

BORRADOR DEL ESCRITTO PUBLICADO COMO:
Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Terapia Interpersonal. En
Caro I: Psicoterapias cognitivas: evolución y nuevos modelos.
Barcelona: Paidós 2002. Barcelona: Paidós 2003
ISBN: 84-493-1403-8



Capítulo 11

TERAPIA INTERPERSONAL DE LA DEPRESIÓN

Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y FUNDAMENTOS

Aunque el término *interpersonal* goce de una rica tradición en la psiquiatría americana (Sullivan, 1953), lo que hoy conocemos como *psicoterapia interpersonal* tiene una historia relativamente corta. Podríamos decir que su texto fundacional es el manual de *psicoterapia interpersonal de la depresión* de Klerman, Weissman, Rousanville y Chevron, que vio por primera vez la luz en 1984. Hoy es, junto con la terapia cognitivo-conductual, la que más frecuentemente aparece mencionada y estudiada en las publicaciones psiquiátricas y, probablemente, es la forma de psicoterapia que con más frecuencia dominan los psiquiatras americanos (Docherty y cols, 1993).

El manual se inscribe en el movimiento que comienza a desarrollar por entonces, un trabajo sistemático que pretende aportar las pruebas que hagan insostenible aseveraciones como las del célebre informe en el que Eysenck (1952) afirmaba, no sólo que no existía ninguna prueba de que la psicoterapia fuera eficaz para el tratamiento de los trastornos mentales, sino que los indicios existentes parecían indicar lo contrario. Se trata de someter a la modalidad de psicoterapia propuesta a las mismas pruebas a las que somete a cualquier tratamiento médico. Responde también a ese fenómeno que Lester Luborsky (Luborsky y DeRubies 1984), calificó como *una pequeña revolución*: la aparición de los primeros *manuales* de psicoterapia que se presentan en primer lugar como un instrumento para homogeneizar las intervenciones de los diversos participantes en una investigación, pero, como efecto secundario, proporcionan un procedimiento de entrenamiento en intervenciones bien definidas.

El grupo de Klerman (y la terapia interpersonal) constituye, junto con el de Beck (y la terapia cognitivo-conductual), la excepción a la desaparición de las publicaciones sobre psicoterapia en las revistas de

psiquiatría durante los años 80. Ambos grupos compartieron la habilidad de:

- 1) Diseñar su investigación con la metodología de los ensayos clínicos empleados para demostrar la eficacia de los fármacos
- 2) Contrastar la eficacia de las intervenciones que proponían con placebo, con los fármacos que habían probado su eficacia sobre esos mismos trastornos y con una combinación de ambos
- 3) Publicar sus resultados en las mas prestigiosas revistas primarias entonces monopolizadas por la investigación mas *biológica* (por ejemplo el *Archives of General Psychiatry*)

Klerman y sus colaboradores, en este manual inicial, (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman,1984) se refieren a la terapia interpersonal de la depresión como basada en *un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental*. Se trata de un procedimiento *específicamente diseñado para intervenir sobre trastornos depresivos* (definidos con los criterios del DSM para trastorno depresivo mayor).

Los autores del manual creen encontrar antecedentes remotos de su modo de entender las cosas en el *tratamiento morial* de los protopsiquiatras de la Francia revolucionaria, con Philipe Pinel (1732-1819) a la cabeza. Pero la referencia clave es, sin duda, Adolf Meyer (1866-1950), un psiquiatra de origen suizo-germánico y, originariamente, principalmente interesado en la neuropatología, que, al entrar en contacto una vez emigrado a los Estados Unidos, con los seguidores del pragmatismo de William James, desarrolló un modelo al que calificó de *psicobiológico* en el que contemplaba la salud y los trastornos mentales como resultado de intentos de adaptación a un ambiente cambiante (que en el caso del hombre es, sobre todo, un ambiente social).

El antecedente inmediato de la propuesta de Klerman, es la escuela americana de *psiquiatría interpersonal*, que cobró vigor, sobre todo en los años treinta y cuarenta en el área de Washington-Baltimore, que se basó, sobre todo, en los trabajos de Sullivan (1956), e incluyó psiquiatras, inicialmente psicodinámicos, de la importancia de Frieda Fromm Reichma, Karen Horney, Erich Fromm o Arieti. Harry Stack Sullivan (1892-1949), llegó a plantear que, en última instancia, lo que era un psiquiatra es un *experto en relaciones interpersonales* y, a desarrollar todo un arsenal teórico en el que los aconteceres de la salud y los trastornos mentales (incluidos los más graves, a los que esta escuela dedicó particular atención) aparecen en términos de relaciones interpersonales (Sullivan, 1953, 1954, 1955, 1956). Aunque algo del clima propuesto por Sullivan **B**sobre todo el recogido en su célebre texto sobre la entrevista

psiquiátrica **B** se trasluce en el manual de Klerman, ninguno de sus conceptos claves (ansiedad, dinamismo, campo interpersonal, teoremas...) son utilizados en él. El alejamiento de la propuesta iniciada por Klerman y su equipo de la corriente histórica interpersonal, se ha acentuado cuando el liderazgo del nuevo movimiento ha pasado a manos de terapeutas de la siguiente generación como John Markowitz, que ha mostrado incluso su desacuerdo con que la *terapia interpersonal* en el nuevo sentido, se incluya en los prontuarios de terapias **A** dinámicas **@** como la *Guía Concisa* de la Asociación Psiquiátrica Americana (Levenson, Butler y Beitman, 1997)

La propuesta incorpora, también ciertos descubrimientos de la *psiquiatría social*: Srole y Fischer (1980), Leighton, Harding, Macklin, Huges y Leighton (1963), Stouffer (1950), Holmes y Rahe (1967), Faris y Dunham (1939), Hollingshead y Redlich (1958), Goffman (1961), Stanton y Schwartz (1954), Gruenberg, Turns y Segal (1972), y retoma las concepciones sobre roles sociales de *la escuela de Chicago de psicología social*. Pero - y en esto se manifiesta su carácter no doctrinario - *no se trata de una aplicación a los trastornos depresivos de los principios generales de la psiquiatría interpersonal*, sino de un procedimiento específicamente ideado para ese trastorno y legitimado no por su coherencia con una teoría, sino por la eficacia demostrada en ensayos clínicos.

Por eso, más que a sus raíces históricas, los proponentes les gusta centrarse en lo que consideran los fundamentos *empíricos* de la propuesta, a los que nos referiremos brevemente. Como tales, recogen observaciones procedentes de seis campos de investigación, que ponen de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en los trastornos depresivos y que revisaremos brevemente.

Relaciones interpersonales y estados de animo normales

Los trabajos ya clásicos de Bowlby (1969, 1977) sobre la necesidad de *vinculación* en humanos y primates destacan la capacidad de sus indefensos recién nacidos de desarrollar - en ausencia de los necesarios lazos afectivos - cuadros que recuerdan los depresivos. Esta capacidad se mantiene durante la edad adulta y, en los humanos puede aparecer no sólo ante la pérdida de estos vínculos, sino ante su representación o anticipación. Los trabajos de Lindeman (1944), Clayton (1968), Maddison y Walker (1967), Maddison (1968), Walker, McBride y Vachon (1977) o la propia Mirna Weissman (1979) sobre duelo ilustran estos procesos afectivos consecuentes a acontecimientos en la esfera interpersonal.

Relaciones interpersonales como antecedente de la depresión clínica: el papel de la experiencia infantil

Los autores de este manual revisan la evidencia sobre la *pérdida de uno de los progenitores* a determinadas edades en el desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta (Tenant, Bebbington y Hurry, 1980) o lo conocido sobre la *calidad de la relación paternofilial en la infancia* (Parker, 1979) y el riesgo de desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta. También se consideró la evidencia sobre el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental en general y cuadros depresivos en particular de los *hijos de los pacientes deprimidos* (Rolf y Gamezy, 1974; Weintraub, Neale y Liebert 1975; Gamer, Gallant, Grunebaum y Cohler 1977; Welner, Welner, McCrary y Leonard, 1977; Weissman, Paykel y Klerman, 1972) o la mayor frecuencia con que *los adultos deprimidos informan* (retrospectivamente) de depresión en sus padres, rechazo abandono o abuso parental (Orvaschel, Weissman y Kidd 1980).

Dificultades interpersonales como antecedente de la depresión clínica en la vida adulta

En el momento de redactarse el manual, existían trabajos que relacionaban estos dos extremos en cuatro áreas diferentes.

Estrés y acontecimientos vitales

Desde los trabajos clásicos de Holmes y cols (1950) sobre el aumento en la incidencia de enfermedades respiratorias tras acontecimientos estresantes, se han demostrado aumentos en la incidencia de trastornos depresivos en los seis meses siguientes a acontecimientos especialmente conflictos de pareja (Paykel, Myers, Dietnelt, Klerman, Lindelthal y Pepper, 1969; Paykel, 1978; Ilfeld 1977) o subsecuentes a conflictos crónicos (Pearlin y Liberman, 1977) aunque no falte quien haya puesto en duda el sentido de una posible causalidad entre estos hechos (Bloom, Asher y White, 1978).

Apoyo social

Los trabajos de Henderson (1974) postulaban una *conducta provocadora de cuidados* a través de una demostración de incapacidad, que sería eficaz - y normal - en ciertas situaciones pero que podría llegar a ser patológica en otras. Este mismo autor ha enfatizado el papel de los lazos sociales como protector (Henderson, 1978a y b, 1979, 1980a y b). En palabras del propio Henderson (1977):

"los síntomas neuróticos emergen cuando las personas se consideran a si mismas deficitarias en atención, cuidado e interés por parte de los otros. Y los síntomas mismos pueden ser entendidos como conducta provocadora de cuidados que puede ser adaptativa".

Relaciones de intimidad.

Brown, Harris y Copeland (1977) en sus trabajos sobre la depresión en mujeres de la clase trabajadora inglesa demostraron que una relación íntima y de confianza, generalmente el cónyuge, es una fuerte protección contra el desarrollo de una depresión frente al estrés de la vida.

Conflicto conyugal

La relación entre conflicto conyugal y trastorno depresivo había sido ampliamente estudiada tanto en Inglaterra como por el propio equipo de Cornell, y era bien conocida en el momento de redactarse el manual (Paykel ES, Myers, Dietnelt, Klerman, Lindelthal, Pepper, 1969; Brown, Harris, Copeland, 1977; Hinchliffe, Vaughan, Hooper, Roberts, 1978; Weissman y Paykel. 1974; Rounsaville, Weissman, Prusoff, Herceg-Baron, 1979).

Dificultades interpersonales como consecuencia de la depresión clínica.

La depresión tiene, sin duda, un efecto característico sobre la comunicación y la interacción interpersonal que se pone de manifiesto en la observación común de que *los deprimidos son deprimentes* para las personas de su entorno (Coyne, 1976; Kreitman, Collins, Nelson y Troop, 1971; Merikangas, Raneli y Kupfer, 1979). Se ha informado de tasas mas elevadas de separación y divorcio en pacientes deprimidos (Briscoe y Smith, 1973), así como de problemas característicos en la adaptación familiar, laboral y social (Weissman y Paykel, 1974).

Remisión

Los autores del manual revisaron el conocimiento existente sobre los procesos de remisión de los trastornos depresivos que señalaba cómo la remisión sintomática se sigue posteriormente de la del desempeño laboral y mas lentamente del familiar.

Personalidad y depresión

Los autores destacan como en el momento de elaborar el manual (y hasta la fecha) no existen estudios prospectivos y la supuesta evidencia sobre predisposición se basa en estudios de pacientes tras la remisión lo que se presta a importantes sesgos. Tal vez por ello en la terapia interpersonal de la depresión la personalidad se considera como un factor que puede condicionar la aplicación de la técnica, ser causa de problemas recurrentes o condicionar el pronóstico, pero no es el objetivo de la intervención.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

En este apartado nos referiremos en todo momento al manual básico (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) para trastorno depresivo mayor, ya que, en realidad, todas las otras aplicaciones son, en rigor, resultado de modificaciones de éste.

La TIP es una terapia diseñada específicamente para tratar pacientes depresivos con un formato breve (en torno a las 20 sesiones semanales de una hora de duración). Según los autores del manual la intervención tiene sus notas características a tres niveles diferentes: las estrategias, las técnicas y la actitud terapéutica.

Estrategias TIP

En realidad lo específico de la TIP es su estrategia. Esta supone la consideración de tres fases inicial, intermedia y de terminación.

Fases iniciales

Durante esta fase se acometen cuatro tareas. La primera se intitula *ocuparse de la depresión* y se lleva a cabo a través de una *revisión minuciosa de los síntomas depresivos* que se realiza conjuntamente con el paciente y como resultado de la cual puede *darse un nombre al síndrome*. Sobre esta base *se instruye al paciente sobre la depresión y tratamiento*, se puede *otorgar al paciente el rol de enfermo*. Este es también el momento de *evaluar la necesidad de medicación* (cuyo uso conjunto está recomendado).

La segunda tarea consiste en *relacionar la depresión con el contexto interpersonal* para lo que se procede a revisar exhaustivamente con el paciente sus relaciones interpersonales presentes y pasadas (por este orden) y relacionarlas con los síntomas depresivos según una sistemática minuciosamente explicitada en el manual.

En base a la información recabada en la ejecución de estas tareas se procede a determinar sobre cuál de las *áreas problema* a las que nos referiremos en el apartado correspondiente a las fases intermedias se va a trabajar y a fijar, de acuerdo con esto, los objetivos del tratamiento. La última de las tareas acometidas en esta fase supone *explicar los conceptos básicos de la TIP y hacer el contrato*.

Fases intermedias

El supuesto básico de la TIP está en considerar que los cuadros depresivos que van a tratarse con ella tienen que ver con problemas que se manifiestan en una de las *cuatro áreas problema* siguientes: duelo, disputas interpersonales, transiciones de papel o déficits interpersonales. En una terapia se trabaja en una, o en todo caso en dos de estas áreas, que se seleccionan de acuerdo con el paciente en las fases iniciales.

Duelo

Se selecciona este área problema cuando existe evidencia de dificultades en la elaboración de un duelo. Los *objetivos* de este trabajo son: facilitar el proceso de duelo y capacitar al paciente para restablecer el interés y las relaciones para sustituir lo perdido.

Esto se consigue a través de una serie de *estrategias* que incluyen: una revisión de los síntomas depresivos, relacionar los síntomas con la muerte de la persona significativa, una reconstrucción de la relación del paciente con el fallecido, una revisión de la secuencia y consecuencias de los acontecimientos inmediatamente anteriores, de durante y después de la muerte, una exploración de los sentimientos (positivos y negativos) asociados y una consideración de las posibles maneras de entablar relaciones con otros.

Disputas interpersonales

Se selecciona cuando pueden identificarse situaciones interpersonales en las que existen expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa y pueden relacionarse con la sintomatología depresiva. Los *objetivos* son: identificar la disputa, escoger un plan de acción y /o modificar los patrones de comunicación o reevaluar las expectativas o ambas cosas a la vez.

El terapeuta no tiene por qué guiar al paciente hacia ninguna solución en particular y no intenta mantener relaciones imposibles.

En cuanto a las *estrategias* se revisan: los síntomas depresivos, se ponen en relación con la disputa abierta o encubierta con un otro significativo con el que el paciente está comprometido y se determina la fase en la que está actualmente la disputa. Si la disputa está en fase de *impasse* se tratará de llevarla a una fase de *renegociación*; si esta en fase de *disolución* esta se trabajará como un duelo. Se trata de ayudar al paciente a entender como las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa e iniciar los pasos que pueden conducir a resolución de la disputa y negociación de roles.

Se trabajan para ello tanto aspectos *prácticos* (motivos, expectativas, valores, posibilidades, recursos, perpetuantes...), como *paralelos* con relaciones previas o *consecuencias* de un número de alternativas antes de pasar a la acción.

Transiciones de rol

Se asocian a la depresión cuando la persona tiene dificultades para afrontar los cambios requeridos por el nuevo rol (padre, trabajador, jubilado...). Las transiciones suelen asociarse a progresiones en el ciclo vital. Las dificultades se suelen asociar a pérdida de apoyos y vínculos familiares y sociales, manejo de las emociones concomitantes como rabia o miedo, exigencia de nuevo repertorio de habilidades o baja autoestima.

Los *objetivos* del trabajo en este área son: facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol, propiciar una visión mas positiva del nuevo y restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles.

Las *estrategias* para el trabajo en este área comprenden una: revisión de los síntomas depresivos, relacionar los síntomas depresivos con las dificultades para desenvolverse frente a algún cambio vital reciente, una revisión de los aspectos positivos y negativos de los roles antiguos y nuevos, una exploración los sentimientos ante lo que se ha perdido y ante el cambio mismo, y una exploración de las oportunidades que brinda el rol nuevo; se trata de evaluar realistamente lo perdido, animar una adecuada liberación de afectos y propiciar el desarrollo del sistema de apoyo y nuevas habilidades requeridas por el nuevo rol.

Déficits interpersonales

Se eligen como foco de la TIP cuando un paciente presenta una historia de empobrecimiento social que incluye relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes. Son personas que nunca han establecido una

relación duradera o continua como adultos. Suelen ser los pacientes mas graves y, desde luego, los mas difíciles de trabajar con esta técnica.

Al no existir relaciones actuales a las que referirse el foco se centra en relaciones pasadas, la relación con el terapeuta o el comienzo de nuevas relaciones.

El trabajo en este área, particularmente ardua, se atiene a los *objetivos*: de reducir el aislamiento social del paciente y animar la formación de nuevas relaciones. Para ello utiliza las siguientes *estrategias*: revisar los síntomas depresivos, relacionar los síntomas depresivos con los problemas de aislamiento o desengaño social, revisar las relaciones significativas del pasado, incluyendo los aspectos positivos y negativos, explorar pautas repetitivas en las relaciones pasadas o fracasadas, analizar los sentimientos positivos y negativos del paciente hacia el terapeuta (que es frecuentemente en estos casos la única relación vigente) y buscar paralelos en otras relaciones anteriores o en curso.

Fase de terminación

La terminación debe ser *abordada explícitamente* al menos dos sesiones antes de producirse el cese de la terapia. Para facilitar la tarea de terminación, las últimas 3 ó 4 entrevistas deben acometer el reconocimiento de esta terminación como momento de posible duelo, y analizar los movimientos hacia el reconocimiento por parte del paciente de su capacidad de independencia. En este momento conviene propiciar reacciones emocionales y, a la vez, prevenir su interpretación como recaídas.

Si el paciente se resiste a terminar se le dirá que puede ofrecérsele mas tratamiento pero debe dejar transcurrir un período de 4-8 semanas para comprobar que verdaderamente lo necesita (excepto si persiste sintomatología importante: en cuyo caso procede buscar otro enfoque y/o otro terapeuta).

El manual contempla las siguientes indicaciones de tratamiento prolongado:

- 1) Trastornos de la personalidad.
- 2) Sujetos que pueden iniciar relaciones pero no mantenerlas.
- 3) Sujetos con deficits interpersonales y habilidades insuficientes para iniciar relaciones con lo que estarán perpetuamente solos.
- 4) Depresiones recurrentes (requieren tratamiento de mantenimiento, como más adelante referiremos).
- 5) Pacientes que no han respondido y continúan agudamente deprimidos.

Técnicas

El desempeño de este tipo de tratamientos requiere el dominio de algunas técnicas generales de entrevista y manejo clínico y el de algunas *técnicas específicas*. Sin embargo es importante puntualizar que *a la TIP la caracterizan sus estrategias, no sus técnicas*. El manual describe las técnicas específicas utilizadas en la TIP, agrupadas en 7 grandes grupos:

- 1) Técnicas exploratorias.
- 2) Propiciación de los afectos.
- 3) Clarificación.
- 4) Análisis comunicacional.
- 5) Uso de la relación terapéutica.
- 6) Modificación de conducta y,
- 7) Técnicas auxiliares (contrato, encuadre...).

Actitud terapéutica

El manual define aquellos aspectos de la actitud terapéutica que diferencian la TIP de otras intervenciones psicoterapéuticas. Son las siguientes:

- 1) El terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral.
- 2) La relación terapéutica no es analizada como una manifestación de transferencia.
- 3) La relación terapéutica no es una relación de amistad.
- 4) El terapeuta es activo, no pasivo.

Los autores del manual especifican que consideran que los terapeutas TIP pueden ser psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales psiquiátricos o enfermeros, que ya han alcanzado niveles de experiencia y capacidad en algún tipo de psicoterapia dinámica (Rogeriana, psicoanalítica, etc.). La realidad, como luego señalaremos, es que la TIP se ha convertido en una modalidad de intervención crecientemente utilizada por psiquiatras, según los datos de la Asociación Psiquiátrica Americana (Docherty y cols, 1993), y que se han elaborado sobre la misma manuales de *counseling* especiales para enfermería y para ser aplicados en atención primaria.

A la formación se accede a través del estudio de *material escrito* (el *manual*) que se completa con la asistencia a un *seminario didáctico* de dos a cinco días de duración en el que se trabaja sobre *material audiovisual* y se

hace especial énfasis en los cuatro aspectos en los que se han detectado dificultades con mas frecuencia:

- 1) Reconocimiento de la depresión como un trastorno médico.
- 2) Énfasis en los problemas actuales de funcionamiento interpersonal.
- 3) Carácter exploratorio del proceso de tratamiento (el manual no es un libro de cocina) y,
- 4) Carácter breve de la intervención.

Se requiere, además, la *supervisión* de 4 casos, aunque en terapeutas con experiencia clínica los autores informan en una publicación posterior de no obtener ventajas después de la segunda supervisión (88). Se trata de una supervisión semanal, sesión por sesión que puede hacerse personalmente o, en ciertos casos, por teléfono, habiendo ya el terapeuta visto el video de la sesión objeto de la supervisión.

La *evaluación* del aspirante a terapeuta se realiza en tres áreas diferentes: el uso de estrategias de TIP, el uso de técnicas de TIP y el uso de técnicas no TIP. La evaluación se realiza en base a una escala estandarizada sobre una hora de vídeo a la vez por el supervisor y otro evaluador independiente. Suelen obtener mejores resultados los terapeutas mas expertos.

APLICACIONES Y SOPORTE EMPÍRICO

Desarrollaremos en un mismo apartado las aplicaciones propuestas y los resultados de la investigación, ya que uno de los propósitos que ha caracterizado al movimiento de terapia interpersonal ha sido la de sustentar cada propuesta de nueva aplicación en una demostración de su eficacia a través de ensayo clínico y, generalmente, buscando la comparación al menos con placebo y tratamiento farmacológico y, frecuentemente con otros tratamientos psicológicos y la combinación de la terapia interpersonal con psicofármacos.

Por motivos de espacio, nos centraremos básicamente en la eficacia de la TIP en el campo de los trastornos afectivos, recogiendo el principal estudio realizado.

TIP en trastornos afectivos

Probablemente hay pocos tratamientos psicológicos cuya eficacia esté tan bien establecida como la de la TIP para episodios agudos de *depresión mayor*. Ya en el momento de la publicación del manual (Klerman,

Weissman, Rousanville y Chevron, 1984) había sido demostrada su eficacia frente a **A**tratamiento habitual (menos eficaz), a tricíclicos (igual de eficaz) y a combinación de TIP y tricíclicos (Weissman, Prusoff, Dimascio, Neu, Gohlaney y Klerman, 1979). Las dos monoterapias experimentales resultaron superiores a la condición control, y la combinación resultó superior a ambas.

La TIP para depresión mayor fue uno de los tratamientos estudiados en el que probablemente es el proyecto más ambicioso de evaluación de eficacia de tratamientos psicológicos terminado hasta la fecha: el Proyecto Coordinado de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión del Instituto para la Salud Mental Americano (Elkin, Pilkonis, Docherty y Sotsky, 1988a; Elkin 1994; Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985; Elkin, Pilkonis, Docherty y Sotsky, 1988b; Elkin, Shea, Whatkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff, 1989). Los resultados de este estudio no son fáciles de interpretar debido a su complejidad y además, a su publicación errática, por desavenencias entre los distintos colaboradores que se han complicado, además, con el cambio de apellido (por cambio de estado civil) de la investigadora principal Irene Elkin (antes Waskow). En este estudio - que tendrá importantes repercusiones en la metodología de investigación - se compararon cuatro condiciones de atención a pacientes deprimidos (excluidos bipolares y psicóticos): Terapia Cognitivo conductual de la Depresión (TCD) (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979), Terapia interpersonal de la depresión (TIP) (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984), Imipramina mas Manejo Clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto) y Placebo mas Manejo Clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes.

1) Las cuatro condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pre y post-tratamiento. La condición PLA-MC obtuvo una tasa de respuesta inesperadamente alta - posiblemente atribuible al componente de terapia de apoyo incluido en el manual de Manejo Clínico, lo que en realidad podría también convertir la opción IMI-MC en una suerte de *tratamiento combinado*, mas que en un tratamiento farmacológico puro.

2) Todas las formas de tratamiento activo resultaron mas eficaces que el placebo (efectos que son mas evidentes para TIP y IMI-MC - no así para TCD - si se utilizan criterios de *recuperación* en lugar de respuesta).

3) No se pudieron demostrar diferencias significativas entre las 3 formas de tratamiento activo empleadas al final del tratamiento - ni

siquiera en las medidas en las que cabía esperar una mayor especificidad debida a las hipótesis de base o a las estrategias empleadas en cada forma de tratamiento (excepto mejores resultados para TIP en funcionamiento social y para TCD y IMI-MC para disfunción cognitiva en los pacientes con alteración menos grave de estos parámetros).

4) La modalidad IMI-MC resultó de acción mas rápida que el resto.

5) La tasa de retención fue mayor para TIP.

6) Las depresiones mas graves tendían a responder mejor a IMI-MC y, en segundo lugar, a TIP. Resulta particularmente inquietante el hecho de que, aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo mas de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*. La investigadora principal (Elkin 1994) se lamenta de que la alta tasa de respuesta a placebo encontrada en ese estudio enmascare posibles efectos beneficiosos de las condiciones experimentales. No se detiene en el hecho de que el manual de manejo clínico utilizado incluye no pocos de los posibles elementos activos de la TIP. También llama la atención el hecho de que aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo mas de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*, lo que parece que debería servir para animar posteriores investigaciones en este campo en el que, a pesar de la euforia que podría inducirnos la publicidad farmacéutica, aún estamos lejos de poder considerar que disponemos de tratamientos satisfactorios.

Desde la publicación del primer manual se ha desarrollado otras aplicaciones, también manualizadas (Klerman y Weissman, 1993, Weissman, Markowitz, y Klerman, 2000), las cuales citaremos, brevemente, remitiendo al lector a las referencias bibliográficas que se ofrece.

El grupo de Ellen Frank, en Pittsburg, desarrolló un manual específico de *terapia de mantenimiento para pacientes con depresión recurrente* (TIP-M), con sesiones mensuales de mantenimiento, cuya eficacia investigó y publicó con exquisita pulcritud en unos trabajos en los que no sólo muestran la eficacia de la intervención, sino que analizan los factores que contribuyen a ella (por ejemplo, véase Frank, Grochocinski, Sapien y cols, 2000).

John Markowitz, que, tras la muerte de Gerald Klerman en 1992, ha asumido, junto con la viuda de este, Myrna Weissman, un papel de liderazgo de la escuela, ha desarrollado un manual para el tratamiento de

la *distimia* (Markowitz 1998). Los resultados son prometedores, aunque las muestras en las que se ha estudiado son muy reducidas.

El manual original ha sido modificado para su uso en *adolescentes deprimidos* (TIP-A) por el grupo liderado por Mufson y Moreau (Mufson, Moreau, Weissman, Klerman 1993).

La TIP se ha adaptado también para *pacientes ancianos con depresión* (TIP-G) (Frank, Frank, Cornes, Imber, Miller, Morris y Reynolds, 1993).

Se ha realizado un manual para *terapia interpersonal marital para pacientes deprimidos con disputas interpersonales* para parejas con uno miembros clínicamente deprimido (TIP-MC) (Weissman y Klerman, 1993).

El grupo liderado por Ellen Frank, en Pittsburg, generó una modificación de la TIP para *trastorno bipolar* con foco en los factores que se sabe en relación con la ocurrencia de episodios depresivos y las cuatro áreas tradicionales de problemas interpersonales a los que se añadía la disrupción de los ritmos sociales para cuyo manejo se proponían diversas alternativas técnicas no usuales en otras modalidades de TIP. La modalidad de intervención fue, por este motivo bautizada como Terapia Interpersonal y de los Ritmos Sociales TIP-RS. Los resultados, aunque presentados por la investigadora principal y recogidos en la última edición del manual general (Weissman, Markowitz y Klerman, 2000) aún no han sido publicados.

Debido a las dificultades en el uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia han sido consideradas de gran interés las terapias interpersonales para depresión *ante* (Spinelly 1997) y *post partum* (Stuart, O'Hara y Blehar, 1998).

Se han propuesto también versiones de *terapia interpersonal para la bulimia nerviosa* (Fairburn, 1993). En el estudio de Fairburn de 1991 (Fairburn, Jones, Pevler, Carr, Solomon, O'Connor, Burton y Hope, 1991) se utilizó la TIP como tratamiento control en relación con psicoterapias cognitivo-conductuales y conductuales observándose, no sólo que era igual de eficaz que estas, sino que lo era más que la terapia conductual en la prevención de recaídas y que, a diferencia de las otras terapias, con TIP la mejoría continuaba meses después de finalizar el tratamiento. (Diéguez Porres 1999a, 1999b). Un trabajo posterior (Agras y cols 2000) confirmó los resultados aunque los autores creen justificado considerar preferible la terapia cognitivo-conductual por ser de efecto más rápido. McKenzie y sus colaboradores neozelandeses están llevando a cabo un trabajo sobre anorexia nerviosa cuyos resultados, aún no publicados, también parecen prometedores.

Se trabaja también en *trastornos de ansiedad*. Se han desarrollado intervenciones para *fobia social* en formato *individual* y de *grupo*, *trastorno de pánico*, y *trastorno de estrés post-traumático*. Los resultados no han sido

publicados, aunque aparecen referidos en la última versión del texto base (Weissman, Markowitz y Klerman, 2000). Hay un caso publicado en castellano (González Suarez, 1994).

EL FUTURO DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

La terapia interpersonal se ha convertido en la práctica psicoterapéutica en la que más frecuentemente se forman los psiquiatras americanos (Docherty y cols, 1993). A ello creemos que han contribuido varios factores. En primer lugar la falta de doctrinarismo, que la hace practicable casi desde cualquier concepción del ser humano o de la depresión y su compatibilidad con el paradigma médico por ser un método que maneja la depresión *como una enfermedad* y que se contempla a sí mismo *como un tratamiento* (alternativo o complementario al farmacológico). El empeño en demostrar la eficacia de la intervención frente a las alternativas existentes y la existencia de un procedimiento reglado, accesible y eficiente de formación, que hace que un clínico con cierta experiencia pueda con facilidad capacitarse para practicar este tipo de intervención, ha contribuido a su prestigio y a su diseminación. Por último se trata de una intervención eficiente, compatible con las condiciones reales de trabajo de los clínicos realmente existentes que emplea un número de horas (20) que no están por encima de las que realmente se dedican a ellos con intervenciones menos sistematizadas y de eficacia por probar. La frecuencia de una sesión semanal (para un tratamiento de 3-4 meses tampoco parece disparatada. La abortada ley Clinton concedía en su nivel de cobertura mínimo más del doble de eso.

Con todo ello la TIP se ha convertido (junto con la Terapia Cognitiva) en una referencia, un especie de patrón de oro para tratamientos psicosociales. De allí su elección para el proyecto antes citado del Instituto Nacional de la Salud americano (108).

En el año 2000, en Chicago, se constituyó la Sociedad Internacional de Terapia Interpersonal, reuniendo a los diferentes grupos que la practican. En España se constituyó la Sociedad Española de Terapia Interpersonal en 1996, que ha trabajado sobre todo en aplicaciones para el sector público, y ha dado lugar a una cierta cantidad de publicaciones en castellano (Diéguez Porres 1999a y b; Dieguez Porres, Morales Hevia, González Suárez, 1997; Diéguez Porres, Rodríguez Vega, Fernández Liria, 2000; Fernández Liria, 1999; Fernández Liria, Rodríguez Vega, Dieguez Porres, González Suárez, Morales Hevia, 1997; González Suárez, 1994; González Suarez, Fernández Liria, 1996; Solé Puig, 1995; Solé Puig 1997; Solé Puig 1998).

En Europa en general y en nuestro país en particular, la práctica de la psicoterapia sigue anclada a planteamientos mucho más doctrinarios, de escuela, en los que la práctica clínica se plantea como una aplicación de una determinada teoría de la salud o los trastornos mentales de la que deriva generalmente una técnica cuyas condiciones de aplicación suelen estar reguladas por algún tipo de *academia*. Esta actitud ha favorecido el auge del reduccionismo biologicista y el desplazamiento de las actividades psicoterapéuticas desde los lugares en los que se desarrolla el grueso de la clínica (la atención pública a la salud mental) a los reductos de la práctica privada controlada por las propias escuelas.

Más allá de la utilidad concreta de la TIP (que creemos que está condenada a ser sustituida por otros procedimientos de intervención que demuestren ser más eficaces o más eficientes) es la *actitud* de los creadores de esta intervención y *el procedimiento* seguido para elaborarla de lo que creemos que los psicoterapeutas que vamos a ejercer en el próximo milenio deberíamos tomar nota.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras WS, Wals T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(5):459-466.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouver, 1983).
- Bloom BL, Asher SJ, White SW. Marital disruption as a stressor: a review and analysis. *Psychological Bull* 1978; 867-879.
- Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: some principles of psychotherapy. *Brit. J. psychiatry* 1977;130: 421-431.
- Bowlby J. Attachment and Loss. London. Hogarty Press. 1969.
- Briscoe CW, Smith JB. Depression and marital turmoil. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 811-817.
- Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 1-18.
- Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968; 125: 168-178.
- Coyne JC. Depression and the response of others. *J Abnormal Psychology* 1976; 85: 186-193.
- Diéguez Porres M. Bulimia nerviosa. Un nuevo enfoque terapéutico. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 114-117.
- Diéguez Porres M. Terapia interpersonal de la bulimia nerviosa. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 118-121.
- Diéguez Porres M, Morales Hevia N, González Suárez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de terapia para el sector público. In Fernández Liria A,

- Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997, 229-244
- Diéguez Porres M, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Consejo Interpersonal en Atención Primaria. Medicina Familiar y Comunitaria 2001; 11(3): 156-162
- Docherty JP, Herz MI, Gunderson J, Pincus HA, Ferris S. Psychosocial treatment research in psychiatry: A task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC. American Psychiatric Association.1993.
- Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: Wiley 1994, 114-139
- Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. Am J Psychiatry 1988; 145: 909-917.
- Elkin I, Parloff M, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Archives of General Psychiatry 1985; 42: 305-316.
- Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, II: nature and timing of treatment effects. Am J Psychiatry 1988; 145: 1070-1076.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SS, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment. Archives of General Psychiatry 1989; 46: 971-982.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 971-982.
- Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 1952; 16: 319-324.
- Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 463-469.
- Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.1993, 353-378.
- Faris RE, Dunham H. Mental Disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
- Fernández Liria A. Combinación de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos. Revista de Psicoterapia 1999; 9 (36): 27-41.
- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M, González Suárez N, Morales Hevia N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría 1997; 17: 627-648
- Frank E, Frank N, Cornes C, Imber SD, Miller MD, Morris SM, Reynolds CF. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En Klerman GL, Weissman MM. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.1993, 75-102
- Frank E; Grochocinski VJ; Sapier CA; et al. Interpersonal psychotherapy and

- antidepressant medication: evaluation of sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J clin Psychiatry* 2000 Jan; 61(1): 51-7.
- Gamer E, Gallant D, Grunebaum HU, Cohler BJ. Children of psychotic mothers. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 592-597.
- González Suárez N. Psicoterapia interpersonal y trastornos mentales comunes en un centro público de salud mental. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 97-100.
- González Suarez N, Fernández Liria A. Secuenciación de intervenciones psicoterapéuticas en un trastorno somatoforme grave. *Psiquiatra Pública* 1996; 8: 236-240.
- Goffman E. *Asylums*. New York: Doubleday 1961.
- Gruenberg EM, Turns DM, Segal SP et als: Social Breakdown Syndrome: Environmental and Host Factors Associated With Chronicity. *Am J. of Public Health* 1972; 62: 91-94.
- Henderson S. Care-eliciting behaviour in man. *J Nerv Men Disease* 1974; 159: 172-181.
- Henderson S. The social network support and neurosis: the function of attachment in adult life. *Brit J Psychiatry* 1977; 131: 185-191
- Henderson S, Duncan-Jones P, McAuley H, Ritchy K. The patient primary group. *Br J Psychiatry* 1978; 132: 74-86 .
- Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S. Psychiatric disorders in Camberra: a standardized study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60: 355-374.
- Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P, Adcock S, Scott R, Steele GP. Social bonds in the epidemiology of neurosis. *Br J Psychiatry* 1978; 132: 463-466.
- Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P, Scott R, Adcock S. Social relationships adversity and neurosis: a study of associations in a general populatio sample. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 574-583.
- Henderson S. A development in social psychiatry; the systemathic study of social bonds. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 63-69.
- Hinchliffe MK, Vaughan PW, Hooper D, Roberts FJ. *The melancholy marriage*. New York: Wiley, 1978.
- Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom* 1967; 2: 213.
- Hollingshead A, Redlich F. *Social class and mental illness*. New York: Wiley 1958.
- Holmes TH, Goodel H, Wolf S. *The nose. An experimental study of reactions within the nose of human subjects during varying life experiences*. Springfield: Charles C Thomas, 1950.
- Ilfeld FW. Current social stressors and symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 161-166.
- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books. 1984.
- Klerman GL, Weissman MM. *New aplications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.
- Kreitman N, Collins J, Nelson B, Troop J. Neurosis and marital interaction: IV. Manifest psychological interactions. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 243-252.
- Leighton D, Harding J, Macklin DB, Huges CC, Leighton AH. Psychiatric findings of the Stirling County study. *Am J Psychiatry* 1963; 119: 1021-1026.
- Levenson H, Butler SF, Beitman BD. *Concise guide to brief dinamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press 1997
- Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. psychiatry*.1944; 101:141-148.
- Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review* 1984; 4:

- 5-14.
- Maddison D, Walker W. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1057-1067.
- Maddison D. The relevance of conjugal bereavement for preventive psychiatry. *Br J Med Psychology* 1968; 41: 223-233.
- Markowitz JC. *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. Washington: American Psychiatric Press 1998.
- Merikangas K, Raneli C, Kupfer D. Marital interaction in hospitalized depressed patients. *J Ner Men Diseases* 1979; 167: 689-695.
- Mufson LH, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy for adolescents with depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993, 129-166
- Orvaschel H, Weissman MM, Kidd KK. Children and depression: the childhood of depressed patients; depression in childrens *J Affective Disorders* 1980; 2: 1-16
- Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 138-147.
- Paykel ES. Recent life events in the development of depressive disorders. Defue RA (ed). *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*. New York: Academic Press 1978, 32-47.
- Paykel ES, Myers JK, Dietnelt MN, Klerman GL, Lindelthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 753-760.
- Pearlin LI, Liberman MA. Social sources of emotional distress. En Simons R (ed). *Research in Community and Mental Health*. Greenwich: JAI Press, 1977, 122-37
- Rolf JE, Gamezy N. The school performance of children vulnerable to behaviour pathology. En Ricks DF, Alexander T, Roff M (eds). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1974.
- Rounsaville BJ, Glacer W, Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 629-636.
- Rousanville BJ, Weissman MM, Prusoff BA, Heceg-Baron. Process os psychotherapy among depressed women with marital disputes. *Am J Ortopsychiatry* 1979; 49: 505-510
- Solé Puig J. Que es y donde está la psicoterapia inerpsonal. *Revista de psicoterapia* 1995; 6: 141-159.
- Solé Puig J El lanzamiento europeo de la psicoterapia interpersonal en el X congreso mundial de Psiquiatría. *Eur Psychiatry Ed Esp* 1997; 4: 404-406
- Solé Puig J. Introducción en Schramm E. *La psicoterapia Interpersonal de la depresión*. Barcelona: Paidos 1998, 5-7
- Solé Puig J. Que es y donde está la psicoterapia inerpsonal. *Revista de psicoterapia* 1995; 6: 141-159.
- Spinelly MG. Interpersonal psychotherapyfor depressed antepartum women. *A J Psychiaty* 1997; 154(7): 1028-1030
- Srole L, Fischer A. *The Midtown Manhattan longitudinal study vs the mental illness paradise lost doctrine*. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37: 209.
- Stanton AH, Schwatz MS. *The mental hospital*. New York: Basic Books 1954.
- Stouffer S. *Measurement and prediction*. New York: Basic Books 1950.
- Stuart S, O'Hara MW, Blehar MC. Mental disorders associated with childbearing: report of the bial meeting of the Marce Society. *Psychopharmacholo Bull* 1998; 34:

333-338

- Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton. 1953.
- Sullivan HS. The psychiatric interview. New York: Norton .1954. (trad cast Buenos Aires: Psique 1989)
- Sullivan HS. Schizophrenia as a human process. New York: Norton. 1955.
- Sullivan HS. Clinical studies in psychiatry. New York: Norton .1956.
- Tenant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychol Med* 1980; 10: 289-299.
- Walker K, McBride A, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. *Soc Sci Med* 1977; 11: 35-41.
- Weintraub S, Neale JM, Liebert DE. Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology. *Am J Orthopsychiatry* 1975; 45: 839-845
- Weissman MM, Klerman GL Conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993, 103-128
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books 2000
- Weissman MM, Paykel ES. *The depressed woman: a study of social relationships*. Chicago: Chicago University Press, 1974.
- Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. The depressed woman as mother. *Soc Psychiatry* 1972; 7: 98-108.
- Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 555-558.
- Welner Z, Welner A, McCrary MD, Leonard MA. Psychopathology in children of inpatients with depression; a controlled study. *J Nerv Ment Disease* 1977; 164: 408-413.