

ECOLOGIA DELLA MENTE
1 / 2002, 25, RIVERO, N. 21-39

PSICOTERAPIA CURA PSICOTERAPIA

Recenti sviluppi della ricerca relazionale sulle depressioni*

Matteo Selvini¹

PREMESSA

Questo articolo nasce dalla contemporanea uscita, in inglese ed in spagnolo, di due importanti contributi sistemico-relazionali sul tema delle depressioni. Per i terapeuti familiari può essere utile averne una prima sintetica anticipazione, in attesa delle auspicabili traduzioni in italiano.

Nel progettare una sorta di doppia "recensione" mi è venuto di ripensare a quanto Mara Selvini aveva scritto o informalmente comunicato su questo argomento. Infine ho cercato di dare anche un mio personale contributo alle ricerche in corso.

LA RICERCA DI EIA ASEN E ELSA JONES

Il libro di Asen e Jones [1] si basa sul London Depression Intervention Trial organizzato nel 1991 per confrontare l'efficacia dei farmaci anti-depressivi, della terapia cognitiva individuale e della terapia di coppia sistemica. Pazienti diagnosticati come (gravi) depressi (da psichiatri indipendenti rispetto ai curanti delle tre branche della ricerca) vennero assegnati con criteri di sistematica casualità ad uno dei tre tipi di trattamento. La sezione del Trial riguardante la terapia cognitiva dovette essere presto interrotta perché il tasso di drop era troppo elevato (8 dei primi 11 casi). Il confronto finale è stato così effettuato tra la terapia farmacologica e la terapia sistemica di coppia ed ha riguardato 88 casi che rispettavano i criteri di inclusione nella ricerca ed erano stati presi in trattamento.

Una delle scoperte più interessanti è stata quella che la terapia sistemica di coppia dava risultati significativamente migliori della terapia cognitiva e dei farmaci.

La metodologia del Trial prevedeva una fase di diagnosi dei pazienti e dei loro partner a carico di un'équipe di psichiatri/ricercatori. Il trattamento preve-

¹ Co-responsabile della Scuola di Psicoterapia della Famiglia "Mara Selvini Palazzoli", Milano

*Le osservazioni di Stefano Cirillo e Giovanni Liotti sono state preziose per la stesura di quest'articolo.

deva un massimo di 20 sedute nell'arco di nove mesi per le terapie di coppia e le terapie cognitive, e di un anno per le terapie farmacologiche. I ricercatori valutavano nuovamente i pazienti alla fine del trattamento, ed ancora 12-15 mesi dopo. I pazienti dovevano ricevere un solo tipo di trattamento, per questo quelli assegnati alla terapia farmacologica non potevano fare psicoterapia, mentre quelli in psicoterapia non potevano ricevere farmaci. Soggetti valutati come depressi venivano esclusi dalla ricerca se presentavano tratti psicotici, sintomi bipolari, sintomi di disturbi cerebrali organici, un importante abuso di sostanze. I casi sono stati assegnati ai tre trattamenti in modo che si equivalessero in termini di età, sesso, cronicità e gravità dei sintomi.

La terapia di coppia ha dimostrato di essere il più accettabile ed il più efficace dei tre tipi di trattamento. Questi pazienti erano meno depressi di quelli in terapia farmacologica sia alla fine del trattamento che al follow-up dopo un anno. I drop sono stati solo il 15% contro il 56,8% della terapia farmacologica. Inoltre la terapia di coppia ha dimostrato di non essere più costosa della terapia farmacologica. Infatti l'evidente maggior costo delle sedute di psicoterapia rispetto alle visite psichiatriche viene compensato dal fatto che i soggetti in terapia di coppia utilizzano molto meno altri servizi sanitari e sociali sia durante la terapia che dopo.

È interessante notare che molti pazienti si autoesclusero dal progetto perché non disponibili ad essere assegnati casualmente ad uno dei tre tipi di trattamento. Questo tipo di selezione probabilmente è correlato alla gravità dei casi: accettare una simile casualità è indice evidente di seria rassegnazione/disperazione.

L'AFFERMARSI DI UN MODELLO TERAPEUTICO CONSENSUALE

Asen e Jones discutono in modo molto interessante la superiorità della terapia sistemica sulle altre forme di trattamento in termini di minimizzazione dei drop-out. Come terapeuti sistemici siamo specificamente addestrati alla flessibilità dell'interazione con i pazienti. Con questa casistica il problema chiave è quello di ingaggiare nel trattamento il partner cosiddetto sano, in questo contesto quasi sempre disinteressato al progetto di terapia di coppia.

La strategia di presa in carico descritta parte dalla accettazione della definizione della depressione come malattia individuale. Il coniuge interviene solo come assistente o informatore. Il successo della terapia si gioca allora su un processo di più sedute che conduca consensualmente sia il paziente che il partner a capire/vedere la rilevanza e l'attinenza delle problematiche relazionali rispetto all'origine ed al mantenimento del problema. Questa strategia, che ritroveremo strettamente analoga nel lavoro di Linares e Campo [9] (e che fa parte anche della prassi della Scuola di Mara Selvini) dimostra l'affermarsi di modelli democratico/consensuali nella pratica della terapia sistemica [6]. Siamo ben lontani da quello che facevano molti pionieri della terapia familiare, a partire da Mara Selvini, con il prendere autoritariamente di petto la famiglie dichiarando, ad esempio, all'incipit di una prima seduta, che l'anoressia mentale non è altro che uno

sciopero della fame non dichiarato contro qualcuno. Analoghe considerazioni si potrebbero fare sull'autoritarismo strutturale di Minuchin o su quello provocatorio di Whitaker.

VERSO MODELLI DI PSICOTERAPIA BASATI SU PROCEDURE RIPRODUCIBILI

Questo libro è molto importante anche per un'altra ragione che credo legata in modo essenziale alla possibilità di futuro sviluppo della psicoterapia.

Il progetto di ricerca ha costretto Asen e Jones a scrivere un manuale che concretamente e dettagliatamente descrive che cos'è una terapia sistemica di coppia, chiarendo cosa si fa nelle prime sedute, in quelle intermedie e in quelle finali e con quali tecniche di ipotizzazione, di "joining", di presa in carico, intervista circolare, "enactment", messa a fuoco delle risorse, soluzione dei problemi, sfida, prescrizioni, con quali varianti delle convocazioni ecc. Come vedremo anche Linares e Campo propongono analogamente una procedura che prevede una certa successione di temi, domande e convocazioni.

L'idea della psicoterapia diviene così oggi quella di una procedura che è insieme strutturata, flessibile e consensuale. In questo modo diviene possibile una ben più mirata verifica dei risultati: siamo in grado di affermare di che cosa esattamente stiamo valutando gli effetti. E non solo, si può così cominciare a riflettere su quali procedure siano più adatte per tipi di problemi diversi. Ad esempio, se il nostro oggetto di ricerca fosse invece la depressione in giovani adulti che non hanno una stabile relazione di coppia dovremmo ipotizzare un diverso manuale, dove diverrebbe strategico progettare l'integrazione di sedute individuali con sedute con la famiglia di origine.

Asen e Jones sono stati costretti a scrivere un manuale perché uno dei compiti dei ricercatori era quello di verificare le videoregistrazioni delle sedute, controllando che corrispondessero a quanto previsto dal manuale. Ma un simile modo di procedere credo si debba generalizzare all'intera pratica professionale della terapia familiare. Così come è pure evidente la sua utilità nella formazione alla psicoterapia.

CHE COS'È LA DEPRESSIONE?

Non posso in questa sede riprendere i contenuti del manuale, che sintetizza molti concetti classici della terapia sistemica. Il punto di partenza è una definizione della depressione come incapacità ad adattarsi a determinati eventi o cambiamenti. In particolare Elsa Jones sostiene: "ho trovato utile considerare la depressione come una risposta ad una esperienza di impotenza (powerlessness) che può essere stata attivata da situazioni infantili e familiari come l'abuso e la trascuratezza, da più recenti esperienze interpersonali quali la perdita di attaccamenti e relazioni, dal sentirsi privi di aiuto davanti ad eventi o dalla perdita del senso di efficacia personale davanti a situazioni contestuali o abusi di potere, o da una combinazione di tutti questi fattori" (p. 46). Insomma tutta una serie di

fattori personali, relazionali e sociali (isolamento, povertà, disoccupazione) fanno sì che un individuo si senta “schacciato giù” (depresso).

La popolazione su cui Asen e Jones hanno lavorato appartiene a contesti socialmente svantaggiati in cui la dimensione della violenza agita è molto significativa. Tra i casi trattati da Elsa Jones il 50% dei pazienti ha sperimentato un abuso sessuale nell'infanzia, il 40% vive una situazione di violenza nella relazione con il partner, il 71% ha subito nell'infanzia dei maltrattamenti fisici (il 20% tra i partner), molti riferiscono di aver assistito a violenze fisiche tra i loro genitori (p. 99). Cito questi dati perché rimandano in modo immediato a quelli di carezza e depredazione che Linares e Campo pongono al centro della loro ricerca sulla depressione maggiore.

Infine voglio sottolineare come il successo dei trattamenti di Asen e Jones sia stato ottenuto nonostante abbiano lavorato separatamente con le coppie loro assegnate. Non hanno quindi potuto contare sulla dimensione di équipe, che è sicuramente uno dei grandi punti di forza delle terapie sistemiche. Probabilmente questo è stato possibile sia per la grande esperienza dei due terapeuti, che proprio grazie al riferimento al manuale che aiuta a pianificare il trattamento.

IL CONTRIBUTO DELLA SCUOLA DI BARCELLONA

Linares e Campo ci parlano di una popolazione che, pur essendo diagnosticamente identica a quella londinese, ha una diversa estrazione sociale: famiglie piccolo e medio borghesi, dove la paziente (qui ancora più spesso una donna) dopo essere stata in trattamento psichiatrico viene inviata dal suo stesso curante ad un servizio universitario di psicoterapia. Anche il contesto dell'esperienza è così molto diverso: un intenso lavoro in équipe in un contesto che è contemporaneamente clinico e didattico (la scuola di psicoterapia familiare di Barcellona).

Linares e Campo ironizzano in modo molto divertente sulla grande passione della psichiatria “biologista” per la depressione maggiore: finalmente una malattia “proprio come tutte le altre” (p. 15) con una bella base biologica e tanti farmaci vecchi e nuovi fino al grande fenomeno Prozac. Finalmente pazienti “con coscienza di malattia, questa rara introspezione autocritica che gli psichiatri perseguono inutilmente nella maggioranza degli altri loro pazienti” gente seria e controllata che può portare la sua necessità di compiacere il terapeuta fino al punto di sentirsi molto in colpa quando ricadendo lo contraddicono! Coniugi e famiglie sacrificali, pronti a tutto per rendersi utili: “per una psichiatria abituata a sguazzare nelle fognie della condizione umana è impossibile non simpatizzare con questi casi di rispettabilità costituita dal depresso maggiore e della sua famiglia” (p. 16).

Di qui il titolo del libro traducibile come “Dietro una facciata di rispettabilità”.

In questo contesto i coniugi dei pazienti appaiono almeno formalmente diversi da quelli visti da Asen e Jones: più “rispettabili” e collaborativi.

Linares e Campo, a differenza di Asen e Jones, partono dalla classica distinzione tra depressione maggiore e depressione distimica (o nevrotica), trac-

ciandone una chiarissima differenziazione nel retroterra relazionale: nella depressione maggiore le esperienze di carenza e depredazione vissute nella famiglia di origine si riattualizzano nel rapporto di coppia e nella famiglia di procreazione. Invece i distimici si collocano in un contesto relazionale caratterizzato dalla lotta per il potere.

Escalation complementare nel primo caso, escalation simmetrica nel secondo. Coppie stabili nel primo caso, instabili nel secondo.

Linares e Campo sviluppano un'interessante distinzione tra le dimensioni della genitorialità e della coniugalità nelle famiglie di origine di questi pazienti. In quelle dei depressi maggiori la relazione di coppia (coniugalità) dei genitori è sufficientemente funzionale/soddisfacente, mentre è la relazione verticale, genitoriale verso i figli ad essere carente. Al contrario i genitori dei distimici sono "sufficientemente buoni" ed è quindi piuttosto il loro modello di coppia conflittuale e triangolante ad avere un impatto non positivo sui processi di formazione dell'identità dei figli. "Un figlio che riceve messaggi contemporanei e contraddittori quali 'stai dalla mia parte e non con quello/quella', 'ti do io di più', 'ti do quello di cui più hai bisogno', 'i miei valori sono migliori dei suoi' ". In definitiva una situazione seriamente a rischio per la genesi di un'ansietà di base. Ma per arrivare alla sintomatologia distimica è necessario un altro ingrediente: quello della perdita. Situazione in parte implicita nella triangolazione stessa.

Questo libro sostiene che mentre la depressione maggiore appare un fenomeno di più chiara definibilità, sia dal punto di vista della diagnosi descrittiva che da quello relazionale, la distimia sembra coprire un universo più variegato di disturbi ansiosi, psicosomatici, isterici, fobico-ossessivo, insomma tutta quella che tradizionalmente è stata considerata l'area nevrotica.

La distinzione delle due dimensioni di genitorialità e di coniugalità è importante perché va nella direzione di distinguere ed integrare quelli che nella storia della psicoterapia sono stati concetti troppo rigidamente utilizzati. La psicoanalisi, infatti, ha utilizzato quasi esclusivamente la dimensione della genitorialità, nell'ottica che la psicopatologia venisse trasmessa dal genitore al figlio, presupponendo che una psicopatologia più o meno coperta nel genitore divenisse esplicita nel figlio. Una tesi non solo scientificamente errata, ma anche pericolosa per la possibilità che un terapeuta possa empaticamente ascoltare il genitore di un paziente.

Pure troppo rigidi sono stati gli sviluppi sistemici: con il concetto di triangolazione (il figlio reagisce non tanto ai genitori quanto al rapporto tra i genitori) e con la sua evoluzione "Selviniana" in "stallo di coppia". La genitorialità venne "cancellata" in quanto diadica ed insieme venne introdotto un atteggiamento aprioristicamente negativo verso le coppie dei genitori dei pazienti: anche quelle che apparivano normali o addirittura armoniose, dovevano sicuramente essere solo "abili" a mascherare le loro patologie. Accettare ed integrare le due dimensioni della genitorialità e della coniugalità sicuramente aiuta il pensiero complesso del terapeuta verso un ascolto della famiglia più libero ed empatico.

LA RIPRESA DELLA RIFLESSIONE SULLE RADICI RELAZIONALI DELLE NEVROSI

Un grosso merito di Linares e Campo è senza dubbio quello di contribuire a un dibattito relazionale sulle nevrosi, area tradizionalmente molto trascurata dal movimento sistemico.

Linares e Campo riprendono il classico concetto freudiano di conflitto edipico per riformularlo in termini di triangolazione manipolatoria provocatrice di un'ansietà nevrotica di base. Il bambino è posto in un conflitto di lealtà per cui comunque si comporti (un po' come il celebre cane di Pavlov) sarà sanzionato (minaccia di castrazione) da uno dei due genitori che sarà scontento di lui.

Nelle nevrosi il contesto relazionale è così di marca soprattutto competitiva e simmetrica. Qualora nella triangolazione siano presenti componenti seduttive ed erotiche avremo sintomi nevrotici della variante isterica (istronica).

La riflessione sulle nevrosi ha avuto storicamente un interessante punto di partenza nel lavoro di Sluzki e Veron nel 1971 come sviluppo del concetto di doppio legame [17]: l'isteria sarebbe una risposta a comunicazioni del tipo: "prendi iniziative, ma ricorda che è proibito prendere iniziative", le fobie corrisponderebbero al messaggio: "sii indipendente dipendendo da me" ed il disturbo ossessivo-compulsivo risponderebbe a messaggi quali "sii indipendente anche se, naturalmente, ne sei incapace".

Linares e Campo commentano come queste interessanti intuizioni abbiano avuto scarsi sviluppi nel campo sistemico, per il prevalere di un atteggiamento sistemico-collettivista avverso al prendere in considerazione le variabili di tipo strettamente individuale.

Basti vedere, infatti, quanto osserva Gianfranco Cecchin nella sua introduzione al libro di Asen e Jones: "I terapeuti sistemici hanno sempre avuto il dubbio, o la convinzione, che l'atto di etichettare una persona con una diagnosi aggravi i problemi di questa persona" (1, p. XIII).

Ma forse in questi ultimi anni, grazie all'influenza degli studi sull'attaccamento ed ai riferimenti ai disturbi di personalità, stanno maturando le condizioni per una ripresa della ricerca relazionale sulle nevrosi. Si veda il recente lavoro di Valeria Ugazio (18) sulle polarità semantiche nelle fobie e nei disturbi ossessivi. Nell'ultima parte di questo articolo proporrò alcune idee sulle radici relazionali dell'ansia.

SVALORIZZAZIONE E DEPRESSIONE MAGGIORE

Voglio invece ora ritornare alla descrizione relazionale di Linares e Campo della depressione maggiore.

Abbiamo già accennato alla dimensione carenziale e depredatoria di una genitorialità disfunzionale. Questi bambini hanno dato, nell'equilibrio dello scambio affettivo, molto di più di quello che hanno ricevuto (p. 24). Non possono metacomunicare o protestare e quindi non resta loro che la fuga. Tendono ad incontrare un partner che ha bisogno di dimostrare agli altri ed a se stesso di essere capace di dare, mentre in realtà non è in grado di farlo veramente.

Nella famiglia di origine la paziente è stata soprattutto svalorizzata, e condizionata da una forte preoccupazione di rispondere alle aspettative degli altri. Questo implica sacrificialità, doverismo, rinuncia al proprio piacere e alla realizzazione dei propri desideri.

La relazione coniugale, per un periodo più o meno lungo, illude la paziente di aver trovato un compenso alle antiche svalorizzazioni, ingiustizie, umiliazioni. Quando invece queste si riproducono, con la partecipazione attiva o con la mancata tutela del coniuge, ecco precipitare lo scompenso depressivo maggiore. Linares e Campo descrivono lungamente il caso di Margherita.

Margherita si scompensa in seguito alla grave ingiustizia inflittale dai suoi fratelli che caricano totalmente su di lei l'assistenza al padre vecchio e malato. Tre elementi relazionali colpiscono come fondamentali: 1) i fratelli trattano Margherita come quella "servetta" di famiglia che è sempre stata; 2) il coniuge non difende affatto la moglie da questa ingiustizia, anzi cerca di fare la bella figura di quello "tanto buono"; 3) Margherita stessa è gravemente complice di questo gioco relazionale perché da sempre corre in soccorso di tutti, ora corre continuamente dal padre e lo accoglie poi in casa, senza fare nulla per difendere se stessa, né per richiamare i fratelli alle loro responsabilità.

Margherita occupa così una posizione chiaramente complementare down sia rispetto alla sua famiglia di origine che rispetto al coniuge (che ha voluto la convivenza con la sua propria madre).

La strategia terapeutica, portata avanti principalmente con la coppia, ma anche con il coinvolgimento "una tantum" dei figli e della famiglia di origine e con alcune sedute individuali con la paziente, passa attraverso il legittimare una reazione assertiva della paziente, che combatte i processi di idealizzazione del coniuge e della famiglia di origine.

Linares e Campo sottolineano molto bene come questa strategia sia molto diversa dall'intervento con la depressione distimica dove spesso l'espressione dei sentimenti può essere eccessiva e sterilmente accusatoria, mentre, parallelamente, il paziente possiede normali attitudini assertive. Il terapeuta dovrà quindi porsi in un atteggiamento di forte alleanza con il paziente nella depressione maggiore, mentre sarà decisamente più neutrale nella depressione distimica. Infatti in questo secondo caso il nucleo della terapia consiste nell'aiutare il paziente ad uscire da quella escalation simmetrico-conflittuale di cui i suoi sintomi sono divenuti parte integrante.

Quello che dice Cancrini [3] nel titolo del suo bel libro-intervista: "Date parole al dolore", ed in un suo recente articolo [4] sembra quindi adattarsi alla descrizione della depressione maggiore. Cancrini parla infatti della depressione come di un lutto non elaborato: "un dolore importante, una perdita non è stata raccontata/espressa in una relazione significativa e non ha quindi trovato un ascolto partecipe ed empatico" (p. 33 e 38).

Queste teorizzazioni sono in accordo complementare e non in opposizione con le teorie di quei clinici e ricercatori che si sono occupati della depressione come legata alla resa (alla sconfitta) in un sistema motivazionale competitivo [16]. Impotenza, carenza, depredazione, svalorizzazione, perdita, umiliazione e scon-

fitta sembrano essere le diverse "facce" della depressione, manifestazione sintomatica di un dolore non superato/elaborato.

QUELLO CHE HA PENSATO MARA SELVINI PALAZZOLI

Linares e Campo hanno scritto un libro molto "Selviniano" nel senso della passione della ricerca sul perché una persona diventa proprio anoressica, o psicotica, o appunto proprio con quel tipo di depressione. Insomma si vuole restare dentro la classica impostazione della medicina: cercare le cause di una "malattia".

Asen e Jones sono pure certamente influenzati, come evidente dalla loro biografia professionale, dalle idee di Mara Selvini, ma per quella parte legata alle tematiche post-moderne e costruttiviste sulla scia di "Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità" [14]. Infatti l'approccio di Asen e Jones è molto pragmatico: descrivono il modello terapeutico sistemico adattato a quello specifico contesto clinico e di ricerca. La diagnosi è qualcosa che subiscono, una costrizione esterna di cui volentieri si farebbe a meno, portata dai pazienti stessi e dagli invianti. Al contrario Mara Selvini, Linares e Campo vanno attivamente alla ricerca di una diagnosi, e di diagnosi differenziali, per sviluppare ragionamenti che ci spieghino cosa produce delle differenze nello sviluppo delle persone e, di conseguenza, la loro diversa "etichettabilità".

Si contrappone così un'impostazione clinica eziologicamente "agnostica" e clinicamente pragmatica ad una impostazione dove capire le cause della sofferenza depressiva, non solo nel singolo caso, ma anche più in generale, diviene basilare.

Asen e Jones sono "politicamente corretti" nella classica direzione post-moderna: dato che realtà e verità non esistono, agli utenti vanno proposte più ipotesi contemporaneamente per aprirli a più prospettive. Linares e Campo cercano invece delle generalizzazioni, che, come quelle della Selvini, affasciano per la loro semplicità e chiarezza, e contemporaneamente corrono il rischio di apparire come generalizzazioni eccessive. Insomma la differenza essenziale passa per la priorità e legittimità della ricerca sulle radici relazionali delle diverse psicopatologie.

In Linares e Campo non ho ritrovato solo uno spirito "Selviniano" nella terapia e nella ricerca, ma anche idee e contenuti fortemente affini. La descrizione del "gioco relazionale" del coniuge della paziente gravemente depressa, uomo formalmente "perfetto", adorato dai suoceri, ammirato dai figli, ma in realtà svalutante e sottilmente distruttivo nei confronti della moglie, è ipotesi relazionale ricorrente nelle cartelle cliniche della Selvini. Un marito "infermiere psichiatrico" che inchioda la moglie nel ruolo della impotente, inattendibile, incapace.

Mara Selvini non lavorò abitualmente con pazienti depressi maggiori. Mi ha però colpito ritrovare nel testo di Linares e Campo la parola "depredazione" come chiave per l'interpretazione psicologica di questo tipo di sofferenza. Anche negli appunti delle supervisioni di Mara Selvini a Corsico (materiali non pubblicati), durante la sua principale esperienza di lavoro nella psichiatria pubblica [7], si ritrova proprio quella stessa parola, sia riferita alla depressione post-partum ed al "furto"

del neonato ad opera di coniuge, suocera o cognata, ma anche a proposito di dinamiche successive, allorché un analogo "furto" riguarda bambini o adolescenti (si veda il ritornare delle stesse ipotesi nel caso di Cinzia nel libro a cura di Cirillo, Selvini, Sorrentino "La terapia familiare nei servizi psichiatrici" (6, pp. 35-44).

LA SELVINI E LE NEVROSI

Quanto alle nevrosi non è certamente un tema di cui la Selvini abbia amato occuparsi. La sua vocazione professionale era fortemente orientata verso i disturbi gravi, ed il suo atteggiamento era quasi di insofferenza verso pazienti portatori di disturbi minori. Tuttavia, se andiamo a rileggere un vecchio articolo della fase psicoanalitica e comunicazionalista: "L'ossessivo e il suo coniuge", scritto verso la fine degli anni '60, a quattro mani con Paolo Ferraresi [15] ci troviamo in pieno nella descrizione del sintomo nevrotico come organico ad una lotta simmetrica per il potere:

"Nel corso delle transazioni, il marito appare sempre in posizione di inferiorità e la moglie in posizione di superiorità. Si tratta di una relazione imperniata sulla competizione, da dove la moglie in apparenza esce vincitrice ed il marito perdente. Ma nella misura in cui nessuno è disposto ad essere (anche se può accettare di apparire tale) costantemente perdente nella relazione con l'altro, Rodolfo si prende la sua rivincita dissimulandola come sindrome patologica. Non è lui ad imporsi, ma la sua malattia. Qualcosa che è più forte sia di lui che della moglie. Sono i rituali, gli scrupoli, la meticolosità che dettano le regole e fissano le leggi della loro esistenza. Chi comanda è così la malattia. E Sabrina, da parte sua può tollerare di sottomettersi, non a suo marito, ma alla "sua malattia" (p. 52).

I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI

Il modello molto più recentemente rielaborato e proposto da Giovanni Liotti conferma questa linea interpretativa delle nevrosi. Liotti infatti illustra una classificazione delle interazioni in "sistemi motivazionali interpersonali" (SMI): attaccamento/accudimento, corteggiamento, competizione, esplorazione, collaborazione.

Dentro un SMI "competitivo" la depressione è la fisiologica risposta del perdente [16]. La sofferenza della depressione distimica avrebbe così una qualità ben diversa dall'angoscia depressiva maggiore, collocabile invece nel quadro della disfunzione di un SMI attaccamento/accudimento.

Potrebbe essere utile sviluppare la differenziazione tra depressione maggiore e distimia in termini di attivazione di diversi SMI.

Il depresso maggiore è rimasto fissato dentro il tentativo di attuare un attaccamento/accudimento soddisfacente e non è potuto così entrare in un SMI competitivo che rappresenta una tappa successiva dell'evoluzione personale. Al contrario il paziente distimico ha vissuto un attaccamento sufficientemente buono e ha così avuto accesso alla più evoluta dimensione del SMI competitivo. Questa distinzione, sia qui detto per inciso, ricorda molto da vicino la classica

distinzione psicoanalitica tra matrice pre-edipica o edipica delle psicopatologie osservate in soggetti adolescenti/adulti. In altre parole si potrebbe dire che una carenza primaria non consente di entrare in una dimensione motivazionale competitiva (e quindi vitale) e questo porta a stroncare sul nascere molte potenzialità di valorizzazione. Evitare le sfide significa essere sconfitti in partenza.

PERCORSI DI ELABORAZIONE DELLA TRASCURATEZZA

Proviamo adesso a seguire Linares e Campo nel mettere a fuoco il tipo di sviluppo possibile per bambini carenzati e trascurati, concentrandoci sulla dimensione della genitorialità, e lasciando per semplicità da parte quella della coniugalità.

Non è forse facilissimo definire cosa si intenda per *trascuratezza* o *carenza* di un genitore.

In sintesi potremmo definirla come una situazione in cui il genitore non ha né tempo né testa per i bisogni del figlio, perché è molto preso da varie problematiche economiche, emotive, personali e relazionali. Problemi di coppia, problemi con altri figli, problemi nella famiglia di origine ecc.

Il nostro problema teorico di fondo è quello di capire cosa fa sì che il bambino elabori la trascuratezza in un modo piuttosto che in un altro dei tanti possibili.

Ovviamente si potrebbe ragionare in termini di attaccamento ansioso, evitante, disorganizzato e varie combinazioni. Ad esempio tracciando una corrispondenza tra trascuratezza e disorganizzazione.

Preferisco però proporre qui una tipologia più semplicemente leggibile:

1) diviene autarchico nel senso di contare solo su se stesso, sulle sue capacità, e sviluppa una sfiducia di base negli altri e nella possibilità che lo aiutino. Non pare essere questa la strada presa da una buona parte dei pazienti depressi che in genere non sono autarchici, e cioè non hanno avuto questo tipo di reazione, tanto è vero che sono i più "coniugati" dalla psichiatria, cercano la relazione con l'altro, si sentono sbagliati/incompleti loro stessi. Analizzando la reazione autarchica troviamo immediatamente importanti varianti che elenco in base alla crescente radicalità dell'autarchia: a) quella ossessiva: baderò a me stesso, la mia prima preoccupazione sarà quella di tenere sempre tutto sotto controllo, mi salverò rispettando le regole; b) quella narcisista: baderò a me stesso essendo speciale; c) quella schizoide-paranoide: baderò a me stesso stando sempre molto attento a che nessuno mi avvicini e possa così ferirmi. Ci sono sicuramente altre varianti. Si noti che quella ossessiva comporta molta ansietà di base. Le altre due paiono più auto-tranquillizzanti, almeno in apparenza.

L'autarchico narcisista può andare incontro ad un declino o scacco del suo "essere speciale" che innesca lo scompenso depressivo (4, p. 41). Non sono altrettanto chiare le possibili cause di uno scompenso depressivo in un autarchico ossessivo o schizoide.

2) Parentificazione: il bambino diviene genitore dei genitori o di un genitore. Se questa iper-responsabilizzazione viene riconosciuta e valorizzata produce un giovane iper-responsabile e ben funzionante almeno su molti livelli. La va-

riante più patogena in senso depressivo potrebbe essere la parentificazione non riconosciuta e svalutata.

3) Il bambino diventa punitivo, controllante e dittatore nei confronti del genitore. Si batte per farsi valere ed ottenere attenzione. Potrebbe essere una delle matrici di tratti di personalità del cluster impulsivo: anti-sociale, borderline, narcisista ed istrionico. Queste sue caratteristiche "disturbanti" possono portare ad un attivo rifiuto ostile nei suoi confronti che determina un sintomo depressivo.

4) Il bambino va alla ricerca di altre figure genitoriali di riferimento: una nonna, una sorella maggiore, un insegnante, un partner ecc. Resta in compenso finché tale ricerca ha successo.

5) Il bambino si ammala. Questa potrebbe essere una variante dell'ipotesi 3). La malattia può consentire un accudimento anti-depressivo, ma anche facilitare un distacco che genera depressione.

6) Il bambino diventa fortemente dipendente dal genitore di riferimento: fa tutto quello che il genitore desidera e si autoconvince di desiderare quello che in realtà il genitore desidera. Diventa un figlio "perfetto", ma insieme può essere molto pesante, "coloso", richiedente. Questo potrebbe essere una matrice di tratti del cluster ansioso: dipendenti ed evitanti. Anche qui la "pesantezza" della dipendenza potrebbe alla fine portare a un rifiuto che causa depressione.

Probabilmente sono possibili altri percorsi o delle sovrapposizioni di questi sei percorsi. Seguendo la mia esperienza personale e le indicazioni di Linares e Campo potremmo pensare che soprattutto i percorsi 2) parentificazione e 6) dipendenza siano quelli che predispongono alla depressione maggiore. Come si vede i percorsi citati sono quelli più lontani dalla dimensione competitiva, conflittuale e assertiva. Sono quelli basati sull'assoggettarsi, in un modo o nell'altro, ai bisogni e ai desideri dell'altro.

TORNANDO ALLA DIFFERENZIAZIONE DEPRESSIONE/DISTIMIA

Nella distimia il percorso è diverso perché non c'è la dimensione della trascuratezza o carenzialità di base. Il punto di partenza è piuttosto quello della base ansiosa e della triangolazione.

Alla importante carenza del sistema di attaccamento possiamo pensare corrisponda un'angoscia più profonda: non esisto, non conto nulla, non valgo niente. Cioè l'angoscia comunemente descritta come depressione psicotica.

Invece quella che possiamo definire ansia (incertezza sul proprio valore, sulle scelte compiute, la presenza di più circoscritte paure del mondo esterno, l'insicurezza sul proprio aspetto fisico o sulla propria salute ecc.) è il disagio comunemente definito come nevrotico.

DUE TIPI DI ACCONDISCENDENZA E DI PARENTIFICAZIONE

Nel contesto di questa distinzione tra depressione e distimia in termini di SMI potrebbe essere utile introdurre una distinzione rispetto al classico concetto di accondiscendenza di cui parlavo poco fa a proposito dei percorsi 2 e 6.

L'accondiscendenza del bambino che resta dentro un SMI dell'attaccamento disfunzionale è qualitativamente diversa dall'accondiscendenza del bambino sufficientemente sicuro anche se magari "triangolato", dove l'accondiscendenza è una forma di lealtà ad un genitore di riferimento. Può essere necessario distinguere tra parentificazione riuscita e parentificazione fallita. Il bambino parentificato che viene confermato e valorizzato in questo ruolo non è a rischio di depressione maggiore perché in qualche modo ha potuto godere di una sufficiente conferma che ha costituito uno "zoccolo" di autostima.

Il bambino parentificato che non viene valorizzato, ma resta in una posizione marginale o servile, è fortemente a rischio di depressione maggiore. Questo per quanto riguarda il percorso che ho definito con il n° 2 (parentificazione). Tuttavia il percorso n° 6 (dipendenza) potrebbe essere ancora più tipico per lo sviluppo di una successiva depressione, in quanto implica:

- livelli molto maggiori di squalifica e svalorizzazione. Il bambino da sempre è stato vissuto come noioso, piagnone, pesante.

- assenza di riconoscimento dell'apporto positivo regalato agli adulti.

Per una sorta di circolo vizioso tali squalifiche bloccano le capacità assertive del bambino verso il far valere i suoi desideri ed idee. Diviene impossibile la dimensione del conflitto interpersonale.

Nel percorso della dipendenza l'attaccamento è ansioso o disorganizzato. Si sviluppano tratti di personalità di tipo dipendente o evitante basati su una forte componente di svalorizzazione di sé stessi.

È sempre la figura di riferimento ad essere valorizzata come punto di riferimento vitale, però questa figura alimenta la dipendenza con una più o meno aperta svalorizzazione/sfiducia/squalifica.

Non ci sono quindi elementi di inversione dei ruoli o parentificazione che produrrebbero una valorizzazione anti-depressiva, non c'è nemmeno una vera riorganizzazione ossessiva che sarebbe pure valorizzante nel saper bastare a sé stessi. Non ci sono insomma le due varianti della riorganizzazione nel senso del comportamento punitivo (percorso n° 3) o controllante benevolo del bambino verso i genitori (percorso n° 2). Abbiamo qui allora la vera accondiscendenza dove si arriva addirittura a desiderare quello che l'altro di riferimento desidera per noi.

Un orientamento timoroso (evitante), ma desideroso verso le relazioni, che porta quindi molto spesso al matrimonio con un coniuge desideroso di essere valorizzato nel ruolo di salvatore. Il coniuge sostituisce il genitore come punto di riferimento per la dipendenza del paziente.

Il bambino parentificato con successo ha invece davanti un'altra traiettoria, è molto più assertivo, tende casomai a riprodurre il ruolo di aiutante/salvatore vissuto in famiglia.

Possiamo eventualmente trovare personalità miste, con oscillazioni tra le due forme, che corrispondono ad oscillazioni tra parentificazione e dipendenza vissute nella famiglia di origine.

DIPENDENTE SERVILE E DIPENDENTE CAPRICCIOSO

Potremmo avere due varianti del bambino dipendente:

quello totalmente accondiscendente fino al punto di arrivare ad un vero servilismo e plagio, quello che cerca di riequilibrare la sostanziale dipendenza con atteggiamenti capricciosi e richiedenti (questo crea un problema di diagnosi differenziale con il percorso n° 3 del bambino dittatore).

Beck (2, p. 20) descrive molto bene le assunzioni disfunzionali di una donna depressa che nella sua vita ha cercato sempre di soddisfare tutti quelli che incontrava. Una vera dipendente è diversa dalla accondiscendente "nevrotica" perché crede di desiderare e desidera quello che l'altro ha in mente che lei faccia. È evidente il nesso tra auto-svalutazione e le forme più radicali di accondiscendenza.

Ho attualmente in terapia una giovane donna depressa che ben esemplifica le due varianti citate della dipendenza: è totalmente succube degli uomini, verso la madre è di fatto molto subordinata, ma manifesta anche tratti rivendicativi e richiedenti.

RICADUTE SULLA STRATEGIA TERAPEUTICA

Queste riflessioni ripropongono la basilare differenza di strategia terapeutica per depressi maggiori e distimici: con i primi potrebbe essere possibile che il terapeuta divenga una base sicura sufficiente a trasformare la depressione in rabbia vitale, spingendoli ad essere più capaci di lottare per se stessi, per difendersi da umiliazioni e depredazioni. In questi casi il misconoscimento (idealizzazione, confusione) di figure affettive importanti è determinante nel mantenimento di un sentimento di impotenza. Al contrario con i distimici si tratta di aiutarli a recuperare un senso di positiva appartenenza rispetto a relazioni familiari che loro stessi hanno contribuito e contribuiscono a negativizzare eccessivamente con atteggiamenti ipercritici. Come già dicevamo l'elaborazione della perdita (Cancrini 4, cit.) sarebbe fondamentale soprattutto con i depressi maggiori. Secondo Linares e Campo il protocollo di una terapia della depressione maggiore si basa su una combinazione di sedute di coppia, con la famiglia di origine del paziente, con i figli, individuali. La successione delle convocazioni è in linea di massima questa e la durata di circa due anni.

Il protocollo della distimia si basa ancora di più sulla convocazione di coppia, mirata ad una migliore negoziazione degli equilibri di potere e alla demarcazione rispetto alle famiglie estese, per una durata di circa sei mesi.

QUALCHE SPUNTO PER UNA TEORIA RELAZIONALE DELL'ANSIA

Come abbiamo visto Linares e Campo ci forniscono un buon punto di partenza con il concetto di triangolazione ansiogena. L'ansia è così un fattore di vulnerabilità ed una perdita può scatenare sintomi depressivi. Si vedano a questo proposito le ricerche citate da Holmes (8, p. 187) che dimostrano come le

depressioni siano precedute nel 60/70% dei casi da una grave perdita nel corso dell'ultimo anno, una percentuale ben superiore al 20% misurabile nella popolazione generale, utilizzando gli stessi criteri.

Altri percorsi ansiogeni sembrano più legati alla dimensione della genitorialità che a quella della parentalità. Infatti, un secondo percorso ansiogeno, in parte sovrapponibile al precedente, è quello della parentificazione riuscita di cui abbiamo parlato. L'adultizzazione precoce rende ansioso e teso un bambino che deve essere molto attento a controllare i suoi genitori (o i suoi fratelli), il bambino è messo di fronte a responsabilità più grandi di lui. Si veda il caso di una bambina ansiosa in quanto iper-coinvolta nel conflitto tra i suoi genitori.

Un terzo percorso ci viene spesso illustrato dalle vite "autarchiche", dei padri di alcuni nostri pazienti. Fin da piccolo il bambino deve badare a sé stesso, cresce spesso in collegio o comunque lontano da casa. Sviluppa un atteggiamento ansioso di iper-controllo sull'ambiente. Questi adulti mostrano molto bene il permanere di uno stato di iper-vigilanza tipico di soggetti che mai hanno potuto rilassarsi nella sicurezza di poter contare su figure protettive.

Un quarto percorso rimanda ancora più direttamente alle teorie dell'attaccamento. Mentre il percorso precedente potrebbe essere definito ansioso-evitante, quest'altro percorso è invece ansioso-ambivalente. Il bambino vive le figure di attaccamento come imprevedibili, instabili, per le continue discontinuità nell'umore e nella presenza. Anche questo tipo di insicurezza genera un'iper-vigilanza matrice di un'ansia di base.

Infine un quinto percorso, ancora una volta in buona parte sovrapponibile ai precedenti, mette a fuoco la dimensione del "contagio ansioso". Il genitore spaventato spaventa il bambino.

Percorsi ansiogeni di questi cinque tipi possono essere ricostruiti nel lavoro psicoterapeutico con una vasta gamma di psicopatologie, non solo di tipo depressivo e con soggetti di età diverse. Ad esempio l'enuresi di un bambino di 10 anni potrebbe essere interpretata come collegata al suo poter "disattivare" solo durante il sonno uno stato diurno di iper-vigilanza ansiosa.

CONCLUSIONI

Asen e Jones ci incoraggiano soprattutto sul terreno dell'efficacia del nostro lavoro di psicoterapeuti relazionali. Linares e Campo ci incoraggiano soprattutto a continuare ed approfondire la ricerca sulle radici relazionali delle diverse patologie.

Lo studio delle depressioni richiede un grande lavoro: molto resta da fare sul terreno dei disturbi bipolari, o nella ricerca delle cause delle depressioni negli adolescenti o giovani adulti non ancora entrati in una relazione di coppia, o nei casi in cui la difficoltà sembra proprio ruotare sulla difficoltà a costruire relazioni affettive stabili e soddisfacenti.

Con questo mio contributo ho voluto proporre qualche idea che spero possa essere utile a future ricerche che approfondiscano i collegamenti tra percorsi evolutivi individuali, tratti di personalità, relazioni familiari e tipi di psicopatolo-

gie. In particolare ho qui solo accennato alla tematica fondamentale delle depressioni come sintomo di scompenso in differenti assetti disfunzionali di personalità: ad esempio nel border, nello schizoide o nel dipendente certamente richiedono una comprensione ed un trattamento differenti.

In senso più pragmatico (vedi anche Selvini 13) credo possa essere utile seguire i suggerimenti di Cancrini [3] nello spiegare ai nostri pazienti che la loro non è una malattia, ma un sintomo. E potremmo anche seguire la Jones [1] nel definire questo sintomo come l'incapacità ad adattarsi ad eventi che hanno prodotto un forte sentimento di impotenza. La psicoterapia prenderà allora le mosse dall'unire il paziente, terapeuti ed i familiari nello sforzo di comprendere il senso e le radici di quel sentimento di disperata impotenza.

RIASSUNTO

Questo articolo racconta e commenta due recenti ed importanti contributi sulle depressioni: quello inglese di Asen e Jones e quello spagnolo di Linares e Campo. Cerca di farli dialogare con qualche spunto di Mara Selvini Palazzoli e con le idee di Luigi Cancrini ed infine si conclude con alcuni concetti dell'autore basati sulla teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali interpersonali. Il tutto nella prospettiva di progettare efficaci protocolli psicoterapeutici per i diversi tipi di depressione. Protocolli "Selviniani" nel senso di essere basati su ipotesi eziopatogenetiche.

RESUMEN

Este artículo explica y comenta dos recientes y importantes contributos sobre las depresiones: el inglés de Asen/Jones y el español de Linares/Campo. Intenta establecer un diálogo entre estos contributos y algunas intuiciones de Mara Selvini Palazzoli y las ideas de Luigi Cancrini. Al final termina con algunos conceptos del autor basados sobre la teoría del apego y de los sistemas motivacionales interpersonales. Todo esto con la perspectiva de realizar protocolos psicoterapéuticos eficaces para los diferentes tipos de depresiones. Protocolos "Selvinianos" en el sentido de estar basados sobre hipótesis etiopatogéneas.

SUMMARY

This paper describes and comments on two recent contributions on depressions: an English one by Asen and Jones, and a Spanish one by Linares and Campo. The paper wishes to create a dialogue between these contributions and some intuitions of Mara Selvini Palazzoli and Luigi Cancrini's ideas. Finally Matteo Selvini concludes with some concepts based on attachment theory and interpersonal motivational systems. All this in the aim of projecting efficient psychotherapeutic protocols for the different types of depression. "Selvini's" "protocols in the sense of being based on etiopathogenic hypotheses.

BIBLIOGRAFIA

1. Asen E., Jones E. (2000) *Systemic couple therapy and depression*, Karnac, London.
2. Beck A.T., Rush A.S., Shaw B.F., Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York.
3. Cancrini L. Intervista a cura di Rossini S. (1996) *Date parole al dolore*, Frassinelli, Milano.
4. Cancrini L. (2001) *La depresión en psicoterapia*, *Redes*, Dicembre 2001, 8, pp. 31-46.
5. Chadwick P., Birchwood M., Trower P. (1996) *La terapia cognitiva per i deliri le voci e la paranoia*, Astrolabio, Roma 1997.
6. Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (a cura di) (2002) *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Cortina, Milano.
7. Covini A., e al. (1984) *Alla conquista del territorio*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
8. Holmes J. (1993) *La teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano.
9. Linares J.L., Campo C. (2000) *Tras la honorable fachada*, Paidós, Barcelona.
10. Liotti G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*, Carocci, Roma.
11. Selvini, A. (1978) *La depressione e il medico pratico*, Fondazione Filippo Serpero.
12. Selvini M. (a cura di) (1985) *Cronaca di una ricerca*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
13. Selvini M. (2002) *I primi incontri in un centro di terapia familiare (in corso di stampa)*.
14. Selvini Palazzoli M., e al. (1980) *Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità* in Selvini, M. (1985), pp. 212-225.
15. Selvini Palazzoli M., Ferraresi P. (1972) *L'obsédé et son conjoint*, *Social Psychiatry*, 7, pp. 90-97, trad. it. in Selvini, M. (a cura di) 1985, pp. 45-52.
16. Sloman L., Gilbert P. (a cura di) (2000) *Subordination and defeat: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy*, Lawrence Erlbaum Associates, London.
17. Sluzky C., Veron E. (1971) *Il doppio legame*, Astrolabio, Roma.
18. Ugazio V. (1998) *Storie permesse, storie proibite*, Bollati Boringhieri, Torino.





