

# COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

Gaspare Vella

Profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma.

Camillo Lorio

Investigador de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Roma y Director del "Centro per la Psicoterapia della Coppia e della Famiglia de Roma".

*On the basis of a general review of the literature of the field and of their clinical experience the authors discuss about the interpersonal relationships of the depressive patient from the point of view and clinical experience of relational therapy. The depressive patient has some characteristic modalities of relation in couple, such as care eliciting behavior, a helping relationship, and incongruencies in couple hierarchy. The depressive's family system has less interactive interchanges with the environment and among its members than the "normal" family. There is a high frequency of parents with affective disorders. The authors suggest a hypothesis about the family dynamics of the depressive disorder, and propose some general notions about the relational intervention on depressive patients.*

---

En la actualidad, las investigaciones sobre la depresión desde la perspectiva relacional son muy abundantes y, quizás debido a su tardía aparición, se han visto menos afectadas por las actitudes simplistas y los entusiasmos acríticos que habitualmente caracterizan la introducción de una nueva perspectiva, como ha sucedido con otros síndromes.

Actualmente, por ejemplo, se reconocen no sólo los efectos que las relaciones significativas ejercen sobre la depresión, sino también los efectos de la depresión sobre las relaciones significativas.

Este segundo grupo de efectos, menos obvio pero no por ello menos importante que el primero, ha sido mostrado por estudios experimentales de considerable interés que permiten reconocer el profundo impacto que los individuos deprimidos ejercen sobre los demás.

Gotlib y Robinson (1982) han puesto en evidencia que bastan tres minutos de

interacción entre un deprimido y otra persona para que ésta última asuma un comportamiento verbal y no verbal significativamente más negativo.

Coyne (1976), asimismo, pudo observar que el comportamiento de las personas depresivas tiende a reflejarse e inducir estados de ánimo hostiles en los otros, pero puede, por contra, suscitar inhibición y sentimientos de culpa, unidos a actitudes de solidaridad.

Examinaremos las relaciones que tienen lugar en torno a los síntomas depresivos, en los diversos contextos en que se manifiestan.

## **LA RELACION DE PAREJA**

En general, del análisis de la literatura sobre los aspectos relacionales de la depresión, surge la tendencia a considerar la relación de pareja como el ambiente privilegiado para que se manifieste la sintomatología depresiva. En este ámbito, veamos ahora los aspectos considerados como más significativos.

### **Acontecimientos vitales (life events) y acontecimientos estresantes.**

Paykel y col. (1973), después de haber valorado las diferentes circunstancias estresantes y sus efectos sobre la depresión en una muestra de 220 pacientes, llegaron a la conclusión de que las desaveniencias conyugales son las situaciones que más frecuentemente preceden a la manifestación de la sintomatología depresiva.

Los autores refieren, en concreto, que las peleas en los seis meses precedentes al inicio del cuadro depresivo son los "acontecimientos" de los que se lamentan más a menudo las mujeres deprimidas que acuden a terapia.

En el estudio se citan algunas problemáticas relacionadas con el distanciamiento, la hostilidad, la dificultad de comunicación con la pareja, y las tensiones y conflictos sexuales. Tales problemáticas se resuelven muy lentamente y tienden a persistir aún después de la remisión del cuadro sintomático.

También Rousanville y col. (1979) han comprobado la presencia de una relación significativa entre las disputas conyugales y el proceso clínico de la depresión femenina. Muchas de las mujeres entrevistadas en la fase aguda, mientras se encontraban en tratamiento psicoterapéutico o farmacológico antidepressivo, presentaban problemas conyugales o de desacuerdo con el compañero.

Estas mujeres deprimidas con problemas de relación se diferenciaban del grupo control por mostrar escasa tendencia a la remisión de la sintomatología, irrelevantes mejoras en las relaciones interpersonales y una muy marcada tendencia a las recaídas. Sin embargo, las mujeres que dentro de este mismo grupo mejoraban la relación con su pareja durante el tratamiento, mostraban una mejoría tanto en los síntomas depresivos como en sus relaciones interpersonales parecida a la que presentaban las mujeres deprimidas sin problemas conyugales pertenecientes al grupo control.

Durante el seguimiento, de uno a cuatro años, posterior al tratamiento, B. J. Rousanville y col., (1985) puso en evidencia que las mujeres con problemas conyugales al inicio de la terapia, presentaban una escasa mejora en su vida conyugal. Incluso cuando se había notado una mejoría durante la terapia, ésta había sido generalmente de corta duración. En cambio, las parejas que durante el tratamiento de la mujer presentaban una relación relativamente buena tendían a mantenerse estables y a presentar muchas menos dificultades.

Igualmente interesante es un estudio más reciente llevado a cabo por Crowther (1985) sobre una muestra de 22 parejas, 12 de las cuales tenían un cónyuge deprimido mientras las otras 10 habían sido diagnosticadas de patologías distintas a la depresión.

Se pidió a los cónyuges que rellenaran tres cuestionarios diferentes (Beck Depression Inventory, Locke and Wallace Marital Adjustment Test, y el Areas of Change Questionnaire). Los resultados de este estudio también mostraron una correlación estadísticamente significativa entre depresión y desacuerdo matrimonial.

En la investigación se observaba una mayor sensibilidad al desacuerdo conyugal por parte de las mujeres en comparación con los hombres y, por tanto, una manifestación más frecuente de la sintomatología depresiva en la mujer en relación a este tipo de situaciones.

Friedman (1975) realizó un estudio sobre 196 pacientes, de edad comprendida entre los 21 y los 67 años, que fueron diagnosticados de depresión reactiva, psicótica y de psicosis maniaco-depresiva. El estudio reveló una elevada correlación entre el trastorno depresivo y los conflictos conyugales que a menudo conducen a una ruptura de la relación.

En dicho estudio se proponen las hipótesis de que el desacuerdo entre cónyuges pueda preceder al episodio depresivo y predisponerlo, o de que pueda ser consecuencia del episodio, o que el desacuerdo se potencie y amplifique con la aparición del episodio depresivo.

Según este autor, ciertas tendencias personales de ambos cónyuges pueden reforzarse recíprocamente hasta el punto de inducir o mantener una reacción depresiva en uno de ellos.

Mc Mahon (1980), partiendo de la observación de la elevada incidencia de problemáticas conyugales en la depresión, sugiere la hipótesis de que las personas gravemente deprimidas sean más propensas a la separación y al divorcio que los no deprimidos.

Los datos resultantes no han confirmado esta hipótesis: no se ha encontrado ninguna diferencia significativa en el número de separaciones y divorcios en los matrimonios con miembros deprimidos respecto a aquellos con sujetos que presentaban otros diagnósticos psiquiátricos.

Briscoe y Smith (1973) han encontrado una mayor incidencia de depresión en

las mujeres divorciadas respecto a los hombres durante el matrimonio, mientras que la depresión resultaba más frecuente en el hombre después de la separación.

Con respecto a la hipótesis de que la depresión consiguiente a acontecimientos estresantes corresponde generalmente a la forma reactiva, Thompson y Hendrie (1972) valoraron la incidencia de tales acontecimientos tanto sobre la depresión reactiva como sobre la endógena, pero no encontraron ninguna diferencia ni en el número ni en el tipo de situaciones que preceden a las dos formas de depresión.

### **Modalidades de relación**

En muchos estudios (Feldman, 1976; Friedman, 1975; Hautzinger y col. 1982; Coyne, 1984; Hincliffe y col., 1978) se observa un comportamiento depresivo inicial, no necesariamente grave, que recibe conductas de refuerzo por parte del cónyuge sano. La conducta de refuerzo habría sido a su vez alentada por otros y más graves episodios depresivos. En nuestra experiencia hemos podido reconocer este modelo, pero también otros tipos de trato que caracterizan la relación de pareja del paciente deprimido y que describiremos seguidamente.

La relación del deprimido con su compañero adquiere características particulares que pueden ser definidas mediante modelos de relación que en nuestra observación han demostrado ser redundantes.

### **La conducta provocadora de cuidados (Care Eliciting Behavior)**

Henderson (1974) ha descrito la conducta provocadora de cuidados, el "Care Eliciting Behavior" como el conjunto de comportamientos que un individuo pone en acción para provocar respuestas en los demás que puedan servirle de consuelo o que tienen un efecto de reafirmación. Estas respuestas asumen, por lo general, un aspecto de cercanía física y emotiva, y se transmiten a través de comportamientos verbales y no verbales que indican interés, estima y afecto.

El "Care Eliciting Behavior" (comportamiento de solicitud de cuidados), expresión esencial del vínculo de apego, constituye un componente importante de la conducta del hombre en el transcurso de toda la vida: los niños lloran, extienden los brazos, buscan el calor materno abrazándose al seno; los adultos piden apoyo y afecto en los momentos de mayor dificultad, sufren por la separación de aquellos a quienes aman, buscan la compañía de ciertas personas y nutren la esperanza de recibir consuelo.

Se produce un "care eliciting" patológico cuando un individuo vive de manera discrepante el afecto, las atenciones y la ayuda que realmente le son ofrecidos, y que percibe regularmente como insuficientes respecto a sus demandas y a sus expectativas.

Estas continuas e inagotables demandas de atención, afecto, ayuda y apoyo acaban por volverse destructivas no sólo para la persona que las expresa, sino también para aquellas a quienes van dirigidas.

En la depresión, el “care eliciting” disfuncional, que está presente quizás en otras patologías (alcoholismo, hipocondría, etc.), es particularmente evidente. Generalmente se mantiene constante durante toda la fase depresiva y, en algunos casos, sobrepasa esta fase, reclamando intervenciones reafirmantes y reconfortantes a los otros y, sobre todo, a la pareja.

### **La relación de ayuda**

El “care eliciting behavior” introduce en la relación de pareja un reforzamiento de la designación como paciente del cónyuge deprimido, en contraste con un rechazo igualmente fuerte de su pareja para reconocer en sí mismo cualquier forma de patología o debilidad. Estas posiciones tan rígidas dan lugar a la característica “relación de ayuda” en la cual uno de los miembros de la pareja parece dedicar todas sus energías a la inagotable necesidad de asistencia del otro: la conducta dispensadora de cuidados (“care giving behavior”).

### **La severidad benévola**

La ayuda prestada se incluye muy a menudo dentro de una actitud de severidad, que, en ocasiones, se transforma incluso en punitiva. Estas actitudes, sin embargo, se ven como una prueba de afecto: “Si te castigo es porque te quiero”.

### **La victoria del derrotado y la jerarquía conyugal incongruente**

En la relación, el ejercicio del poder es atribuido sin dificultad al cónyuge sano, que a menudo se muestra supercompetente en casi todas las áreas. La única excepción a este indiscutible predominio está constituida por los comportamientos sintomáticos del sujeto deprimido, que se demuestran indefectiblemente capaces de resistir a cualquier tentativa de control.

De este modo, la depresión acaba por representar “la victoria del perdedor”, la única realidad en la cual el compañero deprimido puede vanagloriarse de una inaceptable supremacía. De ello deriva una especie de “jerarquía conyugal incongruente”, como la ha definido Madanes (1981), en la cual ambos componentes de la pareja son al mismo tiempo fuertes y débiles en lo que al otro respecta. La enfermedad se transforma para el deprimido en una fuente de poder, pero es también una demostración palpable de su debilidad.

Por otro lado, el cónyuge sano se encuentra en una posición de supremacía en cuanto puede ofrecer ayuda y apoyo, pero sus continuos fracasos lo sitúan en una posición de inferioridad.

### **El ciclo interactivo de la depresión**

Combatir la depresión se convierte cada vez más en una obligación para el sujeto sano, que no acepta la derrota y la impotencia. Para él la apatía, la tristeza, la pasividad del cónyuge deprimido tienen el valor de un auténtico reto: cada fracaso

de las tentativas realizadas con el fin de modificar la situación se convierte en un estímulo para realizar esfuerzos mucho más enérgicos, cada frustración reactiva y exaspera posteriormente la relación de ayuda.

Coyne (1984) ha descrito esta situación como “punto muerto interactivo”. En nuestra opinión, se trata más bien de un ciclo de interacción que tiene inicio en una primera conducta depresiva que tiene el efecto de un “care eliciting behavior” al cual el compañero responde con un “care giving behavior” que, generalmente, no consigue solucionar el comportamiento depresivo; el fracaso empuja al sujeto sano hacia un distanciamiento temporal que acrecienta la depresión y el “care eliciting behavior”, lo cual induce nuevos intentos para resolver la condición depresiva con un “care giving” más intenso que, a su vez, reactiva la respuesta depresiva. Se trata de ciclos susceptibles de ser repetidos varias veces durante cada episodio depresivo.

### **La sumisión de la pareja**

En casi una quinta parte de los casos hemos podido constatar un modelo distinto de relación. El cónyuge sano, aunque se mantenga muy activo respecto al síntoma, no domina en otras áreas de la relación o, al menos, no lo hace en el modo usual: asume una postura de extrema sumisión que imposibilita al cónyuge deprimido la censura de su comportamiento.

En uno de estos casos, una mujer deprimida lamentaba los muchos sufrimientos que le imponía la conducta egoísta del marido. Contaba que habían pasado la noche de bodas mirando la televisión porque él no podía perderse un partido de fútbol. Cuando ella estaba a punto de dar a luz, él la acompañó a la clínica con el coche, pero después, a pesar de estar sufriendo contracciones, la obligó a esperar en el coche durante más de una hora porque así, pasada la medianoche, tendrían que pagar un día menos de estancia en la clínica.

Frente a estos y otros numerosos reproches el marido no se defendía nunca, pero respondía en tono contrito: “Perdóname querida, pero sabes que yo soy así. Por desgracia soy superficial y ciertas cosas no llego a entenderlas...”.

El deprimido sólo consigue contrarrestar esta desarmante capacidad de autoacusación culpándose a sí mismo con mayor intensidad.

## **EL SISTEMA FAMILIAR**

Como hemos visto con anterioridad, las manifestaciones depresivas tienen un efecto muy acusado en la relación de pareja; probablemente por este motivo la mayoría de estudios que versan sobre este tema toman como marco únicamente la relación conyugal. Sin embargo, desde hace algunos años van siendo más frecuentes los estudios sobre el “sistema depresivo”.

Senay (1973), que ha aplicado la teoría general de los sistemas a los síndromes depresivos, considera que la depresión aparece en un sistema incapaz de responder mediante mecanismos cibernéticos adecuados al cambio de equilibrio interior

provocado por trastornos (pérdidas, stress) provenientes del exterior. De todos modos, Senay no toma en consideración los sistemas interpersonales, sino que se refiere exclusivamente al individuo y a sus mecanismos homeostáticos.

Por otra parte, refiriéndose a los sistemas interpersonales, pero limitando su estudio a la pareja, Feldman (1976) sostiene el punto de vista opuesto: que, en la depresión, los mecanismos homeostáticos serían excesivamente activos al intentar anular cualquier forma de injerencia externa.

Boszormeny-Nagy y Spark (1973), ponen en evidencia que, en una situación familiar, la depresión de uno de los hijos a menudo pasa inadvertida, y relacionan la sintomatología depresiva del paciente identificado con su tentativa de hacerse cargo de todas las preocupaciones y sufrimientos que los padres tienden, por el contrario, a ignorar.

Wolkind y col. (1980) señalaron el papel activo del niño, incluso muy pequeño, en la depresión de la madre. Stierlin y col. (1986) describen la “complementariedad restrictiva” que se establece entre los cónyuges y en la que se ven implicados los hijos de parejas con miembros deprimidos. Dicha forma de complementariedad está caracterizada por la tendencia hacia el polo depresivo por parte del otro. Estas posiciones pueden ser mantenidas de forma estable por cada uno de los dos o puede haber (circunstancia menos habitual) una alternancia con un relativo cambio de posiciones.

Los hijos entran en el juego, reclamados por los padres o por su propia iniciativa, y también ellos toman parte en la complementariedad restrictiva, de tal modo que todo miembro de la familia desarrolla sólo aspectos circunscritos a su personalidad delegando los otros a sus familiares.

### **La competencia “cuasi terapéutica”**

La descripción que nos da Hoffman (1981) de este tipo de familia corresponde a la acertada analogía de “un gigante adormecido que es molestado por un mosquito”. Según Hoffman, se trata de familias desorganizadas en las que, cuando la madre (o el padre) cae, por uno u otro motivo, en la depresión, los hijos empiezan a mostrar comportamientos agresivos; el padre se ve entonces forzado a salir de su inercia depresiva para bloquear estos comportamientos. Apenas los hijos se reponen, el progenitor regresa a su estado depresivo y, en este punto, el ciclo comienza de nuevo.

En nuestra experiencia hemos confirmado las observaciones de Hoffman, al menos en parte. En efecto, en el sistema familiar del deprimido los intercambios que se realizan en el seno de la familia son notablemente reducidos y sucede a menudo que estos intercambios consisten casi exclusivamente en actitudes de reproche o en medidas punitivas. Pero, por lo que vemos, estas medidas no se demuestran en absoluto eficaces y, al no haber obtenido los resultados esperados, aumenta el sentimiento de fracaso en el padre deprimido.

Al contrario que la típica familia con recursos de relación, la del deprimido presenta límites poco permeables hacia el exterior. El compañero sano tiene a veces alguna relación de amistad o, mejor dicho, alguna relación exterior en la cual asume su habitual actitud paternal y establece por enésima vez una relación de ayuda.

Por su parte, el paciente identificado tiene sólo relaciones superficiales con personas que mantienen hacia él una benévola postura de reafirmación.

Sin embargo, en algunos casos, el deprimido demuestra sorprendentes capacidades de terapeuta hasta el punto de dejarse inducir a dejar a un lado todos sus males para preocuparse por los de los otros.

Una madre deprimida puede abandonar su inercia para socorrer a la hija que está atravesando una grave crisis conyugal; un abogado que ha abandonado casi completamente su trabajo supera su episodio depresivo para defender a un pobre hombre que ha sufrido un grave atropello; una anciana olvida su depresión para animar a una amiga que se encuentra en un estado similar al suyo. Estos son algunos de los muchos ejemplos de la vocación terapéutica del depresivo.

Las observaciones llevadas a cabo por Billings y Moos (1982) indican que el sistema familiar del deprimido está caracterizado por una menor cohesión y expresividad interpersonal respecto a los grupos de control.

Miklovitz, Goldstein y col. (1988) han encontrado una relación significativa entre los valores de las Emociones Expresadas (EE) y del Estilo Afectivo (AS) de las familias con un sujeto deprimido y la aparición de episodios depresivos. En el estudio llevado a cabo por estos autores, el nivel AS de la familia resultó también útil para predecir el grado futuro de adaptación social de los pacientes deprimidos.

### **El vínculo con la familia de origen y la adquisición de la predisposición a la asistencia.**

En las familias de origen de ambos cónyuges se evidencian muy a menudo fuertes trastornos afectivos entre los cuales con frecuencia aparece una depresión declarada. Otras veces, en la historia de un deprimido o de su pareja existe un padre alcohólico o farmacodependiente. De estas experiencias en la familia de origen y, por tanto, de una larga costumbre a hacer frente al trastorno afectivo, deriva probablemente la relativa competencia “cuasi terapéutica” del deprimido y de su cónyuge.

En concreto, el cónyuge sano ha dedicado, con frecuencia, una buena parte de su vida a asistir a uno o más familiares crónicamente incapaces de cuidarse a sí mismos.

### **La hipótesis de la competencia transgeneracional**

Un aspecto muy interesante de este modelo es la presencia de una competición (generalmente sin vencedores, dada la absoluta falta de resultados) entre el cónyuge sano y su padre sano en el cuidado del familiar enfermo. Esta competición para

establecer quién consigue hacerlo mejor sufre un drástico cambio cuando, como para demostrar que se las arregla mejor que su padre, el hijo elige para sí una pareja depresiva.

El fracaso en la tarea de curar la depresión del cónyuge acaba por unirlos en la misma suerte y, tal vez, reconciliar al cónyuge sano con el propio padre sano.

Se podría extraer de todo ello una hipótesis sugerente, aunque habrá que esperar posteriores confirmaciones: un “matrimonio depresivo” sería el surgimiento de una competición transgeneracional de larga duración con respecto al progenitor del mismo sexo.

Esta competición, junto al comportamiento y el estado de ánimo del deprimido, parecen desafiar continuamente las capacidades de una persona y su competencia social.

## **LA RELACION CON LOS HIJOS**

Tal como hemos visto, en la familia del deprimido prevalecen las actitudes punitivas respecto a los hijos. El castigo, por un lado, es propuesto siempre como una demostración de afecto y, por otro, es una de tantas “medidas ineficaces” que se adoptan en estas familias.

El fracaso en la relación con los hijos aumenta el sentimiento de derrota del deprimido. Sin embargo, la actitud casi terapéutica del deprimido acaba por prevalecer frente a la condición de enfermedad de uno de los hijos. Por lo que hemos podido ver, no es tanto la necesidad de mantener la disciplina (como ha sostenido Hoffman) como el comportamiento sintomático de uno de los hijos lo que logra sacar de su letargo al deprimido. De este modo, la aparición de un síntoma en un hijo consigue muchas veces mantener veladas formas de depresión (incluso graves) en uno de los padres.

Las respectivas familias de origen, a menudo con conflictos entre ellas, encuentran en la ineficacia paterna del deprimido una justificación válida para entrometerse en la educación de sus hijos. Desde este punto de vista la familia del deprimido presenta un sistema de funcionamiento atípico: siempre en nombre de la necesidad de ayuda, se crean con las familias de origen extraños “lazos indirectos” que tienen como trámite los hijos del paciente identificado.

## **LA INTERVENCION TERAPEUTICA**

Frente a la patología depresiva se han propuesto intervenciones de tipo estratégico (Watzlawick y Coyne, 1980; Coyne, 1982), sistémico (Weber y col., 1988) y psicoeducacional (Anderson y col., 1986; Clarkin y col., 1986). Los estudios realizados hasta ahora no son numerosos, pero da la impresión de que existe un creciente interés y la necesidad de una aproximación relacional en la terapia de los trastornos depresivos.

En nuestra experiencia, la intervención sobre el sistema familiar del deprimido

se ha mostrado indudablemente útil, al menos hasta el punto de considerar injustificada la actitud de renuncia asumida durante mucho tiempo por los terapeutas más reconocidos de la aproximación sistémica en lo que respecta a este ámbito.

Las numerosas dificultades con las que nos hemos encontrado en la experiencia terapéutica con este tipo de familias nos ha llevado a considerar algunos aspectos cruciales en la terapia familiar de la depresión y algunas precauciones que frecuentemente han demostrado ser útiles.

### **La fidelidad a la relación terapéutica**

Las relaciones del sistema depresivo con el exterior son muy escasas y se reducen casi exclusivamente a recibir u ofrecer ayuda. En efecto, el deprimido, a pesar de sus males, está a menudo considerado por los amigos y conocidos como una persona que sabe comprender y dar consejos justos. Una mujer explicaba así esta capacidad que le era reconocida: “Nadie puede comprender mis sufrimientos, porque nadie ha sentido nunca lo que yo siento. Por el contrario, yo puedo comprender lo que sienten los otros, porque ya he vivido los mismos sufrimientos”.

Dado el tipo de relación que el deprimido, y el sistema del que forma parte, tiene con el mundo exterior (una relación basada exclusivamente en la recíproca necesidad de cuidados y apoyo), no hay por qué maravillarse de que, entre los personajes que mantienen lazos más intensos con estas familias, los médicos y terapeutas ocupen un puesto de primer orden. A diferencia de otros tipos de familias, aquí la relación terapéutica se instaura con rapidez y se mantiene en el tiempo: el riesgo de interrupciones precoces y abandonos de la terapia es prácticamente inexistente. A pesar de todo, esta fidelidad a la terapia por parte del deprimido y su familia no excluye la presencia de otras insidias en el transcurso del proceso terapéutico.

### **Limitar las expectativas**

Un principio general es el de no crear expectativas demasiado fuertes. Este principio resulta tanto o más veraz cuanto más graves son las condiciones del paciente identificado. A menudo es útil renunciar al término de terapia y sustituirlo con definiciones menos comprometidas como “tentativa”, “apoyo” o también “subsidio”, indicando que se trata simplemente de un complemento de otras terapias.

Otro principio es el de limitarse a pedir sólo pequeños cambios: este tipo de sistema no tolera modificaciones desproporcionadas a sus posibilidades y, además, tentativas de grandes cambios no corresponderían a la concepción catastróficamente inmovilista que gobierna a estas familias. Por el contrario, el pequeño cambio no resulta amenazador y puede ser ampliado poco a poco en proporción a las adaptaciones que la familia consigue realizar.

## **Evitar las reafirmaciones**

Respecto al paciente identificado es necesario corregir la instintiva postura de reafirmación que el deprimido tiende a suscitar. En otros términos, se debe evitar la típica relación de ayuda en la cual el compañero sano se encuentra ocupado sin éxito ya desde hace tiempo. Otra postura que se asume de un modo instintivo, y que debe sin embargo ser puntualmente evitada, es el intento de disuadir al individuo sano de la carga de iniciativas que toma para apoyar al cónyuge.

El compañero sano, por regla general, espera estas actitudes disuasivas y sabe encontrar muy válidas razones para contrastarlas; por el contrario, es desarmado por la actitud favorable del terapeuta, que acepta su “care giving behavior” o que incluso lo invita a hacer todavía más para “levantar” al cónyuge.

## **No asignar tareas al deprimido**

Es necesario reconocer como válidas las motivaciones de las cuales se sirve el deprimido para explicar su estado; las razones que a primera vista pueden aparecer inconsistentes deben ser tomadas en serio y, si es posible, deben ser anticipadas y reconocidas como últimas y válidas justificaciones para la condición depresiva del paciente identificado.

Es un esfuerzo inútil el de intentar minimizar las motivaciones del sufrimiento depresivo y lleva frecuentemente a un incremento de la sintomatología inicial.

## **Otros aspectos a tener en cuenta**

Querríamos, finalmente, indicar algunos aspectos que generalmente han sido poco considerados en la literatura sobre este tema y que, a nuestro entender, no deberían ser descuidados en el proyecto de intervención sobre el sistema depresivo.

### **1. No desatender a la familia de origen.**

La depresión se manifiesta casi siempre en el contexto de la relación de pareja y, debido a ello, las relaciones con las familias de origen escapan fácilmente a la observación y, muy a menudo, ni siquiera se incluye en la estrategia terapéutica.

Las manifestaciones depresivas surgen en la fase del ciclo vital en la que la relación de pareja se ha formado ya de forma estable, pero, por su naturaleza, ponen en juego inexorablemente a las familias de origen trasladando a la familia a una fase de su ciclo vital que debería haber sido superada desde hace tiempo.

### **2. No descuidar a los hijos.**

Existen al menos tres buenas razones para no incurrir en este error:

a) los hijos, cuando uno de los progenitores está deprimido, se ven mezclados, por norma general, en la dinámica de la relación de pareja, sobre todo en las dinámicas de culpa y de acusaciones recíprocas.

b) los hijos representan en estas familias el área de expresión más intensa de la afectividad y en el que la ineficacia se advierte de forma más grave.

c) el riesgo de que los hijos presenten formas serias de patología es muy

elevado en estas familias.

### 3. No descuidar la propia depresión.

La depresión del terapeuta no debe ser enmascarada, como sucede alguna vez, detrás de conductas pseudomaniacas o intentos de mostrarse siempre a la altura de las circunstancias. Si esta regla es válida en general, lo es con más razón en la terapia familiar del deprimido.

Naturalmente, hay que aclarar que no se trata de fingir estratégicamente una depresión inexistente, sino de utilizar, en clave terapéutica, sentimientos depresivos auténticos que el terapeuta utilizará en los momentos difíciles de la labor con este tipo de familia.

---

*Los autores examinan las relaciones interpersonales del paciente depresivo a partir de la literatura y la experiencia clínica desarrollada por la terapia relacional.*

*Se indican algunas modalidades de relación características de la vida de pareja del sujeto deprimido, como el comportamiento de solicitud de cuidados ("care eliciting"), la relación de ayuda y la jerarquía conyugal incongruente. El sistema familiar del depresivo no tiene, en su seno, muchos intercambios interactivos que, por regla general, son igualmente reducidos hacia el exterior.*

*Se discute la observación de una alta frecuencia de padres con trastornos en la esfera afectiva y se sugiere una hipótesis sobre las dinámicas familiares del trastorno depresivo.*

*Para concluir, se proponen algunos principios generales para la intervención relacional en la depresión.*

Traducción: Nuria Ortego

**Nota Editorial:** Este artículo apareció en su versión original italiana en la revista *Psicobiattivo*, (1990) 2, pp.39-50. Agradecemos el permiso para su publicación.

### Referencias bibliográficas

- ANDERSON, C.M., GRIFFIN, S., ROSSI, A., PAGONIS, I. HOLDER, D.P. & TREIBER, R. (1986). A comparative study of the impact of education versus process groups of families with affective disorders. *Family Process*, 25, 185-206.
- BILLINGS, A.G. & MOOS, R.H. (1982). Social Support and functioning among community and Clinical Groups. *Journal of Behavioral Medecin*, 5, 293-311.
- BOSZORMENY-NAGY I., & SPARK G.M. (1973). *Invisible Loyalties*. Harper and Row: New York.
- BRISCOE C.W., & SMITH J.B. (1973). Depression and Marital Turmoil. *Archives of General Psychiatry*, 29, 811-817.
- CLARKIN J.F., HAAS G.L., & GLICK I.D. (1986). *Affective Disorders and The Family Assesment and Treatment*.

The Guildford Press: New York, London.

- COYNE J.C. (1976). Towards an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- COYNE J.C. (1984). Strategic Therapy with Depressed Married persons: Initial Agenda Themes and Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 53-62.
- CROWTHER J.H. (1985). The Relationship between Depression and Marital maladjustment. A Descriptive Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 227-231.
- FELDMAN L.B. (1976). Depression and Marital Interaction. *Family Process*, 15, 4, 389-398.
- FRIEDMAN A.S. (1975). Interaction of Drugs with Marital Therapy in Depressive Patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.
- GOTLIB I.H., & ROBINSON A.L. (1982). Responses to Depressed Individuals: Discrepancies between Self-Report and Observer-Related Behavior. *Journal of Abnormal Psychology* 91, 231-240.
- HAUTZINGER M., LINDER M., & HOFFMAN N. (1982). Distressed Couples with and without a Depressed Partner: An Analysis of their verbal Interaction. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry* 13, 4, 307-314.
- HENDERSON S. (1974). Care Eliciting Behavior in Man. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 172-181.
- HINCLIFFE M.K., HOOPER D., & ROBERTS F.J. (1978). *The Melancholy Marriage*. Wiley: New York
- HOFFMAN L. (1981). *Foundations of Family Therapy: a Conceptual Framework for Systems Change*. Basic Books: New York: Basic Books.
- MADANES C. (1981). *Strategic Family Therapy*. Jossey Bass: San Francisco.
- Mc MAHON S.L. (1980). *Women in Marital Transition*. In Brodsky A.M., Hare-Mustin, R.T., (Eds). Guilford Press: New York, 365-382.
- MIKLOWITZ D.J., GOLDSTEIN M.J., NEUCHTERLEIN K.H., SNYDER K.S., & MINTZ J. (1988). Family Factors in the Course of Bipolar Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- PAYKEL E.S., & WEISSMAN M.M. (1973). Social Adjustment and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 28, 659-663.
- ROUSANVILLE B.J., WEISSMAN M.M., & PRUFOFF B.A. (1980). Process of Psychotherapy among Depressed Woman with Marital Disputes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 505-510.
- ROUSANVILLE B.J., WEISSMAN M.M., PRUFOFF B.A. (1980). The Course of marital Disputes in Depressed Woman: a 48-Month Follow-up Study. *Comparative Psychiatry*, 21, 111-118.
- SENAY, E. (1973). General Systems Theory and Depression. In J. Scott & E. Senay (eds.), *Separation and depression: Clinical and research aspects*. Washington: American Association for the Advancement of Science.
- STERLIN, H., WEBER, G., SCHMIDT, G. & SIMON, F. (1986). Some Features of Families with Major Affective Disorders. *Family Process*, 25, 325-336.
- THOMSON, K.C. & HEDNDRIE, H. (1972). Environmental Stress in Primary Depressive Illness. *Archives of General Psychiatry*, 26, 130-132.
- WATZLAWICK, P. & COYNE, J.J.C. (1980). Depression following stroke: brief problem-focused treatment. *Family Process*, 19, 13-18.
- WEBER, G. SIMON, F.B., STERLIN, H. & SCHMIDT, G. (1988). Therapy for families manifesting manic-depressive behavior. *Family Process*, 27, 33-50.
- WOLKIND, S., ZAJICEK COLEMAN, E. & GHODSIAN, M. (1980). Continuities in Maternal Depression. *International Journal of Family Psychiatry*, 1-2, 167-182.



