a la pérdida, a menudo generalizada, de todas las certezas hasta ahora conseguidas (p.e., “*cuando llegaba del colegio con un ‘optimo’ mi papá me decía que eso tendría valor sólo cuando me lo dijera él*”; “*cuando no logro hacer algo, pienso que no lograré jamás ser como debería y me siento culpable. No soporto ser inadecuada, me hace sentir culpable, no puedo decir que no me importa, debo ser capaz de controlar todo*”). Como se puede ver, en estos casos, la focalización en lo externo procede por esquemas generales a la búsqueda de reglas y de puntos de referencia ciertos: la negatividad personal no es tomada, como en los DAP, del juicio negativo que proviene de alguien, sino de la no adhesión a un deber, que es percibido como interno e inderogable (Nardi, 2001).

En este contexto pueden aparecer también formas de *depresión mayor*, con temas delirantes de ruina y de desgracia (*depresivos deliriosos* u “*holotímicos*”)

Las variadas modalidades de descompensación depresiva de las organizaciones OSS representan, por lo tanto, formas clínicas menos frecuentes en relación con las depresiones DAP o DEP, pero suficientemente homogéneas, con una lectura de sí mismo antitética y marcadamente interna (*formas depresivas ambivalentes*), con sentido de negatividad personal ligada a la incapacidad de responder a una perfección interna, tanto buscada, como vivida como inalcanzable; corresponden a estilos de *apego coercitivo resistente* o *ambivalente*, pero también al *defensivo genitorial* y *compulsivamente autosuficiente*.

En estas formas, los eventos perturbadores al origen de la descompensación implican la necesidad de *control total y absoluto* de sí mismo y de la realidad, vivido por estos sujetos como una imprescindible línea que guía la propia existencia.

Las modalidades de aparición clínica expresan un sentido de derrota total, por el cual ante un evento, aunque menor y limitado, se activa un contundente trabajo lógico-analítico, reiterado en forma cada vez más frecuente y también mediante la puesta en acción de rituales obsesivos-compulsivos o de bloqueos psicomotores. Esto termina por determinar un sentido completo de incapacidad para gestionar los variados aspectos de la propia vida, que aparecen fragmentados y dispersos en una serie paralizante de detalles rígidos y estereotipados, ya no más asociados a una visión de conjunto, con una consecuente vivencia generalizada de derrota y de fracaso. El sentido de insoportabilidad de la propia vida puede conducirlo a ideaciones suicidas conscientes como única vía de escape a la angustia.

En lo que se refiere a los temas de *negatividad personal*, las correspondientes *emociones perturbadoras* y las consecuentes *alteraciones de la coherencia interna*, a la actitud pasiva de imperfección y de negatividad interna, le corresponde una marcada tendencia a excluir las emociones de la conciencia, reduciéndolas a argumentos lógicos.

Por otro lado, la coexistencia de actitudes ambivalentes de afecto/hostilidad, de reivindicación/culpa, expresan una alteración de la coherencia interna ligada a la *intolerancia a la pérdida del control absoluto de la realidad* y al *sentido de imperfección personal* que le sigue, hasta la activación de rituales compensadores.

### 3. La depresión en adolescentes con organización FOB

En estas organizaciones, las modalidades marcadamente concretas del pensamiento hacen que, como en el caso de los trastornos de ansiedad, también los *trastornos depresivos* estén a menudo enmascarados – o se manifiesten exclusivamente – bajo la forma de *somatizaciones*.

Ellos se caracterizan por inhibición psicomotora, asociándose a molestias por la imposibilidad de gestionar las situaciones como sería necesario (“quisiera *hacer tantas cosas, pero estoy enfermo*”). Se asocian, por tanto a un sentido de precariedad y de vulnerabilidad personal - extendida además a las figuras que constituyen “la base segura” o, también, “puntos de referencia” - y a una marcada angustia que es posteriormente somatizada (vértigos, taquicardia, desmayos, cefaleas, dolor en el pecho, etc). Por el evidente correlato ansioso, el insomnio, en las depresiones FOB, es también inicial, no sólo lacunar o terminal.

En todo caso, en las organizaciones FOB, las pérdidas son percibidas como una confirmación de la peligrosidad y de la falta de confiabilidad del mundo.

### 4. La depresión en adolescentes con organización DEP

En las organizaciones DEP, los eventos perturbadores relacionados con el decaimiento del tono del humor clínicamente relevante, son vividos, en el plano subjetivo, con un sentido final de *pérdida*, de abandono o de derrota, encontrándose acompañados por modalidades de descompensación caracterizadas por un marcado sentido de negatividad personal, a veces percibido como ineludible e inevitable.

La vivencia de impotencia, de gran esfuerzo cumplido, a los que corresponden sólo modestos, parciales y precarios resultados, es referida a culpas propias más que a la falta de apoyo o de sostenimiento externo (como se observa en las depresiones DAP): así, la falta de respuesta en el plano empático, por parte de los otros, es vivida como una confirmación de la propia negatividad personal, ya sospechada y temida desde antes, por lo tanto, vivida con un sentido cada vez más marcado de resignada y rabiosa certidumbre. En lo que concierne a la relación entre los temas de negatividad personal, las correspondientes emociones perturbadoras y las consiguientes alteraciones de la coherencia interna, en las descompensaciones depresivas de las organizaciones DEP, la actitud pasiva – asociada a un sentido más o menos evidente de tristeza, hasta la desesperación, - se alterna en general, con momentos de reacción rabiosa y violenta, expresiones ambas de una negatividad más bien

interna que ligada a la consideración externa. La recurrencia de tonalidades emotivas conectadas con sentidos de pérdida, de desilusión y de culpa – por la propia incapacidad de obtener un apego emotivo estable, a pesar de los esfuerzos desarrollados en tal sentido – evidencia una coherencia interna centrada en la *intolerancia a la separación*, percibida como prueba del propio sentido de derrota, de soledad y de ruina.

En estos sujetos, como recientemente lo ha evidenciado también Reda (2003), frecuentemente se encuentra una inhibición de la memoria episódica y una tendencia a la generalización de los recuerdos, con la consiguiente dificultad para reconstruir y referir a sí mismo el significado de las propias emociones (p.e., “*del pasado recuerdo muy pocas cosas, más aún lo debo escribir en el diario; a menudo ruego para olvidarme de todo el pasado*”). Es evidente, en estos casos, la dificultad para integrar en las tramas narrativas explícitas el significado tácito de los episodios en los cuales las emociones activantes sean reconocidas en un sentido de negatividad personal, de la cual no se puede escapar.

En las diversas formas clínicas de *depresión*, con sus diversos grados de gravedad y con los aspectos descriptivos que caracterizan los subtipos (*depresión mayor*, *distimia*), las activaciones emocionales tácitas de desesperación y de rabia encuentran expresión, a nivel explícito, en escenarios muy variables tanto en intensidad como por el transcurso en el tiempo, de inadecuación y de indignidad personal: por ejemplo, no sentirse dignos de consideración y de ser amados, sentirse moralmente sucios, verse en un túnel o en pozo sin poder ver una vía de salida, aunque sea precaria y lejana, tener la sensación de tocar fondo sin saber si se podrá salir, aunque sea con gran esfuerzo, ver tambalear y caer todos los proyectos propios y las propias esperanzas (que, por lo demás, ahora parecen ser solo ilusiones), sin haber construido nada significativo. Estas tramas narrativas depresivas son vividas a nivel explícito como realmente objetivas e irrefutables, y no como el modo subjetivo habitual de reordenar las experiencias vividas en el curso del ciclo de vida, a partir de la relación de apego (como es posible aprender a focalizarlas en el curso de la psicoterapia). A menudo los temas depresivos se extienden progresivamente como “*mancha de aceite*” desde el sujeto a su contexto relacional (p.e., la familia), hasta comprender al mundo entero (con un sentimiento penetrante de catástrofe y de ruina que explica como se pueden alcanzar, a veces, formas de “*homicidio/suicidio compasivo*”, para sustraerse él mismo y a quienes quiere, de una especie de desgracia percibida como objetivamente inevitable); las ideas de autoeliminación pueden aparecer al sujeto como la única posibilidad de poner fin a una existencia percibida como insoportablemente angustiante y dolorosa.

En las formas de despersonalización y de desrealización, las tramas depresivas llevan a no reconocer el propio cuerpo o el propio ambiente habitual de vida, o también a sentir por ellos un sentido de extrañeza, como si los observase desde fuera: el sujeto no siente más el mundo externo, como si estuviese vacío, plano, como si la mirada propia estuviese desconectada del

cuerpo, mientras también la realidad externa, no aceptada, no es reconocida y negada (p.e., “*me sentía transparente y estaba cada vez más intratable*”).

Finalmente, en algunas descompensaciones de las organizaciones DEP, sobre todo, si se asocian a algún componente DAP, se observan alteraciones del comportamiento alimentario, justamente asociado con un decaimiento del tono *del humor*. Estos trastornos se pueden manifestar ya sea en la vertiente activa (*formas anoréxicas*), sea en la vertiente pasiva (*formas obesas*) o, finalmente, en la vertiente intermedia (*formas bulímicas*). Ellas expresan el malestar de aceptar y vivir a través del cuerpo, el que es reducido al mínimo mediante la negación, a veces rabiosa, de la relación con los otros, o amplificado para contener el propio dolor existencial, mientras que en el vómito bulímico emergen más claramente contenidos de culpa y castigo. Respecto a las formas DAP, las activaciones emocionales (especialmente de rabia y/o desesperación) son muy marcadas y los temas corporales son secundarios al sentido de negatividad personal, que aparece como primario y que prescinde de la aceptación externa.

En síntesis, en relación a los sujetos depresivos DAP, se destaca una prevalencia de la vergüenza, culpa y desesperación; en los sujetos OSS, se observan en particular contenidos de ambivalencia, desprecio, disgusto y culpa; las depresiones FOB son particularmente difíciles de observar en cuanto pueden estar enmascaradas por somatizaciones o por conductas de prevención o de evitamiento de las situaciones negativas, que en caso de falta de logro pueden desembocar en ataques de pánico; finalmente, en las organizaciones DEP, en la descompensación depresiva se encuentran principalmente activaciones emotivas de rabia, tristeza, disgusto, desesperación, culpa, remordimiento y cólera.

Usualmente en los adolescentes depresivos, el grado de flexibilidad está suficientemente conservado; una relación concretismo/abstracción relativamente elevada es frecuente, en particular en los que tienen organización FOB; el nivel de complejidad está a menudo más bajo en los depresivos DAP y es más elevado en los OSS; en fin, una tasa de somatizaciones particularmente elevada caracteriza las tramas narrativas de los sujetos FOB y DAP-FOB (Nardi y Pannelli, (1998).

### LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Para comprender los escenarios clínicos, o mejor dicho, el paradigma epistemológico en el cual se instala una intervención terapéutica post- racionalista, es oportuno tener presente lo que dice Vittorio Guidano, en el curso de uno de los tantos Seminarios llevados a cabo por él, sobre este tema (1989 en Nardi Ed., 2000).

“Abandonado el criterio de objetividad, la relación terapéutica se puede definir no como un instrumento de persuasión (o un tema pedagógico) sino, simplemente, como un tipo de exploración en la cual los dos, terapeuta y paciente, se encuentran en el mismo plano.

De hecho, si el terapeuta es un experto (digamos, de principios evidentes), el paciente es, por otra parte, el único experto de sí mismo, dado que es el único que tiene contacto con su material interno. Por lo tanto, la relación terapéutica es un instrumento de exploración que tiene la finalidad, no de modificar un comportamiento desadaptativo, no de hacer que el paciente piense mejor, sino la de hacer que el paciente conozca mejor su modo de funcionar, logrando una reorganización que le sea apropiada.

Por ejemplo, un sujeto puede tener un proceso de organización personal, con un nivel de conciencia que no le permite dar una forma adecuada a la tensión derivada del hecho que las emociones, que su estado actual de reorganización ha producido, han permanecido absolutamente incodificadas y, por lo tanto, incontrolables y fuente de perturbaciones dolorosas. Si el terapeuta abandona toda pretensión de objetividad y la relación terapéutica por parte del sujeto es vista como un instrumento de exploración, en esta relación cambia la actitud de fondo hacia las así llamadas emociones negativas. En la óptica cognoscitivista tradicional, el objetivo de la terapia es persuadir al paciente, en relación a las opiniones más estables, buscando, por lo tanto, retornar a lo que era el equilibrio anterior, utilizando variadas técnicas de autocontrol. En esta perspectiva de autocontrol, la persona es adiestrada para controlar mejor las propias emociones perturbantes diciéndose determinadas cosas, mientras que, generalmente, la actitud que el terapeuta posee hacia las emociones negativas, excusen la redundancia, es negativa, en cuanto a que no desea ni siquiera hablar de ellas. Si, por ejemplo, el paciente, se presenta angustiado en relación a una experiencia dada, el terapeuta actúa como si no experimentara ninguna emoción, más aún, aconseja al paciente que no les haga caso, y que en cuanto sienta un poco de angustia o de depresión, eliminarlas, repitiéndose las instrucciones sobre “el diálogo interno”, las que fueron acordadas antes; existe todo un adiestramiento al autocontrol, como una suerte de equilibrio circular, en el cual las emociones negativas no deben existir

Por lo tanto, en la óptica racionalista clásica, las emociones son como si no fueran reales, y, dado que existen, son controladas y mantenidas a distancia. No se recoge la idea que las emociones negativas son un vector de información fundamental y que, justamente, estudiando cómo están hechas las emociones negativas y los datos imaginativos relacionados con ellas, se obtienen las informaciones más útiles para comprenderlas, cual es el punto en el cual el paciente se ha “trabado” en su trabajo de reorganización personal.

En este sentido, es fundamental una actitud del terapeuta (obviamente, del terapeuta no ingenuo) que considere las emociones negativas no como algo absolutamente inútil y más aun dañino, sino, por el contrario, como un elemento fundamental sobre el que se debe atender en forma directa el elemento principal del cual recabar las informaciones básicas para entender cuál es el proceso en curso en el sujeto.

Como lo destacaba Guidano, el adolescente, aún en la inestable precariedad de su ánimo es el único experto en sí mismo, aunque no sea completamen-



te consciente y, aun más, perciba justamente lo contrario. Por lo tanto no es tarea del terapeuta el instruirlo y uniformizarlo en relación a modelos externos estándares considerados más funcionales, sino la de guiarlo en el descubrimiento de los procesos tácitos y explícitos a través de los cuales se ha desplegado el sufrimiento en el curso de su historia del desarrollo.

Este recorrido requiere, a veces, un apoyo rápido con una elevada empatía, por la urgencia con la que el adolescente tiende a vivir todas sus experiencias y, mayoritariamente, aquellas percibidas como negativas y, por lo mismo, fuente de sufrimiento.

Como se ha destacado, la reformulación del problema clínico presentado por el sujeto, y que ha estado en el origen del requerimiento de ayuda, constituye la primera fase de la terapia. En general corresponde a las primeras dos o tres sesiones y permite preparar el contexto para el posterior trabajo psicoterapéutico. Esta coincide con el encuadre diagnóstico y, en particular, con el reconocimiento de la organización de significado personal específica del sujeto.

Mediante la reformulación, el problema, generalmente vivido y presentado con el carácter de externalidad – como algo objetivamente determinado por eventos externos o internos: por ejemplo, no tener jamás un instante de tranquilidad, casi como si se tratara de una situación meteorológica – es reconducido a la *internalidad*, es decir, al sentido de sí mismo, como un aspecto todavía no bien clarificado del propio modo de asimilar y de reordenar la experiencia.

Por lo tanto, no es el objetivo directo de la psicoterapia el de verificar la veracidad, la validez o la objetividad de los temas presentados, mientras que es de primaria importancia focalizar en qué sentido tiene para el sujeto referirse a la experiencia en una manera dada, en relación a su historia personal y a sus modalidades subjetivas de reordenar la experiencia.

Ella consiste en el *reordenamiento* de la experiencia vivida como perturbadora y fuente de sufrimiento mediante el reconocimiento, la focalización y el reordenamiento de los eventos que se suceden, en el curso de las semanas de terapia. Estos últimos, son elegidos como significativos sobre la base de la reformulación del problema inicial.

El sujeto es, de hecho, involucrado por el terapeuta en una “*cooperación explorativa*” que permite focalizar la atención desde las primeras sesiones sobre modalidades subjetivas mediante las cuales la experiencia inmediata es reordenada en términos de explicación y, por lo tanto, de convenciones personales.

Utilizando una *metodología de autoobservación*, se seleccionan episodios críticos significativos y se procede a su reconstrucción en la “*moviola*”, focalizando en los elementos caracterizantes y las activaciones emocionales correspondiente, qué cosa ocurre antes, durante y después en el escenario considerado; actitudes del sujeto y de los otros protagonistas del episodio; escenarios imaginativos conectados con lo que ocurre; activaciones emo-



tivas, etc.

Como lo ha evidenciado Guidano (1987, 1991), en un sistema complejo como es el sistema cognoscitivo humano, el modo con el cual es explicada una emoción que irrumpe en la conciencia es, de hecho, un proceso destinado a hacer consonante la experiencia con el sentido de sí mismo que es captado en ese momento (“autoderivación”), con el fin de darle coherencia y estabilidad. Las emociones más activantes son aquellas que se observan cuando un sujeto descubre que ha tenido un modo de funcionar diferente del que creía. Por lo tanto, el terapeuta pone al sujeto en la condición de no poder evitar autorreferirse las discrepancias experimentadas en su propia confrontación, conociendo aspectos de sí mismo, hasta ahora no percibidos.

Como lo ha evidenciado Reda (2003), los sujetos depresivos muestran a menudo una dificultad para focalizar, para reconocer, para autorreferirse y compartir sus propios sentimientos. Es necesario, por lo tanto, orientar el trabajo terapéutico hacia la reconstrucción de la narrativa emocional, de modo de permitir al adolescente reconocer sus propios estados emotivos, colocándolos en un relato más adaptativo, coherente con la propia historia evolutiva y el significado personal que se está construyendo.

En lo demás, la *psicoterapia* utiliza de manera privilegiada las *reacciones emotivas en curso*, que han emergido de las perturbaciones estratégicamente orientadas, de manera de poder lograr reformulaciones que evidencien al sujeto su propio modo de funcionar. A este propósito, un aspecto esencial es el de llevar al sujeto a percibir el problema presentado no más como algo “objetivo” y externo a sí mismo, sino como su modo subjetivo de percibir y de referirse la experiencia, de acuerdo a la lectura habitual de sí mismo (p.e., estar seguros que en la jornada que se inicia “todo saldrá mal”, se actuará mal, sin ver ninguna solución, sólo se puede esperar que el tiempo pase rápido).

En la focalización de las modalidades subjetivas de vivir la experiencia, en el curso de la terapia es importante hacer que el individuo comience a distinguir entre *experiencia inmediata* y la *explicación racional* que es común darse, entre el conocimiento *tácito* y *explícito* que deriva de esta articulación a dos niveles, entre el *sí mismo protagonista* que actúa de manera directa y el *sí mismo narrador* que se cuenta de acuerdo a una convención básica lo que le sucede. Paralelamente, debe comenzar a distinguir el mundo interno propio del de los otros, como perspectivas diferentes ligadas a las historias subjetivas de cada uno y no como aspectos objetivos iguales y válidos para todos.

Mediante esta focalización, partiendo desde los aspectos emocionales, es posible conseguir gradualmente un conocimiento de sí mismo (como se percibe y como se relata) y del mundo externo (como se perciben y se relatan los otros) más consciente e integrado. Por otra parte, como ya se ha destacado, el adolescente, por la heterogeneidad de los procesos de desarrollo, por la multiplicidad de los posibles recorridos evolutivos, por la inestabilidad de los esquemas ideo-afectivos, requiere más que el adulto una intervención

cuidadosa y dúctil, centrada sobre el problema propuesto.

El setting terapéutico debe estar, por lo tanto, destinado a establecer una comunicación inmediatamente empática, utilizando un lenguaje compartido, si es necesario recurriendo a la jerga común; las modalidades del coloquio deben ser informales, accesibles y destinadas a establecer una alianza terapéutica.

A veces, especialmente en situaciones agudas, es útil centrar más aún la atención sobre el problema clínico contingente, haciendo seguir, desde la primera sesión, a la reformulación del problema clínico depresivo, su focalización en la moviola en el ámbito del episodio más significativo en el cual se ha manifestado.

La dinamicidad y la inestabilidad típica de la adolescencia, si bien por un lado, constituyen un problema, por el otro, pueden resultar una ventaja si son adecuadamente aprovechadas, dando al adolescente – mediante la reformulación del problema clínico y la focalización en la moviola de cómo este estado es vivido en el plano de la experiencia inmediata y del nivel tácito de conocimiento – nuevos instrumentos de gestión de su mundo interno, en el ámbito de un, cada vez más complejo, nivel de conciencia.

La focalización en la moviola de episodios recientes en los cuales el adolescente ha manifestado los síntomas depresivos es, por lo tanto, un instrumento particularmente útil para localizar el transcurso y la fase madurativa por la que el adolescente atraviesa, lo que permite al terapeuta coger algunos aspectos fundamentales: la focalización prevalentemente externa (“outward”) o interna (“inward”) y la dependencia o independencia del campo perceptivo derivados de los procesos de apego, la relación entre concreción y abstracción, la prevalencia de las tramas narrativas de emociones de base (tristeza, desesperación, rabia, miedo, etc.) o de emociones autorreflexivas (vergüenza, culpa, etc.), las modalidades tácitas y explícitas mediante las cuales el sujeto se autorrefiere la experiencia asimilada en conformidad con su coherencia interna, obteniendo una lectura depresiva relativa a sí mismo y a su relación con el mundo.

Es posible, de este modo captar cómo la depresión puede manifestarse en el ámbito de una percepción vaga e indefinida de sí mismo (“no sé, estoy confundido/a”) o mediante el impacto emotivo con la cual se manifiesta (“me avergüenzo, no valgo nada, me siento ridículo/a, tengo miedo de salir de casa”); en otros casos, el trastorno del humor puede presentarse como un proceso de evolución lenta, percibido por el sujeto como “algo de lo que siempre he estado consciente” o como un evento imprevisto, que ha perturbado gravemente la propia vida, a consecuencia de una experiencia psicotraumática.

En cada caso, la reformulación es realizada presentando al problema no en términos de “externalidad”, sino de “internalidad”, como algo que tiene que ver con el mundo interno y las modalidades mediante las cuales el adolescente se refiere *subjetivamente la experiencia, a pesar del hecho que la experimente como algo “externo, objetivo y universalmente compartible,”*

La focalización del problema (“*reframing*”), utilizando secuencias recientes en las cuales ella se ha verificado, permite captar gradualmente la diferencia entre *experimentar* y *explicar*, es decir, entre el fluir continuo de la experiencia inmediata y las explicaciones que el sujeto se da mientras reordena la experiencia inmediata vivida, para mantener la coherencia, hasta donde le sea posible, el modo con el cual se ve y se cuenta en su trama narrativa.

Al mismo tiempo, a las representaciones o *imágenes mentales* que constituyen la “*película interna*” (“*The movie in the brain*”), del episodio se le asocian *las tonalidades emotivas correspondientes*, las cuales están estrechamente ligadas con la *organización de significado personal*.

Por ejemplo, en una organización DAP, en la cual el juicio de las figuras consideradas significativas juega un rol central en el mantenimiento de la coherencia interna y del sentido de sí mismo, toda experiencia que es vivida a nivel inmediato como desconfirmante, activa tonalidades emotivas de inseguridad, vergüenza o inferioridad. A nivel explícito, estas emociones no son simplemente tomadas, puede emerger un sentido reactivo de rabia hacia la figura desconfirmante (de la cual no se sienten aceptados y comprendidos) o un genérico sentido de confusión, como si no se supiese más que otra cosa experimentar o qué cosa hacer.

Para dar otro ejemplo, en una organización OSS, en la cual, por el contrario, la lectura interna de sí mismo prevalece por sobre la externa, toda experiencia significativa que comprenda la búsqueda de la perfección y de la certeza (percibida por el sujeto como una exigencia objetiva e indeclinable), activa una fase de inestabilidad en la cual las emociones son excluidas de la conciencia (y cuando eso no se logra, son vividas como expresión de un momento de debilidad), mientras a nivel explícito emergen sólo las explicaciones más o menos congruentes con lo acontecido.

Por tanto, la focalización de un episodio significativo – trabajando como en una *moviola cinematográfica*, adelante y atrás sobre las secuencias más importantes – permite al sujeto descubrir aspectos de sí mismo que no conocía y de focalizarse en las categorías de experiencia a las cuales es más sensible, en relación a las activaciones emocionales ligadas a su organización de significado personal.

El problema, de externo pasa de este modo a interno. El sujeto no es más un espectador inerte y resignado de lo que ocurre (“no soy capaz”, “no puedo hacer nada”), sino que descubre que es un activo constructor de cómo percibe y se refiere la experiencia perturbadora dada (“qué cosas me dice el problema a mí”): por ejemplo, tender a percibir lo que ocurre o el comportamiento de otro como un examen (DAP), ser perfecto a cualquier costo (OSS), a controlar un mundo amenazante salvaguardando la necesidad de libertad y de protección (FOB), a ver toda cosa como destinada al fracaso (DEP).

Más aún, las modalidades habituales de reconstruir y de atribuirse la experiencia comienzan a ser percibidas como una de las infinitas modalidades

posibles y no como el único modo de enmarcarla (casi como si fuera una verdad absoluta, reconocible como tal por todos).

El episodio es reconstruido como en una panorámica (“*panning*”) sobre la que se trabaja como en la sala de montaje. Los fotogramas que lo componen son reordenados en un sentido cronológico. La secuencia entera es, de este modo, recorrida hacia delante y hacia atrás, de manera de reordenarla, colocando en evidencia los aspectos hasta ahora perdidos o poco focalizados, llegando a reconstruir un conocimiento de sí mismo más consciente e integrado (“*reframing*”). El sujeto es invitado a volver a ver los fotogramas centrando la atención, ya sea en lo que ha experimentado (“*zooming in*”), o sea, en aquello que puede ser, por el contrario, el punto de vista de los otros protagonistas (“*zooming out*”).

De este modo es posible captar en el problema clínico el *procesamiento* y la *dinámica* de las modalidades de construcción personal de las “*tramas narrativas*” subjetivas, individualizando un núcleo más o menos estructurado de esquemas emocionales y de construcciones cognitivas correlacionadas con ellos.

El *cambio* terapéutico deriva de este proceso de reordenamiento de la interfase entre el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, por un lado, y entre la invarianza ligada al propio cierre organizacional tácito y la variabilidad procesal permitida por *las aperturas estructurales explícitas*, por otro. Este proceso permite una mayor conciencia y, consecuentemente una gestión más adaptativa de las propias activaciones emocionales.

Mediante el trabajo terapéutico se hace posible el mejoramiento de la “*generatividad*”, es decir, la búsqueda de caminos alternativos a los habituales, inicialmente vividos como “objetivamente” obligatorios y únicos, que pueden ser por lo tanto más “*viables*”, bajo un perfil adaptativo. Autorrefiriéndose todo lo que ha sucedido y adquiriendo progresivamente conciencia de los procesos tácitos con los cuales la experiencia es asimilada y explicada, el sujeto comienza a reconocer qué cosa sucede cuando vive una activación emocional crítica.

La focalización en la *moviola* (“*reframing*”) de los episodios significativos permite evidenciar, como ya se ha dicho, los *mecanismos “tácitos”* mediante los cuales es cogida la experiencia inmediata, así como las *explicaciones* de tal experiencia, que operan mediante trámites lógico-analíticos que llevan a referirse la experiencia vivida.

De esta manera es posible cambiar la percepción de un problema crítico, *desde aspectos de sí mismo vividos como objetivos e inmutables, a modalidades subjetivas de ordenar la experiencia.*

La toma de conciencia de estos aspectos personales, hasta ahora desconocidos, puede inicialmente turbar, originando una imagen negativa o frágil de sí mismo; sin embargo, en el curso del trabajo terapéutico puede ser, en general rápidamente superada. De este modo, la toma de conciencia no solo produce directamente una reducción de la activación emotiva en los

momentos críticos, en los cuales las experiencias discrepantes reaparecen, sino que también pone en marcha la conciencia de poder comenzar a gestionar procesos y situaciones anteriormente no conocidos: estos ocurren, de hecho, en el dominio de la propia experiencia – no en un espacio externo, sobre el cual sería imposible operar – y dependen de manera determinante de la modalidad de lectura subjetiva con la que se vive.

En definitiva, las capacidades de integración del sí mismo en los adolescentes depresivos permiten una reestructuración adaptativa de las tramas narrativas personales, aún tomando en cuenta la fisiológica inestabilidad que caracteriza esta fase de la vida. Para obtener un éxito positivo es, sin embargo, indispensable poner en marcha intervenciones cada vez más empáticas, oportunas y cuidadosas, utilizando enfoques informales e involucrando, cuando es necesario, las figuras significativas (padres, etc.), las que son ayudadas para comprender el malestar del adolescente y no culpabilizarlos en relación a los elementos desadaptativos presentes en las relaciones de apego.

Más detalladamente, la modalidad de lectura del sí mismo ha resultado estrechamente conectada con la organización de significado personal y, por lo tanto, con la reformulación del problema presentado en términos de internalidad/externalidad, condición fundamental para el posterior desarrollo del trabajo terapéutico.

Sobre la base de tal premisa, emerge en forma evidente que los eventos de descompensación no revisten un significado objetivo único y unívoco, válido para todos los sujetos depresivos, sino que en realidad adquieren valencias diversas en relación a la modalidad subjetiva de reordenamiento de la experiencia vivida. Tal modalidad subjetiva aparece claramente relacionada con los pattern de activación emocional que connotan las específicas organizaciones de significado personal de todo sujeto.

A este propósito, la trama narrativa, que a nivel explícito emerge bajo la forma de explicaciones racionales enunciadas en el discurso según criterios de ordenamiento dialógico-deductivo, esconde una notable complejidad de la organización individual del sí mismo. De hecho, en una reconstrucción de las experiencias significativas que la connotan, como ocurre en el trabajo terapéutico, es posible alcanzar los componentes tácitos de ordenamiento de la experiencia y sus correspondientes activaciones emocionales.

En lo que se refiere, finalmente, a la evolución de los principales aspectos clínicos, también ellos, estrechamente correlacionados con el tipo de depresión (por lo tanto, la subyacente organización de significado personal), es posible reconocer en general aspectos pronósticos positivos, en un alto grado, en el aumento de la flexibilidad, abstracción y complejidad. Obviamente, que la expresión de tales potencialidades, es decir, la de una modalidad más adaptativa para reordenar la experiencia vivida por el adolescente está subordinada a un adecuado trabajo terapéutico.

La posibilidad de reconocer y de referir a sí mismo aspectos de las tonalidades emotivas totalmente (o en parte) ignoradas puede, por lo tanto,

permitir un gradual cambio en la modalidad de percibir la propia negatividad, pasando de una visión de sí mismo percibida como *objetivamente* dada e irreversiblemente determinada, a la focalización de las propias *modalidades subjetivas* (habituales, pero no únicas o irreversibles) de ordenar la propia experiencia, como una trama narrativa (Villegas, 1993, 1994), atribuyéndole de vez en cuando significados, como ya se ha dicho, de desconfirmación personal (depresión DAP), de no valor personal (depresión DEP), de desconfirmación/no valor (depresión DAP-DEP), de imperfección (depresión OSS), quizás enmascarada por somatizaciones o pánico (depresión FOB).

### CONCLUSIONES

De acuerdo a todo lo precedentemente reportado, la psicoterapia cognitiva sistémico procesal permite un acercamiento particularmente útil a la depresión adolescente, siempre y cuando sea conducida teniendo presente la específica organización de significado personal, en cuyo ámbito se articulan los temas de negatividad sobre la base de *pattern* emocionales peculiares de cada sujeto.

Con este propósito, el reconocimiento de diversas formas de depresión adolescente – cuya sintomatología constituye por tanto una expresión trans-organizacional – permite una lectura cuidadosa de los variados síntomas y de los temas de negatividad en una óptica evolutiva, partiendo de los modelos de apego y colocando el acento sobre las organizaciones de significado personal.

Moviéndose desde los eventos perturbantes y desde las modalidades de descompensación, es posible operar una reformulación clínica de la sintomatología depresiva, proponiendo una clave de lectura que permita una focalización consciente de las emociones perturbadoras y de las modalidades de explicación y de autoatribución de la experiencia, las que son vividas como desadaptativas y disfuncionales.

Es posible, de tal manera conseguir un nuevo y más complejo equilibrio interno, que tenga en cuenta los procesos maduracionales en curso, y en particular, la progresiva adquisición de las capacidades lógico abstractas y que permita una lectura más “viable” en el plano subjetivo de lo que ocurre en el ámbito de la específica organización cognitiva de significado personal de cada uno.

Los eventos experienciales previos, actuales y futuros vividos como discrepantes bajo el perfil emocional, pueden ser entendidos según diversos ángulos y con instrumentos cognoscitivos nuevos, con una más amplia y dúctil focalización del mundo interno y externo, liberando potencialidades y recursos que la descompensación depresiva había, a veces dramáticamente, bloqueado y reprimido.

Mediante el trabajo psicoterapéutico destinado a la recuperación del valor intrínseco de crecimiento que tiene una visión, “aunque” sea depresiva de sí mismo y del mundo, el trastorno del humor que caracteriza la crisis ado-

lescente puede, entonces, resolverse en forma de un proceso madurativo, favoreciendo la adquisición de un nuevo sentido de realidad, con una focalización de la experiencia articulada en los claro/oscuro, alejada al mismo tiempo de los mitos ilusorios propios de la infancia y de una visión adulta, pero rígida del tipo “todo o nada”, de la existencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam K. S. (1982).: Loss, suicide and attachment. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. Tavistock, London.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1994), Forth Edition (DSM IV A.P.A. Press, Washington (Ed. it.: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV Edizione - DSM-IV. Masson, Milano, 1995).
- Arciero G., Mazzola V. (2000): Le organizzazioni di personalità: l'approccio post-razionalista. In: Nardi B. (Ed.), *Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona.
- Borgna E. (1997): *Le Figure dell'Ansia*. Feltrinelli, Milano.
- Braconnier A (1993): *Depresión à l'adolescence*. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-2 14 A10: 1-4.
- Brent D.A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C., Iyengar S., Johnson B.A. (1997): A clinic psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Brown G.W., Harris T. (1978): *Social Origins of Depression*. Tavistock, London.
- Carlson R. (1981): Studies in script theory, I, adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Personality, Sociology and Psychology*, 40, 501-510.
- Cesari G. (1990): La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): *Adolescenza e Trasgressione*. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna.
- Chandler M.J. (1975): Relativism and the problem of epistemological loneliness. *Human Development*, 18, 171-180.
- Crittenden P.M. (1992): Quality of attachment in the preschool years. *Review of Psychopathology*, 4, 209-241.
- Crittenden P.M. (1994): *Nuove Prospettive sull'Attaccamento*. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio. Guerini, Milano.
- Crittenden P.M. (1997): *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson. Milano.
- Crittenden P.M. (2000): The process of constructing the self and its relations to psychotherapy. In: Bondolfi G., Bizzini L. (Eds.), *International Congress On Constructivism in Psychotherapy*. Université de Genève, Genève.
- Damasio A.R. (1999): *The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*. (Ed. it.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000).
- Diener C.I., Dweck C.S. (1980): An analysis of learned helplessness, 2, The processing of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 940-952.



- Galimberti U. (1983): *Il Corpo*. Feltrinelli, Milano.
- Guidano V.F. (1987): *Complexity of the Self*. Guilford, New York. (Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).
- Guidano V.F. (1991): *The Self in Progress*. Guilford, New York. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino 1992).
- Guidano V.F. (2000): Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva (seminario tenuto nel 1989). In: Nardi B. (Ed.), *Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona.
- Guidano V.F., Liotti G. (1983): *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York.
- Kandel E.R., Schwartz J., Jessell T.M. (Eds.): *Principles of Neural Sciences*, Appleton & Lange, Norwalk, Conn., 2000 (Ultima ed. it., corrispondente alla ed. orig. 1991: *Principi di Neuroscienze*. Ambrosiana, Milano, 1994).
- Kaplan L.J. (1984): *Adolescence. The Farewell to Childhood*. Touchstone, New York.
- Lambruschi F., Ciotti F. (1995): Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia. *Età Evolutiva*, 52, 109-124.
- Lewis M., Brooks Gunn J.: *Social Cognition and the Acquisition of Self*. Plenum Press, New York, 1979.
- Lewis M. (1992): *Shame, the Exposed Self*. Free Press, New York.
- Lewis M. (1993): The emergence of human emotions. In: Lewis M., Haviland J.M.H. (Eds.), *Handbook of Emotion*. Guilford, New York.
- Lewis M. (1994): Myself and me. In: Taylor Parker S., Mitchell R.W., Boccia M.L. (Eds.), *Self-Awareness in Animals and Humans*. Cambridge University Press, Cambridge, Mass.
- Maturana H., Varela F. (1988): *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).
- Maturana H., Varela F. (1987): *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987. (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).
- Nardi B. (1995): La depressione. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. IR. S. L'Aurora, Ancona.
- Nardi B. (2001): *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Nuove Prospettive in Psicologia Clinica*. Franco Angeli, Milano.
- Nardi B., Pannelli G. (1996): Adolescent depression: New perspectives according to a cognitive post-rationalist approach. In: *X World Congress of Psychiatry. World Psychiatric Association*, Madrid.
- Nardi B., Pannelli G. (1997a): Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico-processuale. *Rivista di Psichiatria*, 32 (4), 157-164.
- Nardi B., Pannelli G. (1997b): Approccio cognitivo, sistemico-processuale, alla depressione adolescenziale. *Complessità & Cambiamento*, 6(2), 42-52.
- Nardi B., Pannelli G. (1998): Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di nega-



tività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Rivista di Psichiatria*, 6, 277-286.

BERNARDO  
NARDI

- Nardi B., Pannelli G. (1998): Adolescent depression: How to cope turmoil and self negativity. *Medicine, Mind and Adolescence*, 13 (1-2).
- Prigogine I. (1973): *Irreversibility as a symmetry-breaking process*. *Nature*, 246, 67-71.
- Reda M.A. (1990): Adolescenza e igiene mentale. In: Nuvoli G. (Ed.), *Psicologia e Adolescenza*. Delfino, Sassari.
- Reda M.A. (1996): L'organizzazione della conoscenza. In: Bara B.G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Reda M.A. (1996): Le basi emotive dello sviluppo cognitivo: considerazioni per la psicoterapia. In: D'Errico I., Menoni E., Sacco G. (Eds.), *Seminari 1996 "Conoscenza ed Etologia. La Ricerca nelle Scienze Cognitive"*. Melusina, Roma.
- Reda M.A. (1997): Segnali corporei e significati personali. In: Fenelli A., Macrì S., Volpi C. (Eds.), *Il Corpo e la Terapia Cognitiva*. Melusina, Roma.
- Reda M.A. (1999): La maturazione adolescenziale nell'epistemologia cognitiva sistemico processuale. In: Nardi B. (Ed.), *La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale*. IR. 5. L'Aurora, Ancona.
- Reda M.A. (2003): The narrative reconstruction of the Self in the treatment of depression. In: *8° International Congress on Constructivism and Psychotherapy*. IPRA, Monopoli.
- Reda M.A., Liotti G. (1984): Un modello cognitivo della depressione. Aspetti teorici e sperimentali. In: AA.VV. (Eds.), *La Condizione Depressiva*. Masson, Milano.
- Rezzonico G., Lambruschi F. (1996): Evoluzione del modello cognitivista. In: Rezzonico G., Lambruschi F. (Eds.): *La Terapia Cognitiva nel Servizio Pubblico*. Angeli, Milano.
- Seligman M.E.P. (1975): *Helplessness: On Depression, Development and Death*. Freeman, San Francisco.
- Tomkins S.S. (1978): Script theory: Differential magnification of affects. In: Howe H.E., Page M.M.: (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Villegas M. (1993): La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87.
- Villegas M. (1994): Costruzione narrativa dell'esperienza e psicoterapia. *Psicobiettivo*, 14(1), 31-41.
- Witkin H.A., Goodenough D.R. (1977): Field dependence and interpersonal behavior. *Psychological Bulletin*, 84, 661- 689.

LA DEPRESIÓN  
ADOLESCENTE

