

Relazioni familiari e intervento sistemico nella depressione

Camillo Lorio

Abstract

Si esaminano le relazioni interpersonali del paziente depresso sulla base di una valutazione della letteratura sull'argomento e dell'esperienza clinica condotta in terapia relazionale-sistemica.

Nella relazione di coppia del depresso vengono indicate alcune modalità di relazione caratteristiche come la il comportamento di "*care eliciting*", la *relazione di aiuto* e la *gerarchia coniugale incongrua*.

Il sistema familiare non ha, al suo interno, molti scambi interattivi che sono, di regola, ridotti anche verso l'esterno.

Viene discussa l'osservazione di una alta frequenza di genitori con disturbi della sfera affettiva e viene suggerita un'ipotesi sulle dinamiche familiari del disturbo depressivo.

Vengono infine proposti alcuni principi generali per l'intervento relazionale nella depressione.

Relazioni familiari e depressione

L'aspetto relazionale della depressione era già stato colto da Freud che, in "Lutto e melanconia", notava: "Se si ascoltano con pazienza le molteplici e svariate autoaccuse del melanconico, alla fine non ci si può sottrarre alla impressione che spesso la più intensa di esse si attagliano pochissimo alla persona del malato e che invece con qualche insignificante variazione si adattano perfettamente a un'altra persona che il malato ama, ha amato, o dovrebbe amare".

In generale dall'analisi della letteratura sulle relazioni del paziente depresso emerge la tendenza a riconoscere nella relazione di coppia l'ambiente privilegiato per il manifestarsi della sintomatologia depressiva.

La depressione nella coppia

Janowsky e coll. , basandosi su osservazioni condotte in sedute di psicoterapia, esprime le seguenti opinioni sulle relazioni coniugali di pazienti depressi: "I sentimenti del coniuge verso il partner depresso sono un insieme di rabbia per la stretta dipendenza che instaura, simpatia per la sofferenza del paziente ed occasionale senso di colpa per aver contribuito personalmente alla sua depressione... Il partner "sano", oltre la rabbia ed i sensi di colpa, vive sentimenti di superiorità, onnipotenza ed un aumentata stima di sé, rendendosi conto di essere importante all'altro e necessario alla soddisfazione dei suoi bisogni".

Cadoret e coll. e Schless hanno trovato un notevole *vulnerabilità* del depresso agli *stress derivati dalla vita coniugale*.

Friedman, ha condotto uno studio su 196 pazienti che rispondevano ad una diagnosi di depressione reattiva, psicotica e psicosi maniaco-depressiva, di età compresa tra i 21 e 67 anni. L'autore ha rilevato una elevata *correlazione tra disturbo depressivo e conflitti coniugali* che spesso sfociano in una vera e propria rottura del rapporto.

In questo lavoro viene proposta l'ipotesi plurima che il disaccordo tra coniugi: a) possa precedere l'episodio depressivo e predisporlo o, b) che possa essere conseguenza dell'episodio o, c) che venga potenziato ed esasperato dall'inizio dell'episodio depressivo.

Secondo l'autore alcune tendenze personali di entrambi i partner possono rinforzarsi reciprocamente fino al punto di indurre o mantenere una reazione depressiva almeno. Hincliffe, Hooper e Roberts, basandosi sulle loro osservazioni cliniche e, confrontandole con quelle di altri ricercatori, sostengono la possibilità che *il matrimonio abbia validità protettiva nei riguardi di diverse forme di patologia psichica*. Tuttavia questo effetto protettivo non si verificherebbe nel caso dei disturbi depressivi che, al contrario, si verificano con maggiore frequenza negli sposati.

Hautzinger e collaboratori (13), partendo dall'ipotesi che la depressione nelle persone sposate possa essere il risultato di una comunicazione distorta tra i coniugi, hanno analizzato un campione di 63 coppie in crisi che avevano richiesto una terapia coniugale.

Tredici delle coppie appartenenti allo studio avevano un partner con una grave depressione unipolare, clinicamente significativa. Queste coppie furono confrontate con altre 13 in cui nessuno dei coniugi presentava sintomi depressivi.

A conclusione dello studio gli autori hanno riscontrato significative differenze tra i modelli di comunicazione nei due gruppi di coppie: l'interazione nella coppia in cui era

presente un partner non depresso era *complessivamente positiva, fatta di atteggiamenti di sostegno e scambio reciproco*.

Al contrario le *coppie con un membro depresso* mostravano negatività, discordanza e asimmetria nei loro modelli di comunicazione. Il partner non depresso di queste coppie tendeva ad esprimere sentimenti e stati d'animo positivi e ad avere una buona opinione di sé, ma nello stesso tempo valutava il proprio partner negativamente ed era *esigente* nei suoi confronti.

I partner depressi definivano se stessi negativamente ed altrettanto le proprie sensazioni ed il loro futuro, mentre esprimevano un giudizio positivo sul loro rapporto di coppia e sul partner, tendendo a giustificare il comportamento di quest'ultimo.

Gli autori sostengono che le diversità riscontrate nei modelli di interazione si sviluppano dopo l'insorgenza della depressione o dopo il primo episodio depressivo.

Matussek e Feil hanno notato che gli episodi di depressione nevrotica sono solitamente correlati a situazioni critiche nella relazione coniugale, mentre le forme endogene hanno luogo, invece, in rapporti coniugali che appaiono "intatti".

Hooley ha analizzato le relazioni coniugali nella depressione servendosi della valutazione delle Emozioni Espresse ed ha riscontrato un elevato livello di *espressività negativa della affettività* e una *mancaza relativa di comunicazioni positive e di supporto*.

Nella analisi fatta da Haas e Clarkin emerge il valore protettivo di una relazione intima nei confronti dei disturbi depressivi, ma gli autori sottolineano la rilevante carenza di atteggiamenti di sostegno, di conforto e di manifestazioni di intimità che predomina nelle coppie con paziente designato depresso.

In molti studi (Feldman; Friedman; Hautzinger e coll.; Coyne; Hincliffe e coll.) viene individuato un comportamento depressivo iniziale, non necessariamente grave, che riceve comportamenti di rinforzo da parte del partner sano. Il comportamento di rinforzo verrebbe a sua volta incoraggiato da altri e più gravi episodi depressivi. nella nostra esperienza abbiamo potuto riconoscere questo modello, ma anche altre modalità di relazione che caratterizzano il rapporto di coppia del paziente depresso che descriviamo qui di seguito.

Modalità comunicative

Abbiamo riscontrato nella depressione una elevata incidenza di due modalità comunicative: la squalifica e i messaggi paradossali. Queste modalità comunicative sono state notoriamente identificate anche nelle famiglie con paziente designato schizofrenico, ma nella depressione assumono caratteristiche del tutto peculiari.

La Squalifica. E' una modalità comunicativa che tende a privare o a diminuire di valore un atto comunicativo che ha avuto luogo in precedenza.

La squalifica può deprivere o diminuire di valore la propria o l'altrui comunicazione o l'intera situazione. In pratica, mediante la squalifica, si afferma che gli atti comunicativi dell'emittente, del ricevente o le proprietà del contesto hanno scarso valore o non valgono affatto.

La squalifica può riguardare la totalità o soltanto una parte dei messaggi emessi all'interno di una data relazione, producendo quindi effetti pragmatici diversi che faranno variare rispettivamente anche la qualità e l'intensità della risposta emozionale alla squalifica.

La squalifica è la modalità comunicativa predominante nell'ambito della relazione di coppia. Si tratta in genere di un particolare tipo di squalifica. Infatti nella depressione ci si imbatte di rado nella ben nota "squalifica incongruente" che si riscontra frequentemente nella famiglia dello schizofrenico e che è di regola basata sulla incongruità espressiva prodotta da messaggi opposti inviati contemporaneamente, ma tramite canali comunicativi diversi.

La forma di squalifica che prevale nella relazione tra il depresso e il suo partner è invece la cosiddetta "squalifica sequenziale" in cui si hanno due affermazioni contrastanti che però sono contenute entrambe nella stessa sequenza comunicativa verbale. Poiché i messaggi sono posti allo stesso livello o addirittura utilizzano lo stesso canale, appare molto più difficile individuare quello che appare maggiormente corrispondente al vero e quello che è dichiarato.

Un esempio di questa modalità è la classica notazione della moglie che affronta il marito pieno di incertezze sulle proprie capacità di concludere qualcosa di buono, dicendogli: "Ma tu credi che se non ti stimassi potrei vivere con un incapace come te?!". In pratica il partner del depresso tende ad esprimere esplicitamente con le sue parole sia l'approvazione che la disapprovazione per il coniuge, senza mai raggiungere l'ambiguità a livelli multipli presente nella comunicazione schizofrenica.

I Messaggi Paradossali. All'interno del rapporto di coppia il depresso riceve spesso dal partner uno specifico messaggio paradossale che lo invita a prendere iniziative ("Devi prendere iniziative") o, più frequentemente lo rimprovera perché non lo fa (Non prendi mai iniziative"). Questo tipo di messaggio lo pone nella condizione indecidibile di prendere iniziative solo se non le prende e di non prendere iniziative solo se le prende.

Anche in questo caso il depresso non si limita a ricevere il messaggio paradossale, ma invia una risposta che mantiene il comportamento dell'altro e, a sua volta ne è mantenuto. La risposta, altrettanto paradossale, che consente al depresso di assumere unicamente l'iniziativa di non prendere iniziative, è "Dimmi tu cosa devo fare".

Modalità di relazione

Il rapporto del depresso con il suo partner assume caratteristiche del tutto particolari che possono essere delineate sotto forma di modelli di relazione che nella nostra osservazione si sono dimostrati ridondanti.

Il "Care Eliciting Behavior". Henderson ha descritto il "care eliciting behavior" come l'insieme dei comportamenti che un individuo mette in atto per evocare negli altri risposte che possono essergli di conforto o che abbiano effetto di rassicurazione. Queste risposte assumono di norma l'aspetto di vicinanza fisica ed emotiva e vengono trasmesse tramite comportamenti verbali e non verbali che indicano interesse stima ed affetto.

Il "Care Eliciting Behavior" è un comportamento fisiologico nel bambino e in alcune condizioni dell'età adulta (malattia, lutto, eventi stressanti in genere) in cui il conforto e la vicinanza degli altri divengono particolarmente importanti.

Nella depressione il comportamento di *care eliciting*, che è presente talvolta in altre patologie (alcolismo, ipocondria, ecc.) è particolarmente evidente ed esasperato. Solitamente si mantiene costante per tutta la durata della fase depressiva e, in alcuni casi, oltre la fase, richiamando interventi consolatori e rassicuranti da parte degli altri e soprattutto da parte del proprio partner.

La Relazione di Aiuto. Il "Care eliciting behavior" induce nella relazione di coppia una forte enfasi sulla designazione ufficiale come paziente del coniuge depresso, in contrasto con un altrettanto forte rifiuto del partner di riconoscere apertamente in se stesso qualsiasi forma di patologia o debolezza. Queste rigide posizioni danno luogo alla caratteristica "relazione di aiuto" nella quale uno dei partners sembra dedicare tutte le proprie energie alle inesauribili necessità di assistenza dell'altro ("Care giving behavior").

La Severità Benevolente. L'aiuto prestato viene spesso inserito in un atteggiamento di severità, che talvolta diviene addirittura un atteggiamento punitivo. Questi atteggiamenti vengono però definiti come una prova del proprio affetto: "Se ti punisco vuol dire che ti voglio bene".

La Vittoria dello Sconfitto e la Gerarchia Coniugale Incongrua. Il potere nella relazione viene riconosciuto, senza difficoltà, al coniuge sano che predomina praticamente in tutte le aree e, anzi, si dimostra abitualmente supercompetente. Unica eccezione a questo incontrastato predominio è costituita dai comportamenti sintomatici del partner depresso, che si dimostrano ineluttabilmente capaci di resistere a qualsiasi tentativo di controllo.

In questo modo la depressione finisce per rappresentare la *Vittoria dello Sconfitto*, l'unica realtà nella quale il partner depresso può vantare una inaccettabile supremazia.

Ne deriva una sorta di *Gerarchia Coniugale Incongrua* come l'ha definita Madanes, in cui entrambi i componenti della coppia sono *contemporaneamente forti e deboli* nei confronti dell'altro. La malattia diviene per il depresso una fonte di potere nella relazione di coppia, ma è anche una palese dimostrazione della sua debolezza.

Il coniuge, d'altra parte, viene a trovarsi in una posizione di supremazia in quanto è in grado di porgere aiuto e sostegno, ma i suoi continui fallimenti lo pongono in una posizione di inferiorità.

Il Ciclo Interattivo della Depressione. Il tentativo di risolvere la depressione diviene sempre più un impegno per il partner sano che ritiene inaccettabili la sconfitta e l'impotenza. Per lui l'apatia, la tristezza, la passività del coniuge depresso hanno il valore di una vera e propria sfida: ogni tentativo fallito di modificare la situazione diventa motivo per produrre sforzi ancora più energici, ogni insuccesso riattiva ed esaspera ulteriormente la relazione di aiuto.

Coyne ha descritto questa situazione come *Punto Morto Interattivo*. A nostro avviso si tratta piuttosto di un vero e proprio ciclo di interazione che viene iniziato da un primo comportamento depressivo che ha l'effetto di un "care eliciting behavior" al quale il partner risponde con un "care giving behavior" che generalmente non riesce a risolvere il comportamento depressivo, l'insuccesso induce il partner sano ad un temporaneo distacco che fa aumentare la depressione e il "care eliciting behavior" che inducono nuovi tentativi di risolvere la condizione depressiva con un più intenso "care giving" che a sua volta riattiva la risposta depressiva. Si tratta di cicli interattivi suscettibili di essere ripetuti più volte durante ogni singolo episodio depressivo.

Il Partner Arrendevole. In circa un quinto dei casi abbiamo potuto constatare un diverso modello di relazione. Pur mantenendosi molto attivo nei confronti del sintomo, il partner sano non predomina nelle altre aree della relazione o, almeno, non lo fa in una forma usuale: assume un atteggiamento di estrema arrendevolezza che pone il coniuge depresso nell'impossibilità di muovere critiche al suo comportamento.

In uno di questi casi una moglie depressa lamentava le molte sofferenze impostagli dal comportamento egoista del marito. Avevano trascorso la prima notte di nozze guardando la televisione perché lui non poteva perdersi la partita della Nazionale di calcio. Quando lei

stava per partorire lui la aveva accompagnata in clinica con la macchina, ma poi nonostante lei avesse le doglie, l'aveva costretta ad aspettare in auto per più di un'ora perché così, superata la mezzanotte, avrebbero pagato una notte in meno nella clinica.

Di fronte a questi e a numerosi altri rimproveri il marito non si difendeva mai, ma rispondeva con tono dimesso: "Perdonami cara, ma lo sai che io sono fatto così. Purtroppo sono superficiale e certe cose non arrivo a capirle ...".

Il depresso riesce a contrastare questa disarmante capacità di autoaccusarsi, soltanto colpevolizzando se stesso con maggiore intensità".

La depressione nel sistema familiare

Come abbiamo notato in precedenza, le manifestazioni depressive hanno un effetto molto evidente sulla relazione di coppia; probabilmente per questo motivo la maggior parte degli studi sull'argomento prende in considerazione unicamente il rapporto coniugale.

Da qualche anno tuttavia sono diventate più frequenti le osservazioni sul "sistema depressivo".

Senay, che per primo ha applicato la *Teoria Generale Dei Sistemi* alle sindromi depressive, ritiene che la depressione si verificherebbe in un sistema incapace di rispondere mediante adeguati meccanismi ciberneticici al cambiamento di equilibrio interno apportato da perturbazioni (perdite, stress) provenienti dall'esterno. Tuttavia Senay, non prende in considerazione i sistemi interpersonali, ma si riferisce esclusivamente all'individuo e a i suoi meccanismi omeostatici interni.

Riferendosi invece ai sistemi interpersonali, ma limitando ancora la sua osservazione alla coppia, Feldman sostiene il punto di vista opposto: che nella depressione, i meccanismi omeostatici sarebbero eccessivamente attivi nell'annullare qualsiasi forma di ingerenza esterna.

Boszormeny-Nagy e Spark mettendo in evidenza come, in una situazione familiare, la depressione di uno dei figli passi spesso inosservata, pongono in relazione la sintomatologia depressiva del paziente identificato con il suo tentativo di farsi carico di tutte le preoccupazioni e le sofferenze dei genitori che tendono invece a negarne la presenza.

Wolkind e collaboratori hanno messo in evidenza il ruolo attivo del bambino anche piccolissimo nella depressione della madre.

Stierlin e coll. descrivono la *Complementarietà Restrittiva* nella quale sono legati i coniugi e nella quale vengono coinvolti i figli della coppia con un membro depresso. Questa forma di complementarietà è caratterizzata dalla tendenza verso il polo depressivo da parte dell'altro. Queste posizioni possono essere mantenute stabilmente da ciascuno dei due o può esserci (meno spesso) una alternanza di ruolo con relativo scambio delle posizioni.

I figli entrano in gioco, richiamati dai genitori e per la loro stessa iniziativa, e prendono anch'essi parte alla complementarietà restrittiva, cosicché ogni membro della famiglia sviluppa solo aspetti circoscritti della sua personalità delegandone gli altri ai propri familiari.

La Competenza "Quasi Terapeutica". La descrizione di questo tipo di famiglia data dalla Hoffman corrisponde alla efficace analogia di "un gigante addormentato che viene infastidito da un moscerino". Secondo la Hoffman si tratta di famiglie disimpegnate o disorganizzate in cui quando la madre (o il padre) entra per qualsiasi motivo in

depressione, allora i figli pongono in atto comportamenti aggressivi e il genitore viene forzato ad uscire dalla sua inerzia depressiva per fermare questi comportamenti. Non appena i figli riprendono a comportarsi bene, la madre torna nel suo stato depressivo e a questo punto il ciclo ricomincia.

Nella nostra esperienza le osservazioni della Hoffman vengono, almeno in parte, confermate. Infatti nel sistema familiare del depresso gli scambi interni sono notevolmente ridotti e avviene spesso che questi scambi consistono quasi esclusivamente in atteggiamenti di rimprovero o in provvedimenti punitivi. Ma, per quanto ci risulta, questi provvedimenti non si dimostrano affatto efficaci e il non avere ottenuto i risultati sperati aumenta il senso di fallimento del genitore depresso.

Diversamente dalla tipica famiglia disimpegnata, quella del depresso presenta confini poco permeabili verso l'esterno. Il partner sano ha a volte qualche rapporto di amicizia o, meglio, qualche rapporto in cui assume il suo abituale atteggiamento parentale e stabilisce l'ennesima relazione di aiuto.

Il paziente identificato, dal canto suo, ha solo relazioni superficiali con persone che mantengono nei suoi confronti benevoli atteggiamenti di assicurazione.

— In alcuni casi, tuttavia, il depresso dimostra sorprendenti capacità di terapeuta, fino a lasciarsi indurre a tralasciare tutti i suoi mali per prendersi cura di quegli altri.

Una madre depressa abbandona la sua inerzia per soccorrere la figlia che sta attraversando una grave crisi coniugale; un avvocato che ha quasi completamente lasciato il suo lavoro supera il suo episodio depressivo per difendere un poveruomo che ha subito un grave sopruso; un'anziana signora dimentica la sua depressione per rincuorare un'amica che si trova in uno stato simile al suo. Questi sono alcuni dei molti esempi della vocazione terapeutica del depresso.

Le osservazioni condotte da Billings e Moos indicano che il sistema familiare del depresso è caratterizzato da *minore coesione* ed *espressività interpersonale* rispetto ai gruppi di controllo.

Miklovitz, Goldstein e coll. hanno trovato una relazione significativa tra i valori delle Emozioni Espresse (EE) e dello Stile Affettivo (AS) delle famiglie con paziente depresso e la occorrenza di episodi depressivi. Nello studio condotto da questi autori, il livello AS della famiglia, si dimostrava anche utile nel prevedere il grado di adattamento scale futuro dei pazienti depressi.

Il Legame con le Famiglie di Origine e l'Acquisizione della Attitudine alla Assistenza. Nelle famiglie di origine di entrambi i coniugi si evidenziano molto spesso forti disturbi affettivi tra i quali è frequente una depressione conclamata. Altre volte nella storia di un depresso o del suo partner c'è un genitore alcolista o farmacodipendente. Da queste esperienze nella propria famiglia d'origine e, quindi, da una lunga consuetudine a far fronte al disturbo affettivo, deriva probabilmente la relativa competenza "quasi terapeutica" del depresso e del suo coniuge.

In particolare il coniuge sano ha spesso impegnato una parte non indifferente della sua vita nell'assistere uno o più familiari cronicamente incapaci di provvedere a se stessi.

L'ipotesi della Competizione Transgenerazionale. Un aspetto molto interessante di questo modello è la presenza di una competizione (generalmente senza vincitori, data l'assoluta mancanza di risultati) tra il partner sano e il suo genitore sano nel prendersi cura del familiare infermo. Questa competizione per stabilire chi riesce a far meglio subisce un drastico ridimensionamento quando, quasi per dimostrare di sapersela cavare meglio del suo genitore, il figlio sceglie per sé un partner depresso.

Il fallimento nell'impresa di risolvere la depressione del coniuge finisce per accounare nella stessa sorte e talvolta ravvicinare il partner sano al proprio genitore sano.

Se ne potrebbe ricavare un ipotesi suggestiva, anche se in attesa di ulteriori conferme, per la quale un "matrimonio depressivo" sarebbe l'esito di una competizione transgenerazionale di lunga durata nei confronti del genitore dello stesso sesso.

Questa competizione, come del resto il comportamento e lo stato d'animo del depresso, sembrano porre una continua sfida alle capacità di una determinata persona e alla sua competenza sociale.

I Figli: tra punizioni e terapia. Come si è visto, nella famiglia del depresso prevalgono, nei confronti dei figli gli atteggiamenti più punitivi.

La punizione è da un lato sempre proposta come una dimostrazione del proprio affetto e dall'altro non è altro che uno dei tanti provvedimenti inefficaci che vengono adottati in queste famiglie.

Il non riuscire nel rapporto con i propri figli aumenta il senso di sconfitta del depresso. Tuttavia la *attitudine quasi terapeutica* del depresso finisce per prevalere di fronte ad una condizione di malattia di uno dei figli. Non è tanto la necessità di mantenere la disciplina (come ha sostenuto la Hoffman) quanto il comportamento sintomatico di uno dei figli a ridestare il depresso dal suo letargo. In questo modo, la comparsa di un sintomo in un figlio riesce spesso a mantenere sullo sfondo forme anche gravi di depressione in uno dei genitori.

Le rispettive famiglie d'origine, spesso in conflitto tra loro, trovano nella *inefficienza genitoriale* del depresso una valida giustificazione per intromettersi nell'educazione dei suoi figli. Da questo punto di vista la famiglia del depresso rappresenta un sistema disimpegnato atipico: sempre in nome delle necessità e del bisogno di aiuto, si creano con le famiglie di origine degli strani "legami indiretti" che hanno come tramite i figli del paziente identificato.

L'intervento terapeutico

Nei confronti della patologia depressiva sono stati proposti interventi di tipo *strategico* (Watzlawick e Coyne; Coyne), *sistemico* (Weber e coll.) e, *psicoeducazionale* (Anderson e coll., Clarkin e coll.). Gli studi finora condotti non sono numerosi, ma se ne trae la indicazione di un crescente aumento di interesse e di una applicazione sempre più diffusa dell'approccio relazionale nella terapia dei disturbi depressivi.

Nella nostra esperienza l'intervento sul sistema familiare del depresso si è dimostrato indubbiamente utile, almeno fino al punto di far apparire ingiustificato l'atteggiamento di rinuncia assunto per molto tempo dagli esponenti più noti dell'approccio sistemico riguardo a questo tipo di famiglie.

Le numerose difficoltà nelle quali ci siamo imbattuti nell'esperienza terapeutica con questo tipo di famiglie ci ha indotto a considerare alcuni aspetti cruciali nella terapia familiare della depressione e alcuni accorgimenti che si sono frequentemente dimostrati utili.

La fedeltà al rapporto terapeutico. I rapporti del sistema depressivo con l'esterno sono molto scarsi e si riducono quasi esclusivamente al ricevere o offrire aiuto. Infatti il depresso, nonostante i suoi mali, viene spesso considerato dagli amici e dai conoscenti una persona che sa comprendere e dare consigli giusti. Una donna spiegava così questa capacità che le veniva riconosciuta: "Nessuno può comprendere le mie sofferenze, perché nessuno

ha mai provato quello che provo io. Io invece posso capire quello che provano gli altri, perché ho già vissuto tutte le loro sofferenze".

Dato il tipo di relazione che il depresso e il sistema di cui fa parte hanno con il mondo esterno, una relazione basata esclusivamente sul reciproco bisogno di cure e di sostegno, non c'è da meravigliarsi se tra i personaggi che mantengono legami più intensi con queste famiglie abbiano un posto di primo piano medici e terapeuti. A differenza di altri tipi di famiglia qui la relazione terapeutica si instaura con rapidità e si mantiene nel tempo: il rischio di interruzioni precoci e di abbandoni della terapia è praticamente inesistente. Tuttavia, questa fedeltà alla terapia del depresso e della sua famiglia non esclude la presenza di altre insidie nel corso del processo terapeutico.

Limitare le aspettative. Un principio generale è quello di non creare aspettative troppo forti. Questo principio risulta tanto più vero quanto più gravi sono le condizioni del paziente identificato. Spesso è utile rinunciare al termine di terapia e sostituirlo con definizioni meno impegnative come "tentativo", "sostegno", oppure "sussidio" indicando che si tratta semplicemente di un complemento di altre terapie.

Un altro principio è quello di limitarsi a *richiedere solo piccoli cambiamenti*: questo tipo di sistema non tollera modificazioni sproporzionate alle sue possibilità e, inoltre, tentativi di grandi cambiamenti non corrisponderebbero alla concezione catastroficamente immobilista che governa queste famiglie. Il piccolo cambiamento invece non risulta minaccioso e può essere poco per volta amplificato in relazione agli adattamenti che la famiglia riesce a compiere.

Evitare le rassicurazioni. Nei confronti del paziente identificato è necessario correggere l'istintivo atteggiamento di *rassicurazione* che il depresso tende a suscitare. In altri termini si deve *evitare la tipica relazione di aiuto* in cui il partner sano si trova impegnato già da molto tempo senza successo. Un atteggiamento che si tende ad assumere altrettanto istintivamente, e che deve invece essere puntualmente evitato, è il tentativo di dissuadere il partner sano dal carico di iniziative che prende per sostenere il coniuge.

Il partner sano, di regola, si aspetta questi atteggiamenti dissuasivi e sa trovare molte valide ragioni per contrastarli; viene invece sbilanciato completamente dal terapeuta che accetta il suo "care giving behavior" o che addirittura lo invita a fare *ancora di più* per "risolvere" il coniuge.

Non affidare compiti al depresso. E' necessario riconoscere come valide le motivazioni di cui il depresso si serve per spiegare il suo stato; le ragioni che a prima vista possono apparire futili e inconsistenti vanno prese sul serio e, se possibile, devono essere anticipate e riconosciute ulteriori valide giustificazioni per la condizione depressiva del paziente identificato.

Anche minimizzare le motivazioni della sofferenza depressiva si rivela inutile e conduce spesso ad un incremento della sintomatologia iniziale.

Aspetti da non trascurare nella terapia breve della depressione

Vorremmo, infine, indicare alcuni aspetti che sono in genere poco considerati e che, a nostro avviso, non dovrebbero essere trascurati nel progetto di intervento sul sistema depressivo.

1) Non trascurare la famiglia d'origine.

La depressione si evidenzia quasi sempre all'interno del contesto di coppia, ed è per questo che la relazione con le famiglie d'origine sfugge facilmente alla osservazione e spesso non viene neppure inclusa nella strategia terapeutica.

Le manifestazioni depressive insorgono nella fase del ciclo vitale in cui la relazione di coppia si è già stabilmente formata, ma per loro natura, richiamano inesorabilmente in causa le famiglie di origine riportando la famiglia ad una fase del suo ciclo vitale che dovrebbe essere stata superata da tempo.

2) Non trascurare i figli

Esistono almeno tre buone ragioni per non incorrere in questo errore.

a) I figli, quando uno dei genitori è depresso sono di regola coinvolti nelle dinamiche della relazione di coppia, soprattutto nelle dinamiche di colpa.

b) Perché rappresentano in queste famiglie l'area di più intensa espressione dell'affettività e in cui la inefficienza è avvertita come più grave.

c) Perché il rischio che i figli presentino forme anche gravi di patologia è molto elevato in queste famiglie.

3) Non trascurare la propria depressione

La depressione del terapeuta non deve essere mascherata, come talvolta avviene, dietro atteggiamenti pseudomaniacali o tentativi di mostrarsi sempre all'altezza della situazione. Se questa regola è valida in generale, lo è a maggior ragione nella terapia familiare del depresso.

Naturalmente si deve chiarire che non si tratta di fingere strategicamente una depressione inesistente, ma di utilizzare, in chiave terapeutica, sentimenti depressivi autentici con i quali il terapeuta ha inevitabilmente a che fare nei momenti difficili del lavoro con questo tipo di famiglia.

Bibliografia

- 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 for Families of Patients with Affective Disorders, *Fam. Proc.*, 25, 185-206.
- Billings,A.G., Moos,R.H. (1982), Social Support and Functioning among community and Clinical Groups, *Journ. Behav. Med.*, 5, 293-311.
- Boszormeny-Nagy,I., Spark,G.M (1973), *Invisible Loyalties*, Harper and Row, New York.
- Cadoret,R.J. (1972), Depressive Disease: Life Events and Onset of Illness, *Arch. Gen. Psych.*, 26, 133-136.
- Clarkin,J.F., Haas,G.L., Glick,I.D. (1988), *Inpatient Family Intervention*, in AAS, G.L., Clarkin,J.F., Glick,I.D. (Eds.) *Affective Disorders and the Family*, Guildford, New York.
- Coyne,J.C. (1976), Depression and the Response of Others, *Journ. Abn. Psychol.*, 85, 186-193.
- CoyneE;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.
- Feldman,L.B. (1976), Depression and Marital Interaction, *Fam. Proc.*, 15, 4, 389-396.
- Freud,S. (1817), *Lutto e melanconia*, in Opere, Vol.8, Boringhieri, Torino, 1976, pg 107.
- Friedman,A.S. (1975), Interaction of Drugs with Marital Therapy in Depressive Patients, *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 619-637.

- Haas,G.L., Clarkin, J.F. (1988), *Affective Disorders and the Family Context*, in Haas,G.L.,Clarkin,J.F., Glick,I.D. (Eds.) *Affective Disorders and the family*, Guildford, New York.
- Hautzinger, M., Linder, M., Hoffman, N. (1982), Distressed Couples with and without a Depressed Partner: an Analysis of their Verbal Interaction, *journ. Behav. Ther. Exper. psychiat.*, 13, 4, 307-314.
- Henderson, S. (1974), Care Eliciting Behavior in Man, *J.Nerv.ment.Dis.*, 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, 1981.
- Hooley, J.M. (1986), Expressed Emotions and Depression, Interactions between patients and high versus low EE spouses, *Journ. Abn. Psychol.*, 95, 237-246.
- Janowsky, D.S., Leff,M., Epstein, R.S. (1970), Playing the Mania Game, *Arch. Gen. Psych.*, 22, 252-261.
- Matussek, P., Feil, W.B. (1983), Personality Attributes of Depressive Patients: Results of Group Comparison, *Arch. Gen. Psych.*, 40, 783-790.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Neuchterlein, K.H., Snyder, K.S., Mintz, J. (1988), Family Factors in the Course of Bipolar Affective Disorders, *Arch. Gen. Psych.*, 45, 225-231.
- Overall, J. (1971), Associations between Marital History and the Nature of manifest Psychopatology, *Journ. Abn. Psychol.*, 78, 213-221.
- Schless, A.P. (1974), How Depressive View the Significance of life Events, *Brit. Journ. Psychiat.*, 125, 406-410.
- Senay, E. (1973), *General Systems theory and Depression*, in Scott, J., Senay, E. (Eds.), *Separation and Depression: Clinical and research Aspects*, American Association for the Advancement of Science, Washington.
- Stierlin,H., Weber, G., Schmdt,G., Simon, F. (1986), Some Features of families with Major Affective Disorders, *Fam. Proc.*, 25, 325-336.
- Watzlawick, P., Coyne, J.C. (1980), Depression Following Stroke: Brief, Problem-Focused Treatment, *Fam.Proc.*, 19, 13-18.
- Weber, G., Simon, F.B., Stierlin, H., Schmidt,G. (1988), Therapy for Families Manifesting Manic-Depressive Behavior, *fam. Proc.*, 27, 33-50.
- Wolkind, S., Zajicek Coleman, E., Ghodsian, M. (1980) Continuities in Maternal Depression, *Int. Journ. Fam. Psychiat.*, 1, 2, 167-182.