

Psychomed

Periodico quadrimestrale
Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva
Numero 1-2-3 Anno XI - 2016

LE DEPRESSIONI

NUMERO MONOGRAFICO

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibilìa

www.crpitalia.eu/psychomed.html

Direttore responsabile: Stefania Borgo - Email: borgo.stefania@uniroma1.it

Condirettore: Lucio Sibilìa - Email: lucio.sibilìa@uniroma1.it

Comitato Scientifico:

Mario Becciu, Paola Borgo, Stefania Borgo, Mauro Ceccanti, Silvana Cilia, Anna Rita Colasanti, Federico Colombo, Adele De Pascale, Carlo Di Berardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Dimitra Kakaraki, Francesca Di Lauro, Cristian Pagliariccio, Arianna Liguori

psychomed@crpitalia.eu

INDICE

Editoriale	4
<i>Stefania Borgo e Lucio Sibilìa</i>	
Approccio bio-psicosociale alla depressione: aspetti storici e di ricerca	6
<i>Lucio Sibilìa</i>	
Il trattamento psicoterapico delle depressioni: dalla terapia comportamentale all'approccio transdiagnostico	28
<i>Stefania Borgo</i>	
Il disturbo della condotta depressivo	39
<i>Paola Borgo e Raffaele Riccardis</i>	
Aspetti transculturali della depressione	51
<i>Alfredo Ancora</i>	
Caso clinico	62
Il Caso di Gianni	62
<i>Stefania Borgo</i>	
Approccio clinico basato sul modello biopsicosociale psicoeducativo: il caso di Gianni	65
<i>Massimo Casacchia</i>	
Un caso clinico da cinque prospettive: l'approccio rogersiano	72
<i>Laura Caetani</i>	
Quale processo mutativo per Gianni (approccio psicodinamico)	81
<i>Sara Acampora</i>	
Illustrazione del caso clinico secondo la prospettiva sistemico-relazionale	84
<i>Marilia Bellaterra</i>	
Il caso di Gianni da una prospettiva cognitivo-comportamentale	91
<i>Lucio Sibilìa</i>	
Trattamento e Catamnesi	98
<i>Stefania Borgo</i>	
Interventi preventivi <i>evidence based</i>	101
<i>Mario Becciu</i>	
Interventi di <i>patient education</i> di gruppo nella depressione lieve o moderata	112
<i>Anna Rita Colasanti</i>	
L'uso della voce e del canto nella gestione delle emozioni e nel trattamento della depressione	121
<i>Roberto Picozzi</i>	
Congressi internazionali	124

EDITORIALE

Questo numero della Rivista riassume le relazioni presentate al Convegno su “Le Depressioni”, tenutosi a Roma dal 24 al 26 giugno 2016, organizzato dal Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP) e dall'Associazione di Psicologia Preventiva (AIPRE), per la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale ed Intervento Psicosociale. Il programma del Convegno era particolarmente ricco, ha quindi comportato un numero unico e ha richiesto un tempo piuttosto lungo per la raccolta degli articoli tratti dalle presentazioni del Convegno stesso.

L'ordine degli articoli non è esattamente quello del programma, ma lo ricalca a grandi linee. Inizialmente vi sono i contributi introduttivi, al centro l'esposizione di un caso clinico di depressione, analizzato e trattato secondo diversi orientamenti. La terza parte comprende gli aspetti preventivo-promozionali e psico-educativi, nonché l'approfondimento di strumenti innovativi di intervento.

La prima parte, ad orientamento prevalentemente teorico, mira fare il punto della situazione sulle conoscenze cumulate dalla ricerca scientifica nel campo delle depressioni, sia per quanto riguarda l'eziologia che la terapia. Compito non facile, data l'enorme mole di informazioni prodotte ogni giorno, nonché il numero di modelli teorici utilizzati, difficilmente riassumibili in un quadro unico, benché molti siano inseribili in una visione bio-psicosociale (L. Sibilia).

Meno problematica la trattazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) delle depressioni, dai suoi inizi al momento attuale (S. Borgo), in quanto ha portato ad un progressivo arricchimento delle proposte terapeutiche, senza mettere in discussione completamente le modalità di intervento precedenti. Un esempio emblematico è l'”attivazione comportamentale”, oggi tornata alla ribalta, ma presente già nella prima formulazione di trattamento comportamentale. Uno sguardo al panorama internazionale ci mostra come molti autori stanno cercando di superare gli attuali limiti della psicoterapia delle depressioni con proposte teoriche e cliniche innovative.

La prospettiva dell'età evolutiva viene affrontata con un taglio critico da P. Borgo e R. Riccardis con un articolo che unisce aspetti teorici e clinici, evidenziando come la depressione, nosograficamente definita, non sia presente nell'infanzia ma “si costruisca” nell'arco evolutivo. Questo aspetto di “costruzione culturale” viene sviluppato nell'articolo successivo. Infatti in sintonia con l'ambientalismo tipico dell'approccio comportamentale (*Social-learning theories*), è stata anche inserita una panoramica antropologico-culturale sulla depressione, nonché la sua modalità di espressione nelle diverse culture (A. Ancora), che solleva interessanti quesiti sul passato, il presente e il futuro della nostra cultura, che si muove in un orizzonte sempre più tecnologico, a fronte di temi universali ed emozioni ancora legate a meccanismi

filogeneticamente molto antichi.

Come di prassi nei Convegni clinici della Scuola del CRP, è stato inserito un caso clinico reale (S. Borgo), selezionato in modo tale da essere rappresentativo della casistica che si incontra nella pratica clinica e inoltre da prestarsi ad una lettura secondo diversi orientamenti. La richiesta non è stata quella di trattare il caso clinico teoricamente, ma di affrontarlo praticamente in modo da evidenziare le caratteristiche dei vari approcci, sia nella concettualizzazione che nel trattamento. Con questa metodica, già sperimentata in passato, possono ben risultare le similitudini e le differenze tra i vari approcci terapeutici. Il caso di Gianni è stato inquadrato da un punto di vista bio-psicosociale psico-educativo (M. Casacchia), rogersiano (L. Caetani), psicodinamico (S. Acampora), sistemico-relazionale (M. Bellaterra) e cognitivo-comportamentale (L. Sibilìa). Al termine, viene presentato il reale trattamento con catamnesi del caso stesso. (S. Borgo).

La terza parte include una rassegna della letteratura *evidence-based* sulla prevenzione della depressione (M. Becciu) e su gli interventi di *patient education* di gruppo (A.R. Colasanti). Viene infine presentata una nuova proposta terapeutica basata sulla educazione della voce ed il canto (R. Picozzi) che, particolarmente in gruppo, può avere ricadute positive per la depressione.

Stefania Borgo

Lucio Sibilìa

Roma, Ottobre 2017

APPROCCIO BIO-PSICOSOCIALE ALLA DEPRESSIONE: ASPETTI STORICI E DI RICERCA

Lucio Sibilìa¹

Prendendo le mosse dai modelli concettuali storici della psichiatria, questo capitolo passa in rassegna le ipotesi biologiche sulle depressioni e le novità introdotte con le ipotesi e i modelli comportamentali, cognitivi, e le ricerche sul contesto sociale e interpersonale. Viene quindi illustrato il primo modello bio-psicosociale (MBPS) emergente dai lavori di R. Grinker, A. Meyer e G. Engel, nonché i motivi del suo abbandono. Si argomenta quindi come nel Determinismo Reciproco (DR) di A. Bandura si delinei un nuovo approccio BPS, laddove il soggetto viene visto come un agente attivo del proprio cambiamento, e come il DR sia in grado di integrare le risultanze della letteratura, spesso contraddittorie. Si tratta di un vero e proprio nuovo MBPS nel trattamento cognitivo-comportamentale delle depressioni, le cui implicazioni vengono illustrate, comprese le basi teoriche dei trattamenti oggi tra i più efficaci, quali ad es. l'attivazione comportamentale, per la correzione delle disfunzioni trans-diagnostiche dei soggetti depressi.

I MODELLI CONCETTUALI IN PSICHIATRIA

Complessità, confusione e modelli

La psichiatria è forse la disciplina medica in cui è stata più avvertita la necessità di usare dei modelli concettuali interpretativi. Perciò è anche la disciplina medica in cui sono stati meglio studiati. La grande varietà delle manifestazioni comportamentali di ogni singolo paziente, le osservazioni cliniche, le esperienze riferite, le informazioni riferite dagli altri, nonché le misure psicometriche, strumentali e di laboratorio, ecc., costituirebbero una realtà di complessità facilmente ingestibile se non si usassero dei modelli interpretativi.

Con un modello della psicopatologia, i fenomeni rilevati diventano significativi: quando osservati, possono diventare segni clinici, mentre se sono esperienze riferite dal soggetto, sintomi. Comunque, segni, sintomi ed altri dati clinici tendono ad essere organizzati in modo più comprensibile e gestibile. Il modello pertanto guida il clinico nella formulazione di ipotesi ed interventi clinici. Ma guida anche il ricercatore nella impostazione degli studi, nella formulazione delle ipotesi e nella interpretazione dei risultati.

In psichiatria, sono stati formulati molti modelli per i singoli disturbi, e come vedremo anche

¹ Già Professore di Psichiatria e di Psicologia Clinica, Università Sapienza di Roma. Centro per la Ricerca in Psicoterapia - Email: lucio.sibilìa@crpitalia.eu

nel caso della depressione, ma esistono anche modelli concettuali esplicativi della psicopatologia in generale. È bene essere consapevoli di tali modelli generali, in quanto si trovano continuamente nella letteratura, sia scientifica che pseudo-scientifica. Inoltre, la maggior parte di tali modelli generali sono alla base delle specifiche teorie e dei modelli formulati per le singole patologie. Talvolta, modelli diversi si trovano mescolati nella testa dello stesso operatore della salute mentale (Borgo, Liotti & Sibilìa, 1973)!

Mi soffermerò inizialmente su tali modelli generali, perché possono aiutare ad inquadrare meglio il pensiero psichiatrico sulla depressione. In ognuno di tali modelli generali - da qualcuno chiamati anche “orientamenti” - troviamo: a) delle ipotesi patogenetiche generali, che indicano in che direzione e come cercare i fattori responsabili della genesi e/o del mantenimento delle manifestazioni psicopatologiche, b) quali sono i segni e i sintomi, ovvero le disfunzioni rilevanti nelle sindromi osservate, e c) come vanno indirizzati gli interventi terapeutici, riabilitativi o preventivi in conseguenza di quanto sopra.

Passerò quindi brevemente in rassegna i seguenti principali modelli in psichiatria: il modello biologico, il modello comportamentale, il modello cognitivo, il modello psicodinamico, il modello sociale realista. Ne lascerò da parte altri, come il modello sociale costruttivista o il modello nichilista in psichiatria, per economia di esposizione, avendo questi modelli poco contribuito allo studio della depressione.

Nel modello biologico, il disturbo osservato deriva da disfunzioni nel cervello. La classificazione ideale dei disturbi, pertanto, è su base fisiopatologica. Lo studio appropriato è rivolto ai marcatori biologici e agli effetti degli interventi cosiddetti “biologici”, che, in realtà, sono interventi di carattere fisico-chimico. Il trattamento del disturbo dovrebbe essere diretto alle anomalie cerebrali sottostanti.

Nel modello comportamentale, il disturbo deriva da precedenti apprendimenti carenti o disadattivi della persona. Lo studio appropriato è rivolto all'osservazione dei comportamenti anormi e delle loro contingenze contestuali (interne ed esterne al soggetto). Il modo migliore di modificarli è studiare e cambiare tali contingenze (antecedenti e conseguenti). I problemi comportamentali sono affrontati al meglio stimolando nuove esperienze (correttive) e la pratica di nuovi comportamenti.

Nel modello cognitivo, il disturbo psichico non è altro che il prodotto di pensieri, convinzioni (e conseguenti comportamenti) disfunzionali, che si collocano agli estremi della distribuzione normale. Lo studio del disturbo si deve concentrare sulle distorsioni cognitive e gli errori di ragionamento. Il disturbo sarà trattato solo aiutando il paziente a mettere alla prova e modificare pensieri e convinzioni disfunzionali.

Nel modello psicodinamico, il disturbo deriva dal mancato completamento degli stadi psichici

dello sviluppo ipotizzati da S. Freud. Il disturbo è pertanto dovuto a fattori inosservabili quali l'”inconscio”, la “libido” o il ”transfert”, che producono “relazioni oggettuali” disturbate. La struttura della psiche e i suoi meccanismi inconsci si comprendono solo con lo studio dei casi individuali. Il trattamento del disturbo richiede la risoluzione di tali relazioni, portando i suddetti fattori alla coscienza del paziente.

Nel modello sociale (realista), fattori sociali come pregiudizi, disoccupazione o precarietà sono le principali cause dei disturbi psichici. I disturbi osservati quindi derivano da queste circostanze o condizioni sociali. La ricerca sui disturbi dovrebbe focalizzarsi sull'identificazione dei fattori sociali causali avversi. Le politiche volte a ridurre fattori come i pregiudizi, la scarsità di alloggi o la disoccupazione sono un modo di sradicare tali disturbi.

Un po' di storia: i primordi

Le prime osservazioni sulla depressione, comunque, risalgono a molto prima della nascita della psichiatria. Nell'epoca classica, Areteo di Cappadocia (30 - 90 DC), attento osservatore e clinico acuto, fu il primo a suggerire che la depressione e la mania fossero la stessa malattia e a osservare che la “melancholia” tende a ripresentarsi negli stessi soggetti. Lo storico Plutarco (46-120 DC) ci ha lasciato eccellenti descrizioni di pazienti con depressione grave, piene di profondo interesse umano.

A quell'epoca dominavano la teoria degli “umori” di Ippocrate (460-377 AC), ripresa poi dal medico romano Galeno (129-201 DC). In essa, si sottolineava per la prima volta un'idea di equilibrio tra diversi fattori per il mantenimento della salute:

“Il corpo dell'uomo contiene del sangue, del *flegma*, della bile gialla e della bile nera. Ecco cosa costituisce la natura del corpo; ecco la causa della malattia o della salute. In queste condizioni, vi è salute perfetta quando questi umori sono in giusta proporzione tra di loro sia dal punto di vista della qualità che della quantità e quando la loro mescolanza è perfetta. Vi è malattia quando uno di questi umori, in troppo piccola o in troppo grande quantità, si isola nel corpo invece di rimanere mescolato a tutti gli altri.”

L'umore melancolico, in particolare, era legato alla prevalenza dell'umore della bile nera (con sede nella milza), alla terra, al freddo e al secco.

Un po' di storia: l'esordio della psichiatria

La psichiatria stessa nasce dall'avvento di un modello concettuale (bio-medico). Con gli alienisti del '700 la follia diventa espressione di malattia mentale, non più di “possessione”, non più effetto di “colpa” o “castigo”, come nel Medioevo. Il paziente viene scagionato e il trattamento proposto quindi

non è più punitivo, ma, con l'illuminismo, si affaccia il “trattamento morale” di Philippe Pinel.

Inevitabilmente, si discute fin dall'inizio anche sulla genesi delle malattie mentali. In un periodo in cui la chimica si stava svincolando dalla alchimia, le teorie classiche degli umori vengono abbandonate. Ma fin dai primi '800 emerge una contrapposizione tra i fautori delle cause psicologiche (gli “*Psikiker*”, per lo più francesi) e i sostenitori delle cause somatiche (i “*Somatiker*”, tedeschi); i primi trovavano conferme dell'origine psicologica negli strani fenomeni dell'ipnosi e nei sintomi “isterici”, che non erano accompagnati da alcuna lesione del sistema nervoso (!), i secondi nella realtà della “paralisi progressiva” prodotta dalla lue. Le due diverse visioni concettuali, che si sono avvicinate lungo tutta la storia del pensiero psichiatrico, continuano a contrapporsi ancora oggi.

Nel XIX Sec., comunque, muove i suoi primi passi la psichiatria descrittiva. Tornando alla depressione, Jean Pierre Falret (1794-1870) descrive la “*folie circulaire*”, poi chiamata psicosi maniaco-depressiva o bipolare. Emil Kraepelin (1856-1926) identifica la psicosi maniaco-depressiva come entità nosologica autonoma nel 1899 (Mondimore, 2005). Kurt Schneider (1887-1967) differenzia nel 1920 una depressione reattiva (“esogena”) da una “endogena”. K. Leonhard (1957) distingue tra depressione “bipolare” e “unipolare”. La psichiatria prosegue quindi nel XX Sec. sulla scia di Kraepelin, con meticolose e minuziose descrizioni di segni e sintomi delle depressioni, ma anche con appassionate quanto fantasiose discussioni e speculazioni sui significati reconditi dei sintomi, sulla scia di S. Freud (1856-1939), senza tuttavia alcun vero avanzamento sia nelle conoscenze che nelle terapie. La psichiatria si concretizza nella desolante (e talvolta disumana) realtà dei manicomi, oppure negli interminabili e inconcludenti rituali del “lettino” dello psicanalista.

Un po' di storia: gli psicofarmaci

Tutto ciò ricevette una svolta radicale quando apparirono i primi farmaci con effetto diretto sulle funzioni psichiche. Il primo farmaco scoperto, come è noto, fu un anti-psicotico, la clorpromazina. Il primo farmaco “antidepressivo” fu la iproniazide, una sostanza usata come antitubercolare, le cui proprietà antidepressive furono scoperte per caso; solo in seguito fu scoperto il suo meccanismo di azione, cioè l'inibizione di particolari enzimi neuronali chiamati mono-amino ossidasi (MAO). Altri farmaci inibitori delle MAO (ovvero IMAO) furono poi scoperti, che si dimostrarono anche potenti antidepressivi. Altri composti detti “triciclici”, primo tra tutti l'imipramina, furono poi trovati avere effetti antidepressivi perfino maggiori; alla pari degli IMAO, ma con diverso meccanismo, questi composti risultarono avere effetti sulle monoamine noradrenalina e la serotonina (v. in seguito), i neuromediatori del “dialogo” tra neuroni. La psichiatria descrittiva, congiuntamente con il perfezionarsi di strumenti clinimetrici e poi l'applicazione del metodo sperimentale, consentiva adesso di valutare con una maggior

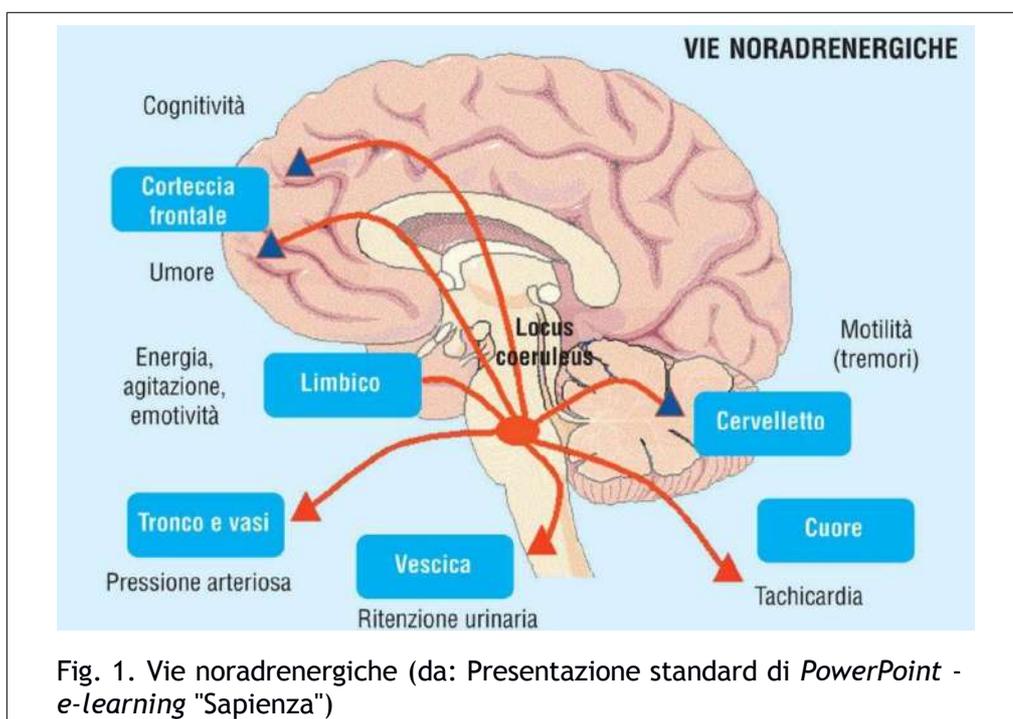
precisione gli effetti di tali farmaci sulla psicopatologia. Si apriva così - con la psicofarmacologia - la grande stagione della “psichiatria biologica”.

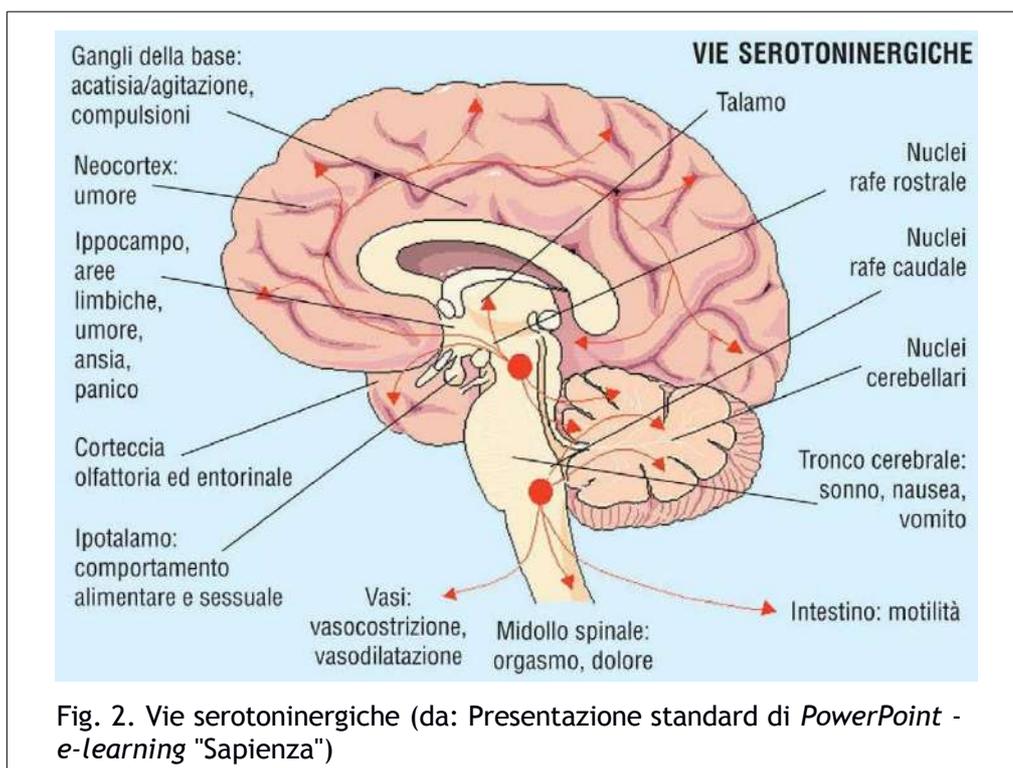
LE IPOTESI BIOLOGICHE DELLA DEPRESSIONE

Modello neuro-biologico: L'ipotesi monoaminergica

Negli anni '60 J. Axelrod (1912-2004) studia le vie metaboliche delle cosiddette “amine biogene” (Glowinski, Axelrod, Iversen, 1966): dopamina (DA), noradrenalina (NA) e serotonina (o idrossi-triptamina, 5HT), e per questi studi ottiene il Premio Nobel nel 1970. Intanto, nuovi farmaci attivi su queste monoamine si scoprono efficaci nel trattamento della depressione. Questi composti, prodotti dai neuroni, mostrano aver funzione di “neuro-trasmittitori”. Inoltre, le ricerche producono altre conferme. Ad esempio, la serotonina (5HT) si trova più scarsa nel liquor dei suicidi. Nel 1974 si evidenzia il ruolo di nuovi farmaci antidepressivi: gli inibitori selettivi del recupero della serotonina (ISRS), che ne aumentano la biodisponibilità. Si tratta del ben noto Prozac, venduto come la “pillola della felicità”!

Tutto ciò ha rafforzato inevitabilmente una ipotesi patogenetica specifica, formulata da Schildkraut nel 1965: una riduzione di attività del mediatore nor-adrenergico (NA), così come di quello serotonergico (5HT) conducono alla depressione. Varie versioni vengono adottate di questo modello neuro-biologico; in seguito, con i progressi delle neuroscienze, verranno “mappate” anche le vie cerebrali che percorrono i mediatori nor-adrenergici (Fig.1) e serotonergici (Fig.2). Ma la necessità di un equilibrio delle amine biogene nel cervello nel mantenere l'umore normale sembra un fatto ormai consolidato. La psicofarmacologia, ormai scienza affermata, sembrava la strada maestra per ottenere tale riequilibrio: vittoria dei “*somatiker*”?





Modello biologico:

1. La "diatesi" (vulnerabilità biologica)

Ben presto, tuttavia, si evidenziano i limiti della farmacoterapia: emerge infatti che la maggior parte dei depressi trattati con farmaci antidepressivi qualche tempo dopo la guarigione ha ricadute con nuovi episodi depressivi!

In accordo con l'ipotesi monoaminergica, si ipotizzano quindi dei fattori di vulnerabilità o predisponenti, che nell'insieme costituiscono una "diatesi", cioè una condizione biologica intesa come un fattore di vulnerabilità, che favorisce la malattia in un ampio sottogruppo di soggetti. La presenza di diatesi però si tradurrebbe nel disturbo solo quando interviene uno specifico fattore attivante (es. uno stress attuale); tale fattore ambientale da solo (p. es. una perdita grave) non è sufficiente a provocare il disturbo. Nel modello psichiatrico biologico, tali diatesi possono avere una causa: a) genetica (ad es. assenza o carenza dei geni necessari al funzionamento delle monoamine), oppure b) epigenetica (assenza o carenza di attivazione dei geni necessari, per esperienze stressanti precoci).

Un esempio recente di ricerca che conferma le ipotesi sulla diatesi depressiva, sia genetica che epigenetica, è quella di Caspi & al., 2003; si è scoperto che la mancanza di "alleli lunghi" del trasportatore della serotonina aumenta la probabilità di sviluppare depressione nell'età adulta (fattore genetico); ma queste probabilità sono diverse a seconda degli stress subiti nell'ambiente di allevamento precoce, come ad es. il maltrattamento (fattore epigenetico).

Soggetti senza vulnerabilità non sviluppano il disturbo depressivo neanche a seguito di stress; soggetti con un solo allele breve lo sviluppano con ridotta frequenza, mentre soggetti con entrambi gli alleli lo sviluppano con più alta frequenza. In entrambi i gruppi la frequenza è tanto maggiore quanto più grave è stato il fattore epigenetico (maltrattamento).

2. Le Neuroscienze affettive

Studi come quello citato definiscono un campo di ricerca del tutto nuovo, quello delle neuroscienze affettive. Seguendo Wilamowska, Z.A. & al. (2010), riassumo qui i principali risultati di questi studi di neuroscienze su soggetti con disturbi di ansia e dell'umore:

- Ipereccitabilità delle strutture limbiche (amigdala, ecc.), insieme a ridotto controllo inibitorio da parte delle strutture cortico-frontali.
- Aumentata attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene (sistema di risposta allo stress).
- Ridotto volume di zone della corteccia prefrontale, ippocampale, ecc. (come risulta dalle neuroimmagini).
- Asimmetrie funzionali emisferiche, con attività alfa all'elettro-encefalogramma (EEG) più ridotta a destra rispetto a sinistra.

Questo ultimo aspetto riguarda un'asimmetria EEG alfa fronto-corticale riscontrata nei depressi, con ipereccitazione frontale dell'emisfero destro rispetto al sinistro (dove sono i centri del linguaggio). Anche nei soggetti con storia di depressione, indipendentemente dallo stato clinico, l'attività alfa fronto-corticale risulta più ridotta a destra che a sinistra (quindi con attivazione ds > sn), rispetto a soggetti senza storia di depressione (Harmon-Jones & Allen, 1997). Le differenze emisferiche funzionali, quindi, o la perdita di coordinamento (equilibrio) tra gli emisferi, hanno un ruolo nella genesi delle depressioni.

Tuttavia, l'equilibrio delle amine biogene noradrenalina (NA) e serotonina (5HT) è forse il campo in cui più si sono focalizzati gli sforzi di ricerca. Questi neuromediatrici - i cui effetti sono stati studiati a fondo - influenzano profondamente numerose funzioni fisiologiche e comportamentali, come illustrato nelle figg. 1 e 2.

La neurotrasmissione serotonergica (5HT) ha una funzione soprattutto inibitoria. Potremmo dire una funzione di STOP dei programmi comportamentali. La serotonina infatti produce senso di sazietà, di distensione, di soddisfazione e favorisce il sonno. È distribuita in tutto l'encefalo, ma soprattutto nell'emisfero destro, più coinvolto con i substrati neurobiologici delle emozioni negative e i comportamenti di chiusura. Un aumento della serotonina perciò ridurrà gli evitamenti. La neurotrasmissione noradrenergica (NA), invece, ha una funzione soprattutto eccitatoria. Potremmo dire una funzione "GO", in quanto attiva i programmi comportamentali

(Borgo & Sibilìa).

Tutto ciò, ovviamente, implica una contraddizione: come mai conducono allo stesso disturbo (depressione) sia la riduzione della funzione inibitoria che, all'opposto, la riduzione di quella eccitatoria? Vedremo in seguito come è stata affrontata questa sfida.

3. Dalla complessità alla confusione

La numerosità delle anomalie dei mediatori coinvolti nella depressione, delle attività monoaminergiche, delle funzioni endocrine e neuro-biologiche, delle asimmetrie funzionali, ecc. è ormai tale che nessun modello biologico unitario risulta del tutto condivisibile. È emersa sempre più chiaramente la nozione che la depressione non sia una condizione unitaria, ma una via finale comune di molti e diversi processi disfunzionali, che diventano percorsi patogenetici (Borgo *et al.*, 1977).

Inoltre, la ricerca aveva già mostrato come altri fattori e variabili oltre a quelle biologiche fossero determinanti: le variabili sociali, comportamentali e cognitive.

IPOTESI E MODELLI COMPORTAMENTALI

Behaviour therapy: gli assunti

Nel comportamentismo, i cosiddetti “sintomi” - tutt'altro che essere dei semplici indicatori - sono costitutivi delle sindromi nevrotiche e indistinguibili da esse. Ciò, portato alle sue logiche conseguenze, conduce a dire addio alla nosografia psichiatrica: una volta cancellate le “espressioni” del disturbo, è il disturbo stesso a scomparire. Non a caso, è proprio nel movimento comportamentale che è emersa la prima forte ed articolata contestazione del modello bio-medico in psichiatria. Il movimento comportamentale, infatti, fin dal suo esordio in psicologia clinica negli anni '50, ha condotto una radicale critica alla validità della nosografia nella diagnosi dei disturbi mentali.

L'attenzione si è quindi spostata dalla diagnosi direttamente ai comportamenti depressivi, studiati in interazione con le loro contingenze ambientali. I modelli comportamentali prima in psicologia e successivamente in psicoterapia, hanno prodotto ipotesi sulla genesi delle depressioni, che hanno fornito la base delle prime (ed ancora valide) procedure psicologiche efficaci nel trattamento di tali disturbi.

Uno dei fondamenti dell'approccio comportamentale è che l'acquisizione ed il mantenimento dei comportamenti disfunzionali segue gli stessi principi dell'apprendimento (o condizionamento) dei comportamenti normali e adattativi (principio di continuità).

In questo quadro, la modificazione dei sintomi (che diventano i “comportamenti bersaglio”)

diventa l'obiettivo del trattamento. Ma tale modificazione richiede un processo di apprendimento (inteso come cambiamento personale attraverso nuova pratica e nuova esperienza), mediante procedure, che si richiede siano sperimentalmente stabilite.

Teorie comportamentali sulla genesi dei comportamenti depressivi

Le principali ipotesi comportamentali finora formulate possono essere riassunte così:

- A. Una ridotta sensibilità al rinforzo, è stato il modello proposto da J.A. Gray (1970): nei depressi vi sarebbe, per motivi biologici, una ipoattività del Sistema di Attivazione Comportamentale (il "*Behavioral Activation System*" o BAS) e una iperattività del Sistema di Inibizione Comportamentale ("*Behavioral Inhibition System*" o BIS). Il BAS costituirebbe un sistema motivazionale attivante (comportamenti di approccio), orientato ad ottenere rinforzi: piacere, soddisfazione, successi, riuscita, ecc. Il BIS sarebbe invece il sistema motivazionale inibitore (comportamenti di evitamento), orientato ad evitare esperienze punitive: dolore, frustrazioni, fallimenti, ecc. Entrambi i sistemi sembrano confermati dalla ricerca attuale nelle neuroscienze. Il modello di Gray ha potuto essere verificato anche perché i relativi costrutti sono stati misurati tramite un apposito questionario.
- B. La depressione come acquisizione e mantenimento di comportamenti depressivi, per effetto di rinforzi al comportamento depressivo, forniti dall'ambiente sociale del paziente. Questo è il modello proposto da C.B. Ferster, un allievo di B.H. Skinner, nel 1973. Gli evitamenti, come l'inattività, la chiusura sociale e le ruminazioni, in questo modello, sono l'essenza della depressione. In quanto comportamenti molto salienti, essi attirano l'attenzione e l'interesse dei familiari o delle persone che vivono con il soggetto, e pertanto vengono involontariamente incentivati (rinforzati).
- C. Una ridotta esposizione o un ridotto tasso di rinforzi, per le condizioni di contesto, o troppo scarse attività piacevoli prodotte dagli stessi comportamenti depressivi, è invece il modello proposto da P.M. Lewinsohn (1973). La depressione sarebbe una inevitabile risposta ad una protratta condizione di vita, qualora questa sia particolarmente povera di esperienze gratificanti, piacevoli o gioiose. Per questo motivo, secondo Lewinsohn, la carenza di abilità sociali risulta associata alla depressione.
- D. La "*learned helplessness*", ovvero la impotenza appresa (concetto assimilabile alla "rassegnazione"), con la conseguente rinuncia a sottrarsi allo stress emotivo, quando presente, per la precedente esposizione del soggetto a shock inevitabili. Proposto inizialmente da M. E. Seligman (1975), questo è il modello forse più studiato, soprattutto per la sperimentazione animale. I cani del laboratorio di Seligman, sottoposti nella cosiddetta

“gabbia a spoletta” a shock inevitabili, non solo rinunciano a sottrarsi allo shock anche quando questo torna ad essere evitabile di nuovo, ma mostrano una serie di altre anomalie sia comportamentali (inattività, chiusura, insonnia, anoressia) che endocrine (es. alterazioni della cortisolemia) tipiche della depressione umana. Questo modello è stato riformulato in senso cognitivo proprio da parte di Seligman e il suo gruppo (v. avanti).

IPOSTESI E MODELLI COGNITIVI

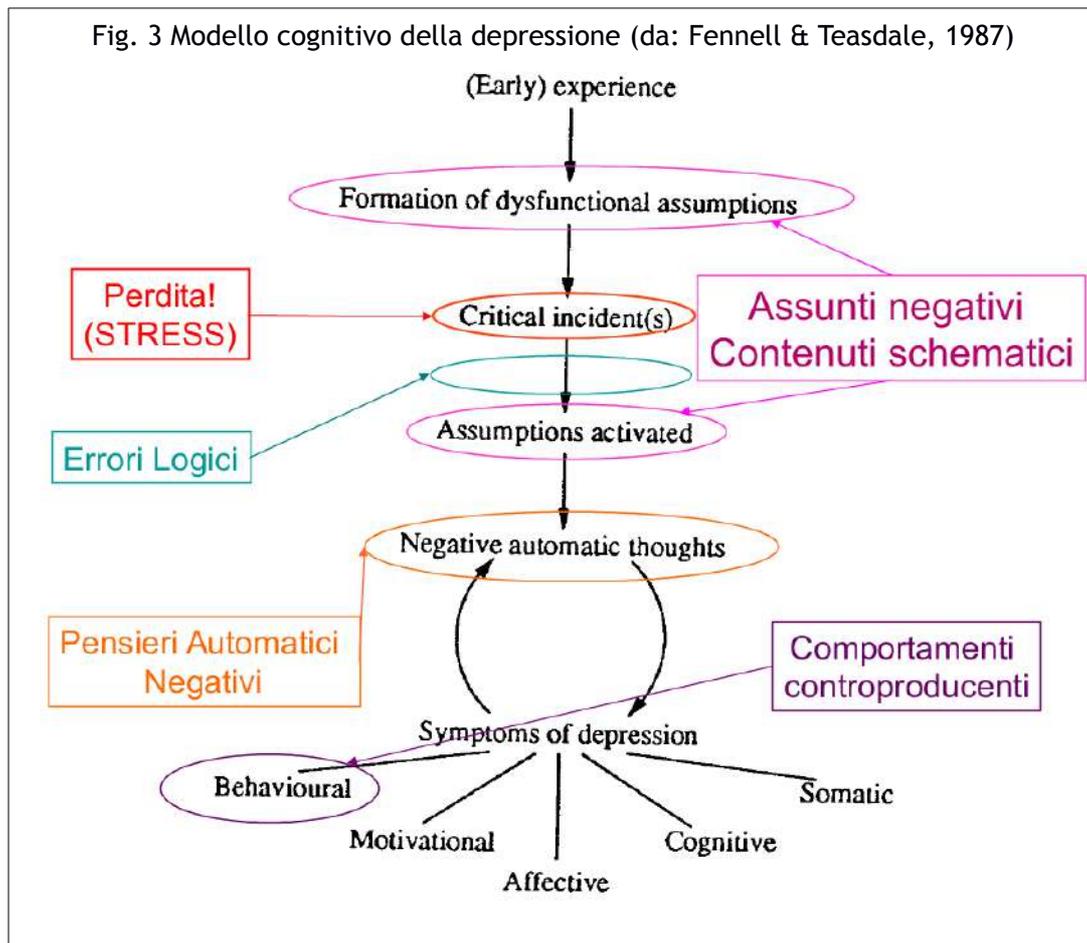
Teorie cognitive sulla depressione

Nel frattempo, mentre la psichiatria stava abbandonando la psicodinamica freudiana, il paradigma della psicologia stessa subisce un radicale cambiamento: da comportamentale diventa cognitiva. Dalla fine degli anni '70 in poi, quanto si interpretava prima con modelli comportamentali ora si reinterpreta con modelli cognitivi. Nella depressione notiamo soprattutto due grandi tentativi:

1. Il modello dello “Stile attributivo” di M. E. Seligman. L'ipotesi della depressione come *helplessness*, fu riformulata come “stile attributivo” dallo stesso Seligman & coll. (1979), e segue il viraggio paradigmatico dalla psicologia comportamentale a quella cognitiva. Il depresso tenderebbe ad attribuire eventi od esperienze spiacevoli o dolorose a se stesso, in particolare a cause stabili e globali, cioè cause permanenti che riguardano tutta la sua persona. Con questa attribuzione, il depresso tende a rinunciare facilmente ad attuare comportamenti, quali ad es. l'allontanamento da una condizione dolorosa, che invece potrebbero fornirgli esperienze positive, portandolo fuori dalla condizione di umore depressivo. Lo stile attributivo depressivo è stato confermato dalla ricerca successiva ed oggi si ammette che costituisca un importante fattore cognitivo di vulnerabilità alla depressione.
2. Il modello delle “convinzioni disfunzionali” di A.T. Beck. Nel 1976 A. T. Beck pubblicava *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, dopo essere stato ispirato dalle *behaviour therapies* e violando tutte le regole del suo precedente training psicoanalitico. In questa opera, denunciava quanto la psichiatria di allora sottovalutasse la visione conscia del paziente circa se stesso ed il suo mondo, e stigmatizzava lo scetticismo del suo tempo verso approcci alla comprensione e al trattamento dei disturbi psico-emotivi basati sul “senso comune”. Le convinzioni disfunzionali, secondo il modello beckiano, sono alla base dei sintomi depressivi (Fig.3) e sono prodotte da distorsioni cognitive, cioè schemi interpretativi distorsivi del soggetto, acquisiti sulla base di esperienze precoci.

Nella impostazione cognitiva, variabili quali contenuti e processi cognitivi sono studiate come

variabili indipendenti, mentre gli stati emotivi del soggetto, i comportamenti o i sintomi clinici hanno il ruolo di variabili dipendenti.



Nella depressione, una delle prime condizioni cliniche esaminate, Beck (1967) aveva identificato tre convinzioni di base (“*core beliefs*”), che di per se risultavano sufficienti a indurre e mantenere i sintomi depressivi nel paziente, una volta esposto a specifiche esperienze stress emotivo, quali ad es. una perdita:

- una concezione negativa di se stesso
- una visione pessimistica del mondo e dei rapporti umani
- una rappresentazione e buia e disperata del futuro

Per ottenere un cambiamento clinico stabile, nella prospettiva di Beck, sia queste tre convinzioni (la “*triade di Beck*”) che le consonanti distorsioni cognitive vanno identificate e modificate insieme al paziente; il cambiamento, come nelle *behaviour therapies*, è ottenuto mediante procedure direttive quali ad es. il dialogo socratico, l’“*esperimento*”, la ristrutturazione cognitiva (Borgo, Sibia e Marks, 2015).

Terapia cognitiva (TC) della depressione - risultati, limiti e implicazioni

Quella che A. Beck chiamò e divenne nota come “Terapia Cognitiva” (TC) mostrò di avere un'efficacia notevole nelle prime ricerche degli anni '70 e '80, dimostrandosi una psicoterapia per la prima volta dotata di efficacia superiore agli psicofarmaci, soprattutto nei disturbi dell'umore. I notevoli e rigorosi sforzi di validazione e verifica sperimentale condotti da A. Beck ed il suo gruppo, sia sui presupposti che sugli effetti delle procedure da lui chiamate “cognitive”, contribuirono alla diffusione della TC. Questa denominazione, che mirava a sottolineare l'importanza del “bersaglio” cognitivo del trattamento, rimase a lungo, nonostante comprendesse anche procedure di esposizione (quindi di tipo esperienziale e comportamentale), da Beck chiamate “esperimenti”, miranti a produrre esperienze dissonanti con le convinzioni da modificare.

La diffusione della TC fu salutata come una “rivoluzione”, soprattutto da psichiatri che non avevano assorbito il portato metodologico del comportamentismo, e dagli anni '80 sembrò poter sostituire altre psicoterapie che non avevano potuto ancora mostrare altrettanta efficacia. Indubbiamente, l'accettazione della TC è stata favorita dal suaccennato cambiamento paradigmatico in psicologia.

Tuttavia, negli anni '90 iniziarono ad emergere alcune difficoltà. Anzitutto della teoria patogenetica di A. Beck: risultava che l'umore dei pazienti depressi, quando venivano efficacemente trattati con TC, migliorava molto prima che si riducessero le cosiddette “convinzioni depressogene”, come la famosa “triade di Beck”. Questo risultato empirico era in contrasto con l'assunto cognitivo di base, cioè che lo stato emotivo fosse una variabile dipendente dai contenuti cognitivi (convinzioni): secondo l'assunto teorico l'umore avrebbe dovuto migliorare solo dopo la modifica delle convinzioni depressogene! Inoltre nello stesso periodo, a livello di efficacia, erano già emerse delle metanalisi che mostravano come non risultassero affatto efficaci quelle procedure cognitive miranti alla semplice modifica dei contenuti cognitivi che fossero prive dell'aspetto esperienziale (Sibilia, Vonken & Nardi, 1992). Negli studi più recenti, la TC è sembrata fornire risultati meno efficaci delle prime decadi di ricerca.

Di fatto, la TC reintroduceva un internalismo tipico della psicoanalisi: i fattori contestuali nella TC hanno solo un ruolo di fattori occasionanti o scatenanti, mentre i comportamenti, compresi quelli sociali, rappresentano solo variabili dipendenti da contenuti e processi cognitivi.

Ma forse i colpi più gravi alla TC si ebbero con la pubblicazione di studi che mostravano come i pazienti depressi potevano migliorare altrettanto bene con procedure che non miravano affatto alla modifica di convinzioni o altri fattori cognitivi, quanto piuttosto alla modifica (o abbandono) dei comportamenti depressivi direttamente. Procedure quali l'“attivazione comportamentale”, che aveva le sue basi teoriche nel citato modello di Lewinsohn e quelle empiriche nelle

esperienze di M. Seligman della *learned helplessness*, si dimostrarono altrettanto efficaci della TC. Numerosi clinici e ricercatori, rigettando del tutto i presupposti cognitivi della TC, ripresero e proposero modelli più “contestuali” della depressione. L'efficacia di queste procedure sembrava dare ragione a coloro che, seguendo Ferster, affermavano che:

“...molto del comportamento delle persone depresse funziona come un comportamento evitativo, attuato mentre cercano di affrontare le risposte incondizionate ad ambienti caratterizzati da bassi livelli di rinforzi positivi o alto livello di controllo avversativo.” (Dobson *et al.*, 1999)

L'attivazione comportamentale, quindi, si basava su di un presupposto antitetico alla TC: l'origine della sofferenza del depresso si trova nelle esperienze di vita della persona e non al suo interno. Pertanto, il trattamento doveva aiutare il paziente ad adottare comportamenti che lo esponessero ad esperienze alternative positive. L'abbandono dell'“approccio cognitivo” delle nuove proposte cliniche e teoriche condusse ad un vero e proprio ripudio teorico; oggi, pur se non hanno tutte una base comune, a scopo identitario tali proposte sono dette di “III generazione”, anche se in maggioranza riprendono (senza però riconoscerne esplicitamente il contributo) le ipotesi comportamentali iniziali, la I generazione. Un esempio è il metodo dell'analisi funzionale, caratteristico di quella famiglia di terapie oggi chiamate “cognitivo-comportamentali” (TCC), basate sui principi dell'apprendimento.

MODELLI INTERPERSONALI: IL CONTESTO SOCIALE E INTERPERSONALE

L'ambiente sociale e l'individuo

Già ben note ricerche epidemiologiche prospettiche degli anni '70 avevano mostrato come l'ambiente sociale potesse costituire un fattore di vulnerabilità per la depressione, almeno per le donne (Brown e Harris, 1978). Nello studio di Brown e Harris risultavano più vulnerabili alla depressione le donne che avevano perso la madre prima degli 11 anni, erano disoccupate, avevano più di 3 figli sotto i 14 anni, e mancavano di strette relazioni confidenziali. Questo ed altri studi portavano un'auge al modello sociale. Numerosi furono gli autori che lo estesero non solo alla condizione socio-lavorativa ma anche al contesto interpersonale.

Contesto, comportamenti sociali e interazioni depressogene

Già Roy Grinker, nel 1964, aveva mostrato come la condizione depressiva avesse un effetto marcato sulle interazioni ed i rapporti sociali, una osservazione consentita dal nascente “modello bio-psicosociale” (MBPS) di cui fu il primo promotore in psichiatria.

Nel 1976, J. C. Coyne proponeva una descrizione dell'intera psicopatologia dei pazienti

depressi in cui avevano un ruolo basilare gli evidenti deficit nelle abilità sociali, che risultavano scarse rispetto ai soggetti normotimici.

Emergeva chiaramente l'idea che vi fosse un contributo sostanziale dei comportamenti depressivi del soggetto nel creare un "ambiente depressogeno". Ad esempio, uno studio recente sulle interazioni con i figli di genitori depressi e non depressi ha mostrato che i genitori depressi sgridano più spesso i propri bambini e si sentono frustrati da loro, mentre - rispetto ai genitori normotimici - meno spesso li abbracciano, li cullano, oppure adottano delle routine piacevoli prima di dormire, come leggere, cantare, suonare o giocare con loro (Turney, 2011).

Che la vulnerabilità alla depressione fosse un risultato di fattori interpersonali è stato anche confermato da studi più recenti, quali quelli di T.E. Joiner e K.A. Timmons (2009).

Nell'insieme, questi studi mettono in evidenza il ruolo fondamentale del funzionamento sociale dei pazienti depressi (cioè l'efficacia del comportamento sociale) a livello: 1) di vulnerabilità, risultante da fattori interpersonali, 2) di ridotte abilità e comportamenti sociali e 3) degli effetti della depressione dell'umore sulle interazioni e relazioni sociali (Schotte *et al.*, 2006).

Non a caso la cosiddetta Psicoterapia Interpersonale (IPT), una forma di psicoterapia derivante dalla ricerca psicosociale nella depressione, ha mostrato di avere un'efficacia almeno pari agli interventi psico-educativi e di supporto adottati nei servizi psichiatrici (Saloheimo *et al.*, 2016). La IPT si focalizza sui problemi interpersonali del paziente depresso in aree interpersonali critiche del presente (e relativi stati affettivi), come il lutto complicato, il dissidio coniugale, le transizioni di ruolo e i deficit interpersonali.

Alla vulnerabilità biologica (fattori genetici, temperamento, sesso femminile), dunque, si affianca una vulnerabilità psicologica (traumi, schemi depressogeni), somatica (malattie, dipendenze) comportamentale (deficit comportamentali) e socio-relazionale (interazioni, ambiente sociale e culturale).

È di fronte a questo insieme di prove che ha acquistato forza il modello bio-psicosociale (MBPS) come guida al trattamento della depressione (Schotte *et al.*, 2006). Prima però di illustrare questo modello in dettaglio, farò un breve *excursus* storico.

VERSO UN MODELLO BIO-PSICOSOCIALE (MBPS)

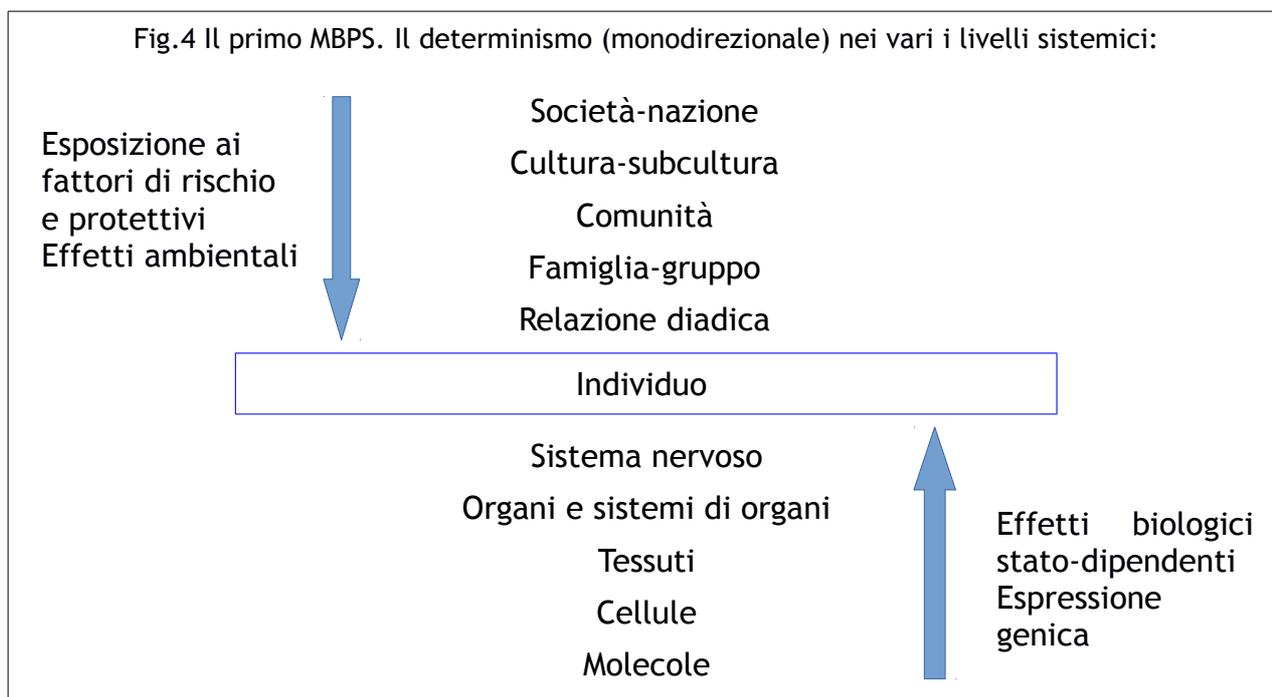
Il primo MBPS

Adolf Meyer, presidente dell'American Psychiatric Association e seguace del noto filosofo J. Dewey, precorre il modello bio-psicosociale (MBPS) con la sua "psicobiologia" già nel 1948 (Meyer A. & Lief). Sarà solo nel 1964, tuttavia, con Roy Grinker, uno psichiatra ammiratore ed

amico di L. Von Bertalanffy, che viene proposto per la prima volta il MBPS per i disturbi menali; inizialmente ispirato alla Teoria Generale dei Sistemi, il MBPS viene poi esteso anche alle malattie somatiche. In medicina, per ogni malattia, alla ricerca di una singola eziologia verrà sostituita l'accettazione della multicausalità.

Molti anni dopo, i tempi erano ormai maturi per l'accettazione del MBPS. George Engel, un internista, pubblica sulla prestigiosa rivista *Science* un articolo cui si fa erroneamente risalire il "manifesto" del MBPS: "The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine" (*Science*, 1977, 196 (4286): 129-136). Qui Engel delinea con radicalità e chiarezza i limiti della bio-medicina e critica il dogmatismo biologico: "Io affermo che tutta la medicina è in crisi... e che questa deriva dallo stesso difetto di base della psichiatria, cioè l'aderenza ad un modello di malattia non più adeguato..."

In cosa consisteva la novità? Engel rilevava "semplicemente" che eventi a livello biologico, psicologico e sociale sono dinamicamente inter-correlati. Questo porta a considerare necessario lo studio dei livelli multipli di funzionamento dell'individuo, nella salute e malattia, dal livello cellulare (o molecolare) al livello della socio-cultura di riferimento, ivi incluso il rapporto interpersonale con il medico (Fig. 4).

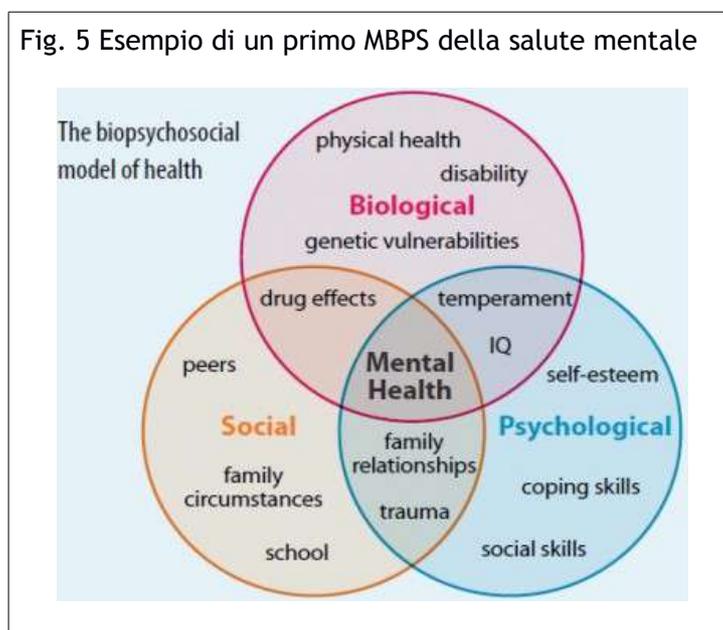


Insuccesso del primo MBPS

Il MBPS ha rappresentato una opposizione sia contro il dogmatismo psicoanalitico di allora che contro il riduzionismo biologico. Tuttavia, in una psichiatria dominata dell'ideologia psicanalitica (siamo negli anni '70!), il MBPS viene considerato "eclettico", allora considerato un termine molto dispregiativo.

Per questo e per un mancato approfondimento teorico (il soggetto viene visto come il prodotto passivo dei livelli di descrizione sopra e sotto-sistemic), il MBPS non ha il successo sperato. Come si vede, ciò che manca è l'azione del soggetto (l'individuo) sul suo ambiente e sul suo stesso organismo, cioè il suo comportamento, la sua intenzionalità ed affettività.

Un esempio tipico di questa forma ingenua di MBPS, nel campo della della salute mentale, è illustrata in Fig. 5¹. Come si vede, si giustappongono una varietà di fattori eterogenei, variamente classificati in biologici, psicologici e sociali, concepiti come variabili indipendenti: la persona, invece, in quanto soggetto attivo con il suo comportamento, non ha un ruolo specifico se non come variabile dipendente, né sono contemplate le interazioni tra questi fattori ed il comportamento stesso. Molti di questi modelli persistono ancora oggi, come ad esempio nella psico-neuroendocrino-immunologia (PNEI), un coacervo di specialità mediche che aspira a porsi come nuova branca della medicina.



UN NUOVO MBPS: IL DETERMINISMO RECIPROCO DI A. BANDURA

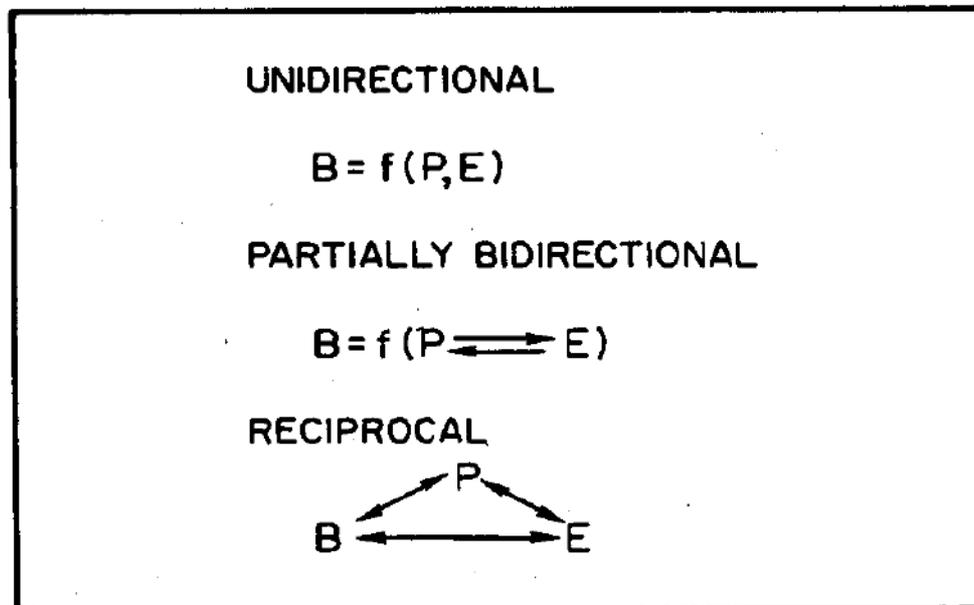
Ciò che mancava a questo primo MBPS erano i concetti di persona e di comportamento, che erano invece già espliciti nel modello del “determinismo reciproco” (DR), una concezione generale delle interazioni individuo-ambiente proposta per la prima volta da Albert Bandura (1978). Nel DR (v. Fig. 6), Bandura argomenta che la persona, il suo stesso comportamento ed il suo l'ambiente esterno interagiscono di continuo, modificandosi vicendevolmente. Il soggetto con i suoi comportamenti etero-diretti tende a modificare di continuo il contesto ambientale (fisico e sociale) in cui vive, ma anche se stesso, attraverso le proprie risposte emotive ed i comportamenti auto-diretti.

1 <https://socialworkscrapbook.wordpress.com/2013/09/26/lets-assess-the-situation-why-social-workers-assess/>

Il grafico della Fig. 4 dovrebbe quindi essere completato con due frecce che partono dall'individuo, visto come agente autonomo:

- una verso l'alto, a simboleggiare la sua influenza sulle sue stesse relazioni diadiche, sulla sua famiglia o gruppo di appartenenza, quindi, alla lunga, sulla sua comunità, società e cultura.
- una verso il basso, a rappresentare gli effetti sia delle sue risposte emotive che dei comportamenti auto-diretti (es.: consumi, aspetto fisico, stile di vita, ecc.) sul sistema nervoso e quindi su organi e sistemi di organi, tessuti, cellule e infine sul genoma (processi epigenetici).

Fig. 6 Differenze tra determinismo unidirezionale, parzialmente bidirezionale e reciproco in A. Bandura (1978). B: comportamento (Behaviour); P: Persona; E: Ambiente (Environment).



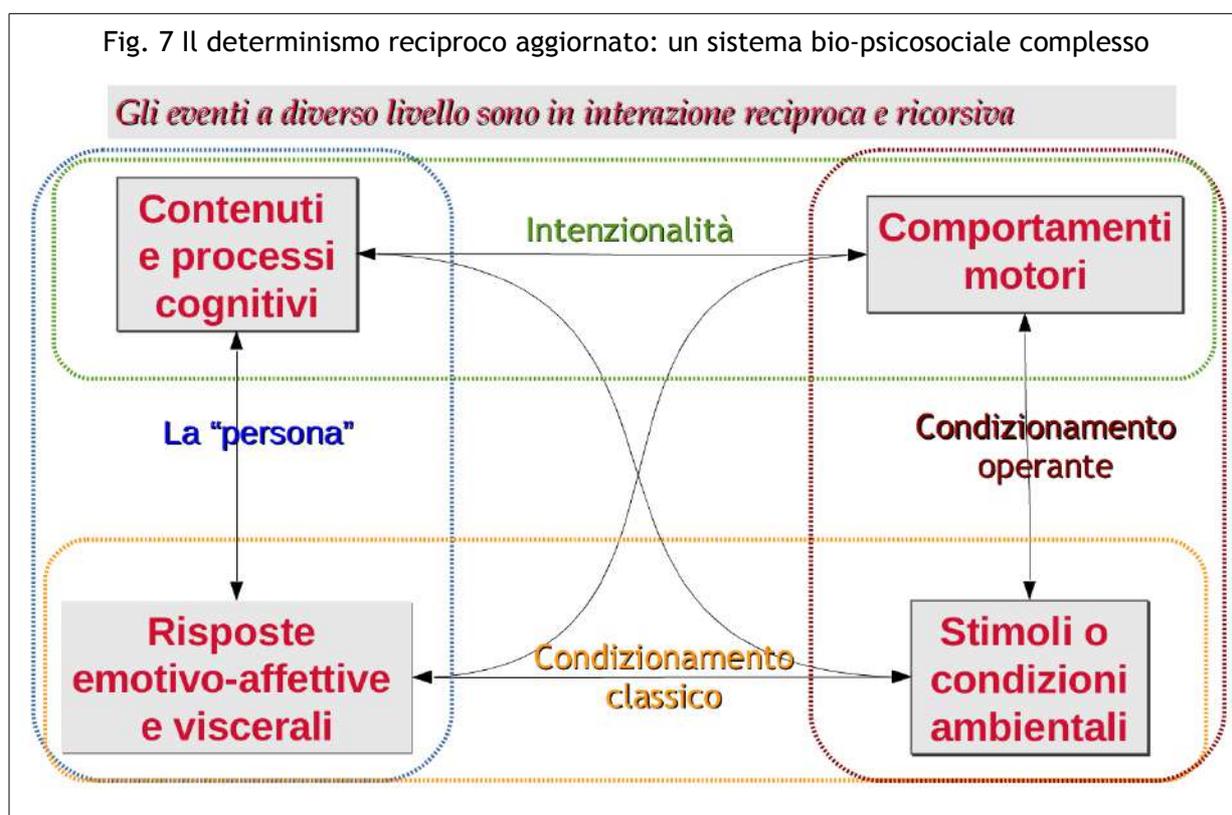
Per Bandura, tale determinismo è appunto “reciproco” in quanto la persona, il suo comportamento e l'ambiente in cui vive sono in interazione (Bandura, 1978), modificandosi a vicenda e continuamente. La storia della persona è la storia di queste interazioni.

Da allora, con i progressi della psicologia cognitiva e delle neuroscienze, compresa la psicofisiologia, credo sia lecito distinguere i due livelli della “persona”: quello cognitivo e quello somato-emotivo (v. Fig.7). Per una trattazione più ampia del nuovo MBPS rimando al mio lavoro sulle pratiche meditative nella prospettiva bio-psicosociale (Sibilia, 2015).

Alcuni principi generali del MBPS aggiornato ad oggi da tener presenti dovrebbero essere i seguenti: a) gli eventi ad ognuno dei quattro livelli sono in interazione reciproca e ricorsiva, e b) il soggetto mantiene memoria di queste interazioni.

Data la caratteristica ricorsiva del modello, una volta instauratisi i cicli depressivi tra contenuti cognitivi depressogeni, comportamenti depressivi, stato somato-affettivo depressivo e condizioni ambientali depressogene (ambiente socio-affettivo e fisico), risulta un esercizio futile risalire alla “causa prima”: il sistema tende ad auto-mantenersi.

Questo meta-modello consente anche di collocare i vari modelli fin qui descritti delle depressioni, comprendere il mantenimento delle disfunzioni cognitive e comportamentali dei soggetti depressi, immaginare dei “cicli virtuosi” anti-depressivi, e soprattutto evidenziare il modus operandi delle tecniche cognitivo-comportamentali.



La s/regolazione bio-psicosociale dei comportamenti depressivi

La ricerca in ambito psicopatologico ha finora messo in evidenza nei soggetti con depressione una serie di disfunzioni psicologiche e comportamentali, che sono state così riassunte da Harvey et al. (2004):

- Comportamento evitativo (chiusura, riduzione di interessi, ecc.).
- Pensiero negativo ricorrente (aspettative negative, ruminazioni depressive, ecc.).
- Attenzione selettiva a contenuti negativi, quali dolori, fallimenti, insuccessi, perdite, ecc.
- Ricordi ricorrenti di episodi negativi, dolorosi, umilianti, ecc.

- Memoria ipergenerale, con difficoltà a focalizzarsi su episodi specifici di vita.
- Memoria selettiva, con massima salienza di ricordi di episodi negativi, quali traumi o perdite, ecc.

A queste bisogna aggiungere anche le disfunzioni emozionali, cui si è data scarsa attenzione, come appunto l'umore depressivo persistente oppure disforico. Tale stato affettivo - spesso di apatia, tristezza o dolore - da una parte rallenta i processi cognitivi e motori (il "rallentamento ideomotorio" del depresso), e dall'altra è un chiaro segnale, esternamente visibile nella mimica, nella voce e nella postura. Come si è visto, il contesto sociale può rispondere in vari modi a questi comportamenti depressivi, talvolta rinforzandoli.

Tutte queste disfunzioni sono comuni anche in altre forme di psicopatologia e sindromi psichiatriche, al punto di essere considerate "trans-diagnostiche" (Harvey *et al.*, 2004). Esse tuttavia non sono universali nei disturbi psichiatrici, ma si presentano insieme più comunemente nei soggetti depressi.

IL MBPS E LE SUE IMPLICAZIONI PER IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

Per quanto già detto, è facile comprendere perché il nuovo MBPS abbandoni la diagnostica psichiatrica (nosografia) basata sul MBM. Nel trattamento, al posto della diagnosi, acquistano invece rilievo lo studio e la correzione - con la collaborazione del paziente - delle suddette disfunzioni trans-diagnostiche: disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive. Queste disfunzioni si trovano in varie combinazioni nei soggetti depressi, ma sono tipicamente i "bersagli" delle procedure cognitivo-comportamentali.

Tali procedure psicoterapiche solo recentemente sono state descritte e definite in modo inequivoco e scevro da termini teorici, dal progetto CLP (*Common Language for Psychotherapy procedures*, 2010).

Nei principi generali fondanti le psicoterapie efficaci nella depressione, ritroviamo molti degli assunti che caratterizzano il MBPS. Ho già portato l'esempio della terapia di Attivazione Comportamentale (*Behavioural Activation*), che - tipicamente in 8-15 sessioni - aiuta il paziente ad abbandonare i comportamenti depressogeni e lo spinge ad acquisire comportamenti dai risultati più gratificanti (Hopko, Lejuez *et al.*, 2003; LEJUEZ & Hopko, 2010). Qui troviamo l'assunto - tipicamente comportamentista - che i pensieri, l'umore e la qualità generale di vita possano migliorare semplicemente adottando comportamenti personalmente gratificanti.

Nella psicoterapia interpersonale (IPT) "...c'è l'assunto di base che la depressione sia un fenomeno biopsicosociale, e che rivolgendosi alle difficoltà interpersonali, siano esse fattori contributivi o conseguenze del disturbo, sarà facilitato il miglioramento sintomatico" (Kennedy *et al.*, pag.36). Nella IPT il soggetto è aiutato attivamente a superare il dolore di una perdita, a

trovare una soluzione a conflitti interpersonali, ad accettare importanti cambiamenti di vita, ad aumentare le sue abilità sociali, ed aumentare i contatti interpersonali, per trovare nuovi adattamenti alle modificate condizioni di vita (Bailey, 2015).

Un problema tipico del trattamento della depressione sono le ricadute. Ciò ha dato luogo alla formulazione di nuovi obiettivi strategici. Come ad esempio nelle concezioni di autori più recenti che propongono, per la prevenzione delle ricadute, non solo di perseguire una riduzione dei sintomi e della vulnerabilità personale, ma anche della vulnerabilità che potremmo dire “sociale”, con i seguenti obiettivi:

- Ottimizzazione della qualità della vita
- Reintegrazione sociale
- Impegno nella comunità

Come si vede, siamo ormai fuori dell’internalismo tipico della *Cognitive Therapy* beckiana: i fattori psicosociali di contesto sono di nuovo ampiamente rappresentati. Perché questo approccio BPS possa svolgere il suo massimo potenziale, tuttavia, dovrà essere modificato l’approccio alla valutazione dei pazienti depressi, includendovi come rilevanti anche le loro condizioni e le risorse socio-ambientali, nonché le risorse e competenze personali, da potenziare e utilizzare.

BIBLIOGRAFIA

- Glowinski J., Axelrod J., Iversen L.L. (1966). Regional studies of catecholamines in the rat brain. IV. Effects of drugs on the disposition and metabolism of H3-norepinephrine and H3-dopamine. *J Pharmacol Exp Ther.* 1966 Jul; Vol. 153 (1), pp. 30-41.
- Bailey B. (2015). Interpersonal Psychotherapy (IPT). In: Borgo S., Sibilìa L., Marks I. (2015). *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune.* Roma: Alpes Italia.
- Bandura A. (1978). The Self System in Reciprocal Determinism. *American Psychologist*, 33 (4): 344-358.
- Barlow D.H. & Mark Durand V.M. (2015). *Abnormal Psychology, An Integrative Approach. Seventh Edition.* Stamford, CT: Cengage Learning.
- Beck A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.* Philadelphia, PA: Univ. of Pennsylvania Press.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders.* New York: Int. Univ. Press.
- Borgo S., Liotti G. & Sibilìa L. (1973). Modelli concettuali in psichiatria. *Rivista di Psichiatria*, 8, (3-15).
- Borgo S., Sibilìa L., Casacchia M. & Carchedi F. (1977). Rassegna dei fattori implicati nella genesi delle depressioni: proposta di una ipotesi unitaria. *Riv. Sperim. di Freniat.*, Vol. I, Fasc. V (1104-1120).

- Borgo S., Sibilìa L., Marks I. (2015). *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma: Alpes Italia.
- Brown G.W. & Harris T.O. (1978). *Social Origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Caspi & al. (2003). Influence of stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Coyne J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 39: 28-40.
- Dobson, K.S., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R., Martell, C.R., Addis, M.E., Linde, T., & Roberts, L.J. (Speakers). (1999). *Behavioral activation: A functional analytic contextual treatment for depression* (Cassette Recording No. 991111-120). New York: Association for Advancement of Behavior Therapy.
- Fennell, M.J.V., & Teasdale, J.D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- Ferster C.B. (1973). A functional analysis of depression. *Am Psychol*. 1973 Oct; 28 (10): 857-70.
- Ghaemi S.N. (2010). *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model: Reconciling Art and Science in Psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins Univ. Press.
- Garcia-Toro M., Aguirre I. (2007). Biopsychosocial model in Depression revisited. *Medical Hypotheses*, 68, 683-691.
- Gray J.A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, 8 (3), pp. 249-266.
- Harmon-Jones, E., & Allen, J.J.B. (1997). Behavioral activation sensitivity and resting frontal EEG asymmetry: Covariation of putative indicators related to risk for mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 159-163.
- Harvey A., Watkins E., Mansell W., e Shafran R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford Acad. Press.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Lepage, J.P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression; A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D.R., Lejuez C.W. (2015). Attivazione comportamentale [Behavioural Activation]. In: *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune*. Borgo S., Sibilìa L., Marks I. Roma: Alpes Italia.
- Kennedy S.H., Lam R.W., Nutt D.J., Thase M.E. (2004). *Treating depression effectively. Applying Clinical Guidelines*. II Edition. London (UK): Informa Healthcare.
- Marks I. (Ed.) Sibilìa L. & Borgo S. (Co-ed.), (2010). *Common Language For Psychotherapy Procedures, the first 80*. Roma: CRP.
- Mondimore F.M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. *Int Rev Psychiatry*. Feb; 17 (1): 49-52.
- Jacobson N.S., Martell C.R., and Dimidjian S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: science and practice*, Vol. 8, N.3: 255-270.
- Joiner T.E. & Timmons K.A. (2009) Depression in Its Interpersonal Context. In: *Handbook of depression*. Ch. 14. Ed. by Gotlib I.H. & Hammen C.L. New York: The Guildford Press.
- Lewinsohn, P.M. & Graf M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.

Meyer A. & Lief A. (Ed) (1948). *The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer: Fifty- two selected papers*. McGraw-Hill series in health science. New York, NY, US: McGraw - Hill Book Company.

Presentazione standard di PowerPoint - e-learning "Sapienza".

Saloheimo et al. (2016). Psychotherapy effectiveness for major depression: a randomized trial in a Finnish community. *BMC Psychiatry*, 16:131.

Schildkraut J.J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am. J. of Psychiatry*. Volume 122, Issue 5, November 1965, pp. 509-522.

Schotte C.K.W., Van Den Bossche B., De Doncker, D., Claes S., Cosyns P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and anxiety*, 23: 312-324.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco, CA: W.H. Freeman & Company.

Seligman M.E.P., Abramson L.Y., von Baeyer C. & Semmel A. (1979). Depressive Attributional Style. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 88, No. 3, 242-247.

Sibilia L. (2015). Le pratiche meditative nella prospettiva bio-psicosociale. In: *Spiritualità, benessere e pratiche meditative. Il contributo della psicoterapia, delle neuroscienze e delle tradizioni religiose*, a cura di Becciu M., Borgo S., Colasanti A.R. & Sibilia L. Milano: Franco Angeli Ed.

Sibilia L., Vonken E. & Nardi A.M. (1992). Efficacia delle psicoterapie: metanalisi delle terapie comportamentali e cognitive dagli anni '80. *Boll. di Psicologia Applicata*. 204, 17-29.

Wilamowska Z.A., Thompson-Hollands J.P., Fairholme C., Ellard K.K., Farchione T.J., Barlow D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data form the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27: 882-890.

SITOGRAFIA

<https://socialworkscrapbook.wordpress.com/2013/09/26/lets-assess-the-situation-why-social-workers-assess/>

IL TRATTAMENTO PSICOTERAPICO DELLE DEPRESSIONI: DALLA TERAPIA COMPORTAMENTALE ALL'APPROCCIO TRANSDIAGNOSTICO

Stefania Borgo¹

Le depressioni sono il disturbo psichiatrico più frequente, come diagnosi primaria o in comorbidità, ed è comprensibile che la letteratura sul loro trattamento psicoterapico sia enorme. Non cercherò quindi di riassumerla ma di dare un'idea di come le direttive terapeutiche si siano modificate nel tempo, includendo man mano ulteriori nuovi elementi, che non escludono i precedenti, e come siano ancora in evoluzione.

In un precedente articolo su questa rivista (Borgo, 2009) avevo già tentato di delineare i modelli di terapia delle depressioni: rimandando pertanto a quella pubblicazione per i dettagli, riprenderò in sintesi le direttive di intervento lì già esposte per poi aggiornarle con gli sviluppi attuali.

Cominciando dagli anni '70 in cui prevaleva una visione comportamentale, basata quindi su criteri osservativi, è comprensibile come questo rendesse più facile l'integrazione con la visione biologica e pertanto la formulazione di una ipotesi unitaria (Borgo et al., 1975). Tuttavia i fattori implicati nella genesi della depressione (Borgo et al., 1977a) già allora erano molteplici e di ordine diverso come si evince dalla Tab.1.

Tab. 1 - Fattori implicati nella genesi delle depressioni:

- a) Caratteristiche genetiche
- b) Esperienze infantili precoci (separazione della figura di attaccamento)
- c) Stress pregressi (induzione di una situazione di *learned helplessness*)
- d) Stress attuali (rapporti con malattie somatiche e psichiche)
- e) Assunzione di farmaci (Borgo et al., 1976; Casacchia e Borgo, 1977; Borgo et al., 1977b) o droghe

Le direttive di trattamento (Tab.2), coerentemente con l'orientamento del periodo, erano molto incentrate sul rinforzo (esterno ed interno) e sulla *Social Learning Theory* (Ullman &

¹ Centro per la Ricerca in Psicoterapia, già docente di *Health Promotion* e di Psichiatria, Sapienza Università di Roma - Email: stefania.borgo@uniroma1.it

Krasner, 1975).

Tab. 2 - Direttive di intervento 1:

- a) Diminuzione o diminuita efficacia dei rinforzi ambientali - estinzione delle risposte - inattività (riduzione del repertorio comportamentale)
 - Intervento mirante a riattivare i comportamenti estinti (tecniche comportamentali)
 - Potenziamento delle *skills*
- b) Diminuzione o diminuita efficacia dei rinforzi *covert*
 - Modificazione dei sistemi di autorinforzo (autocontrollo)
- c) Valore comunicativo del comportamento depressivo
 - Rinforzo selettivo dei comportamenti alternativi

Negli anni ottanta la principale novità è l'affermarsi della terapia cognitivo-comportamentale come estensione di quella comportamentale (Borgo, 1981), con l'introduzione di molti elementi nuovi legati soprattutto alle componenti cognitive (Tab.3).

Tab. 3 - Ampliamento del paradigma comportamentale:

L'utilizzazione delle esperienze interne (pensieri) come dati clinici

- Nucleo cognitivo della depressione: la triade di Beck (immagine negativa del sé, visione negativa del mondo, previsione negativa del futuro)
- Catena di reazioni che portano all'istaurarsi della depressione: esperienza di perdita, processi di "attribuzione interna", svalutazione del sé, generalizzazione della visione negativa (meccanismi logici, idee irrazionali), aspettative negative
- La percezione dei sintomi come elemento stabilizzante
- L'attenzione selettiva agli eventi negativi

Il trattamento diventa molto più articolato, anche se le direttive precedenti conservano tutta la loro validità del (Tab.4).

Tab. 4 Direttive d'intervento 2

- Rapporto di collaborazione tra terapeuta e paziente
- Utilizzazione del “linguaggio” del paziente
- Spiegazione del “disturbo” nei termini di un modello concettuale (psicoeducazione)
- Modificazione del “dialogo interno” (*stress inoculation*)
- Modificazione dei meccanismi logici (terapia cognitiva) e delle categorie valutative (teoria dei costrutti personali)
- Modificazione delle idee irrazionali (terapia razionale- emotiva) e degli schemi disfunzionali (esperienze precoci e legame di attaccamento)
- Potenziamento delle capacità relazionali (*social skills training*) e della capacità generale di risolvere i problemi (*problem solving*)
- Intervento caso per caso: analisi individualizzata (inclusi gli aspetti culturali-familiari/etnici) e della specifica situazione depressiva da cui derivino in maniera puntuale gli interventi terapeutici (formulazione del caso clinico)

Negli anni '90, quando le emozioni entrano prepotentemente nella terapia cognitivo-comportamentale (Borgo, 2001), gli aspetti emozionali, che sono poi l'essenza stessa della depressione - inserita coerentemente nei “disturbi emozionali” -, acquistano un ruolo preponderante. Se nella fase precedente, ad orientamento cognitivo, l'emergere delle differenti emozioni veniva subordinato alla interpretazione (cognitiva) del soggetto, le ricerche ora evidenziano che non solo le cognizioni influenzano le emozioni ma anche che le emozioni influenzano le cognizioni, e in particolare le componenti immaginative:

“L'immaginazione gioca quindi un ruolo a parte nel prolungare l'umore (dato che sappiamo che l'immaginazione negativa può indurre un umore depressivo) e può essere un fattore implicato nell'attivare un circolo vizioso di tipo depressivo - cioè l'umore depresso porta a cognizioni negative che a loro volta peggiorano l'umore depresso, e così via [...] Soggetti con alti punteggi al BDI riferiscono scarsa immaginazione agli stimoli positivi e più forte immaginazione agli stimoli negativi quando viene indotto un umore negativo. Soggetti con bassi punteggi al BDI, invece, sono in grado di contrastare l'effetto dell'umore depressivo rafforzando l'immaginazione positiva” (Martin e Williams, 1990, pag. 294, t.d.a.)

L'esperimento qui riportato, in cui i soggetti normali rispondevano a eventi negativi con immagini positive mentre i soggetti depressi (con alti punteggi al *Beck Depression Inventory*)

avevano in risposta una preponderante immaginazione negativa, descrive un circolo vizioso tra un umore negativo e cognizioni negative, dove l'elemento affettivo ha un ruolo cruciale.

Nello stesso periodo si evidenziava come le emozioni avessero un importante valore adattivo (Ekman, 1992). Si pongono quindi due quesiti: quali emozioni possiamo collegare alla depressione? Quando accade che le emozioni divengono disfunzionali (per durata, frequenza, intensità, stimoli che la suscitano o modalità di espressione)?

Negli anni '90 le nostre ricerche si sono concentrate sulle emozioni e più precisamente sul vissuto emozionale (Borgo, 2008), per comprendere la transizione dalla emozione fisiologica alla emozione patologica, e identificare quali siano le emozioni implicate nelle diverse psicopatologie.

Per la depressione due emozioni sembrano essere centrali: la tristezza e il dolore. Nella tristezza così come nella depressione l'antecedente tipico è la perdita, in accordo con il modello comportamentale degli anni '70. Inoltre, le sensazioni più spesso presenti in queste due emozioni sono sovrapponibili ai più frequenti sintomi depressivi, così come gli aspetti comportamentali, orientati ad una prevalente staticità, caratterizzano sia le emozioni in questione che lo stato depressivo (Borgo, 2009).

Particolarmente indagato risulta il ruolo del dolore, sia fisico che psichico, nella depressione (Gaskin 1992). In particolare questa ha una elevatissima comorbidità con il dolore cronico (Dersh *et al.*, 2006) tanto da portare, quando non vi sia una base fisiopatologica per il dolore stesso, alla diagnosi di "depressione mascherata". Il dolore psichico, d'altro canto, appare una componente centrale nello stato depressivo. È stata addirittura messa in discussione l'utilità clinica della distinzione tra dolore fisico e psichico in base a numerosi dati clinici e di ricerca:

1) Si evidenzia una stretta analogia tra descrizioni soggettive di dolore fisico e psichico, quest'ultimo spesso appare ancor più intollerabile (Mee *et al.*, 2006).

2) Il dolore psichico e fisico si associano alla depressione e talora la precedono. In uno studio di (Mitchell *et al.* (2003), il 75% di 270 pazienti depressi aveva subito nell'anno precedente un grave evento stressante (es. morte di un figlio) in grado di provocare un dolore psicologico insopportabile (fattore di rischio per la depressione e per il suicidio).

3) Sia il dolore fisico che psichico si correlano con l'ideazione suicidaria, indipendentemente dalla gravità della depressione (Smith, 2004). L'intensità del dolore psichico si è rivelata (Berlim *et al.*, 2003) un predittore del suicidio migliore della depressione e della disperazione stesse, parametri generalmente utilizzati per la valutazione del rischio suicidario.

4) Numerosi studi basati su neuroimmagini funzionali (Mee *et al.*, 2006) evidenziano l'attivazione delle stesse strutture cerebrali nel dolore fisico e nel dolore psichico: giro cingolato anteriore, insula e corteccia prefrontale. Nel dolore empatico (osservazione di persone care che

soffrono) il pattern di attivazione è simile a quello del dolore psichico (Singer *et al.*, 2004). Diversamente, nel dolore indotto da ipnosi o tecniche suggestive, come ad es. quelle immaginative, vengono attivate, in analogia con il dolore fisico, anche le aree corticali somato-sensoriali (Craig *et al.*, 1996; Derbyshire *et al.*, 2004).

5) Le nostre ricerche (Borgo, 2009) confermano una stretta analogia tra dolore fisico e dolore psichico nel vissuto emozionale (sensazioni somatiche e immagini mentali) e nelle strategie di *coping*.

La rappresentazione mentale (Borgo, 2002; Borgo, 2004) del dolore sembra essere la via finale comune degli aspetti percettivi, emozionali e cognitivi del dolore, a sostegno quindi della unitarietà del vissuto indipendentemente dall'origine centrale o periferica dello stimolo.

Inoltre, in una nostra ricerca sulla proiezione temporale nella verbalizzazione interna in diversi stati emozionali (Ambrosi *et al.*, 2007), la tristezza non appare come un'emozione statica, ferma sul presente e sulla rimuginazione del passato, come spesso viene considerata, ma piuttosto come un momento di raccoglimento e di ritiro volto funzionale all'elaborazione di possibili strategie alternative. La tristezza quindi, spesso inquadrata nel suo effetto negativo, può invece essere vista come una fase di passaggio che predispone gli individui al superamento degli eventi negativi, grazie alla formulazione di pensieri ed immagini proiettati nel futuro. Differente appare l'emozione dolore, in cui i tempi futuro ed ipotetico hanno medie molto basse con preponderanza del passato e del presente. Questo potrebbe spiegare perché uno stato di umore depresso è più difficilmente superabile se l'emozione dominante è il dolore (con effetto stabilizzante).

La tristezza e il dolore si associano spesso ad altre emozioni come sottofondo emozionale negativo (*mood*), orientandone i processi cognitivi. Ad es. i disturbi d'ansia, così spesso associati alla depressione, potrebbero essere sostenuti da una anticipazione negativa degli eventi. Il rifiuto (fase di negazione) e la rabbia (fase reattiva), frequenti nella elaborazione del lutto, potrebbero invece avere un valore positivo: la prima come protezione da un dolore troppo intenso, la seconda come emozione mobilizzante. Infine il rifiuto, funzionale alla "eliminazione" mentale delle immagini disturbanti e a livello comportamentale connesso a strategie di evitamento, una volta diventato reazione automatica, potrebbe giocare un ruolo chiave di mantenimento nel DOC e nel PTSD. Queste considerazioni, oltre a ribadire il ruolo del dolore nella psicopatologia, indicano come la stessa disfunzione possa essere comune a differenti forme cliniche aprendo la strada ad una visione transdiagnostica.

Le direttive d'intervento anni '90 (Tab.5) e primi anni 2000, pur includendo quelle delle formulazioni precedenti, sono molto più articolate sul piano emozionale, in particolare vengono introdotte tecniche cognitive di tipo immaginativo (Borgo, 1994a e 2002) che permettono un accesso più diretto alle emozioni.

Tab. 5 Direttive d'intervento 3

- Livello comportamentale: psicologia positiva - incentivazione delle emozioni positive
- Livello cognitivo: utilizzazione delle immagini - tecniche immaginative (più connesse alle emozioni rispetto al linguaggio)
- Livello emotivo: analisi delle emozioni - interventi che mirano alla autoregolazione emozionale (con particolare attenzione al dolore)
- Relazione terapeutica: - aspetti emozionali della relazione e loro valenza terapeutica (da un *setting* "rilassante" all'esperienza di nuove situazioni emozionali)

E nel tempo avranno sempre più importanza la relazione terapeutica (Borgo, 1994b e 2008a) e l'acquisizione di una buona autoregolazione emozionale (Borgo, 1994c e 2006). Su questo ultimo punto diviene centrale il secondo quesito posto precedentemente, e cioè quando le emozioni divengano disfunzionali. Una modalità piuttosto sintetica di rispondere è, a mio parere, proposta nell'articolo "Taxonomy of Emotional Disturbances":

A Taxonomy of Emotional Disturbances

Howard Berenbaum, University of Illinois at Urbana-Champaign
Chitra Raghavan, National Center on Addiction and Substance Abuse, Columbia University
Huynh-Nhu Le, George Washington University
Laura L. Vernon and Jose J. Gomez, University of Illinois at Urbana-Champaign

We propose a taxonomy of emotional disturbances composed of (a) emotional valence disturbances, (b) emotional intensity/regulation disturbances, and (c) emotion disconnections. Our rationale for developing such a taxonomy is that it can draw additional attention to the importance of emotional disturbances and can provide a framework for organizing both what we already know and what we have yet to explore. We believe such an effort is important because emotional disturbances, which are ubiquitous among individuals with psychopathological conditions, can provide incremental predictive power above and beyond traditional diagnostic categories. We discuss the potential clinical utility of our proposed taxonomy and provide recommendations for future research.

Key words: emotion, psychopathology, taxonomy.
[Clin Psychol Sci Prac 10: 206-226, 2003]

Qui vengono proposti tre tipi di alterazioni emozionali, riassunti nella Tab. 6.

Tab. 6 Alterazioni emozionali: 3 tipi:

- 1 Valenza emozionale: equilibrio tra emozioni positive e negative
- 2 Intensità/controllo delle emozioni (sia positive che negative)
- 3 Disconnessione dei processi emozionali:
 - a) dissociazione delle componenti (es. emotivo/espressivo)
 - b) disconnessione con la consapevolezza (es. alessitimia)

Per quel che riguarda punto 1, le nostre ricerche (Borgo 2008b), confermano la possibilità di identificare due distinti gruppi di emozioni in quanto abbiamo trovato, in uno specifico episodio emozionale, che gli antecedenti, le sensazioni e le immagini mentali legate alle emozioni “negative” (spiacevoli) in genere non si sovrappongono a quelle delle emozioni “positive” (piacevoli), come se le due modalità fossero mutuamente escludentesi. Questo potrebbe spiegare la difficoltà di provare emozioni positive quando quelle negative sono prevalenti, come accade nella depressione, e confermerebbe l'importanza terapeutica di reintrodurre le emozioni positive in grado di contrastare quelle negative. Non a caso l'attivazione comportamentale è una procedura di primo intervento nella depressione.

Per il punto 2, è ampiamente riconosciuto l'aspetto disfunzionale di emozioni troppo intense e incontrollate, siano esse positive o negative (Power & Dalgleish, 1997). Nelle nostre ricerche (Borgo, 2011) è stato evidenziato il ruolo del dolore, forse la più intensa tra le emozioni, nell'indurre un effetto di “frammentazione” e di annichilimento, nonché una dissociazione tra la componente affettiva, talora caratterizzata da grande sofferenza, e quella comportamentale che mostra invece un appiattimento talora estremo (punto 3a).

Infine, rispetto al punto 3b (alessitimia), abbiamo trovato (Borgo, 2008b) che durante una esperienza emozionale una notevole quota di informazione sensoriale non viene decodificata e che questa si correla significativamente a “movimenti incontrollati”. Possiamo ipotizzare che un mancato riconoscimento emozionale ostacoli la messa in atto di efficaci strategie di coping, che invece sono essenziali per la mobilitazione del paziente depresso.

Tab. 7 Protocollo unificato per il trattamento trasdiagnostico dei disturbi emotivi (Barlow *et al.*, 2011).

- 1 Imparare a registrare le proprie esperienze.
- 2 Fissare gli obiettivi del trattamento e mantenere la motivazione.
- 3 Comprendere le proprie emozioni
- 4 Riconoscere e rintracciare le proprie risposte emotive.
- 5 Imparare a osservare le proprie emozioni e le reazioni alle proprie emozioni.
- 6 Comprendere i pensieri: pensare il peggio e sovrastimare il rischio.
- 7 Comprendere i comportamenti: evitare le proprie emozioni.
- 8 Comprendere i comportamenti: comportamenti-guidati-da-emozioni.
- 9 Comprendere e confrontarsi con le sensazioni fisiche.
- 10 Mettere in pratica il tutto: esporsi alle proprie emozioni nelle situazioni in cui si verificano.
- 11 Farmaci per l'ansia, la depressione e i disturbi emotivi associati.
- 12 Avanzare da qui: riconoscere i propri risultati e guardare al proprio futuro.

Quanto detto può spiegare perché l'autoregolazione emozionale sia attualmente un importante obiettivo terapeutico (Borgo, 2015) e le pubblicazioni sull'argomento si siano moltiplicate (Gross & Thompson, 2007; Kring & Sloan, 2010). Questa risulta l'elemento chiave del Protocollo unificato per il trattamento trasdiagnostico dei disturbi emotivi (Barlow *et al.*, 2011), come si evince dalla Tab. 7 che riassume i principali passaggi di questo trattamento manualizzato dei disturbi emozionali.

È questa la terapia attuale delle depressioni? Anche se questo manuale costituisce una linea-guida per il trattamento delle depressioni, molti terapisti (Borgo 2010; Dobson, 2017a) ritengono sia necessario attuare un intervento basato sulle esigenze specifiche del paziente, valutate tramite una formulazione del caso clinico. E questa valutazione potrebbe risultare più accurata con un "approccio trasdiagnostico" (Harvey *et al.*, 2004) che a differenza del "trattamento trasdiagnostico" mira a identificare le specifiche disfunzioni che sottendono il quadro clinico e a queste dirigono gli interventi. Tuttavia l'approccio trasdiagnostico non è altrettanto formalizzato anche se molto promettente, in quanto potrebbe permetterebbe di utilizzare procedure terapeutiche di provata efficacia su molti tipi di disfunzioni (cognitive, comportamentali, emotive) indipendentemente dalle diagnosi (Borgo, 2017), che nel caso delle depressioni sono assai numerose, spesso in comorbidità e soprattutto poco informative sulle reali problematiche del paziente.

Vorrei concludere questo breve *excursus*, che copre più di 40 anni di psicoterapia delle depressioni e di mio percorso professionale iniziato proprio con uno studio sulle depressioni, con una considerazione suggerita da una presentazione di Keith Dobson, uno dei maggiori esperti in materia, all'ultimo Congresso della EABCT (European Association for Behavioural and Cognitive Therapy). Dobson, tentando di fare il punto della situazione sulle terapie cognitivo-comportamentali della depressione in base ai fallimenti del passato e alle lezioni apprese (2017b), dopo una rassegna critica dei vari trattamenti, ha ridimensionato i trionfalismi ed ha concluso che continuamente il lavoro di ricerca mette in evidenza nuovi fattori protettivi e di rischio, permettendo di identificare i limiti e migliorare gli interventi. Un lavoro in corso, quindi, non un punto di arrivo.

Io penso che una delle caratteristiche più valide della terapia cognitivo-comportamentale sia la capacità di assorbire nella pratica clinica i risultati della ricerca validandone l'efficacia prima di introdurli nelle linee-guida di intervento. Una prassi che porta ad un processo di continuo rinnovamento: per le depressioni molto è stato appreso ma c'è ancora tanto da imparare. Infatti, la società è cambiata moltissimo negli ultimi cento anni, e continuerà a cambiare con i processi di "globalizzazione", rendendo necessari costanti aggiornamenti alle teorie e alle pratiche cliniche.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosi M., Busso F., Kakaraki D., Martello A., Pagliariccio C., Borgo S. (2007). La Proiezione Temporale nella Verbalizzazione Interna. *Psychomed*, 4-6, 17-22.
- Berenbaum H., Raghavan C., Le H.N., Vernon L.L., Gomez J.J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2, 206-226.
- Barlow D.H., Farchione T.J., Fairholme C.P., Ellard K.K., Boisseau C., Allen L.B., Ehrenreich-May J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Berlim M.T., Mattevi B.S., Pavanello D.P., Caldieraro M.A., Fleck M.P., Wingate L.R., et al. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Branzi, *Suicide and life-threatening Behavior*. 33, pp. 242-248.
- Borgo S., Casacchia M. & Fazio C. (1975). Depression and oral contraceptives: a neuropsychophysiological hypothesis. *Totus Homo*, 61-3.
- Borgo S., Casacchia M. & coll. (1976). Disturbi di tipo depressivo in corso di assunzione di contraccettivi orali: un'indagine psicométrica. *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, 7, 23.
- Borgo S., Casacchia M., Sibilìa L., Carchedi F. (1977a), Rassegna dei fattori implicati nella genesi delle depressioni, in *Riv. Sper. Freniat.*, 5.
- Borgo S., Venturini R. & Sibilìa L. (1977b). Depressive behaviour in women taking oral contraceptives. *Scand. J. of Behav. Ther.*, 6 Suppl. 4.
- Borgo S., (1981). La depressione: analisi comportamentale e cognitiva in S. Fiorelli e G. Rezzonico (Eds.), *La modificazione del comportamento*. Milano: Franco Angeli.

- Borgo S. (1994a), The use of Images in Therapeutic Communication in Borgo S., Sibilìa L. (Eds.) *The patient-therapist relationship: Its Many Dimensions*, Roma: CNR.
- Borgo S., Sibilìa L., Eds. (1994b) *The patient-therapist relationship: Its Many Dimensions*, Roma: CNR.
- Borgo S. (1994c). *Analisi didattica*. Roma: Melusina Ed.
- Borgo S. (2002). Cognizione e Emozione: il ruolo delle immagini mentali. In: Meneghelli A., Bislenghi L. & De Ambrogi F. (a cura di) *Prevenire, Riparare, Costruire il Benessere* (versione su CD-Rom).
- Borgo S. (2006). Strategie comportamentali nella autoregolazione emozionale. *Psychomed*, 1-3, 11-15.
- Borgo S., Petrini P. (2008a). La relazione nella supervisione clinica, in Petrini P., Zucconi A. (Eds.) *La relazione che cura*, Roma: Ed. Alpes.
- Borgo S. (2008b). Il vissuto emozionale: un nuovo metodo di studio, *Idee in psicoterapia*, 1, 2, 51-66.
- Borgo S. (2009). Dolore fisico e dolore psichico: uno studio comparativo. *Idee in Psicoterapia*, 2, 3, 3-14.
- Borgo S. (2010). *Supervisione clinica*. Roma: Alpes Italia.
- Borgo S. (2011). Il tormento e l'estasi. In: *Psicoterapie e Neuroscienze*, Petrini P., Zucconi A. (a cura di). Roma: Ed. Alpes.
- Borgo S. (2017). Should CBT procedures target trans-diagnostic dysfunctions? Presentazione orale al *47H Congress of EABCT*, Ljubljana 13-16 settembre.
- Casacchia M. & Borgo S. (1976). I contraccettivi orali: problemi farmacologici e psicopatologici. *Atti del Simposio della Società Italiana di Neuropsicofarmacologia*. Anacapri.
- Craig A.D., Reiman E.M., Evans A., Bushnell M.C. (1996). Functional imaging of an illusion of pain, *Nature*, 384, 258-260.
- Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.
- Dobson K.S. (2017a) Cognitive Behavioral Therapy for Depression. Using Case Conceptualization to Guide Treatment. *Presentazione orale al 47H Congress of EABCT*, Ljubljana 13-16 settembre.
- Dobson K.S. (2017b) The Training and Dissemination of CBT for Depression: Past Failures and Lessons Learned. *Presentazione orale al 47H Congress of EABCT*, Ljubljana 13-16 settembre.
- Ekman P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- Gross J.J. & Thompson RA (2007). Emotion Regulation. In Gross J.J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*, New York: Guilford Press.
- Harvey A. Watkins E., Mansell W. Shafran R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Kring A.M. & Sloan D.M., Eds. (2010) *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. London: The Guilford Press.
- Martin M. e Williams R. (1990), Imagery and emotion: clinical and experimental approaches, in Hampson P.J., Marks D.F., Richardson J.T.E. (Eds.) *Imagery*, London: Routledge.
- Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.

- Mitchell P.B., Parker G.B., Gladstone G.L., Wilhelm K., Austin M.P. (2003). Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype, *Journal of Affective Disorders*, 73, 245-252.
- Power M., Dalgleish T. (1997). *Cognition and Emotion*. Hove: Psychology Press.
- Singer T., Seymour B., O'Doherty J., Kaube H., Dolan R.J., Frith C.D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain, *Science*, 303, 1157-1162.
- Smith W.B., Gracely R.H., Safer M.A. (1998). The meaning of pain: Cancer patients' rating and recall of pain intensity and affect, *Pain*, 78, 123-129.

IL DISTURBO DELLA CONDOTTA DEPRESSIVO

Paola Borgo¹ & Raffaele Riccardis²

Malgrado il fatto che alcuni manuali di psicoterapia in età evolutiva affermino come assodato che il disturbo depressivo sia presente già dalla tarda infanzia, vi mostreremo che fare una diagnosi di Depressione in età evolutiva si rivela un compito complesso.

In primis bisogna considerare che in generale di fronte a Disturbi Internalizzanti (Achenbach,1986) i genitori portano i propri figli ad una valutazione molto dopo l'insorgenza dei primi campanelli d'allarme ed in tal modo il quadro clinico può essere inquinato da fattori di compensazione o fattori di patologia secondaria.

Inoltre per fare una diagnosi attendibile ci troviamo in difficoltà nel scegliere un inquadramento tra quelli previsti nei Manuali Diagnostici.

Il Manuale ICD10 (OMS, 2002) prevede per l'età evolutiva due codici per fare diagnosi in presenza di situazioni "depressive". Il primo è il codice F92.0, Disturbo della condotta depressiva, che si manifesta con un disturbo della condotta associato ad una persistente e marcata depressione dell'umore. In tale definizione viene messo in primo piano la dimensione del Disturbo comportamentale caratterizzato da suscettibilità e/o litigiosità e/o irascibilità, scarso senso di responsabilità, atteggiamenti oppositori e/o prevaricatori e/o aggressivi. In secondo piano abbiamo un tono dell'umore depresso evidenziato da tristezza, disperazione e perdita di interessi.

Il secondo codice è il 43.20, Sindrome da Disadattamento con Reazione Depressiva breve (durata non superiore ad un mese) o 43.21, Reazione Depressiva Prolungata (durata non superiore a due anni). In questo codice il quadro depressivo viene messo in relazione con l'incapacità di gestire un periodo di adattamento ad un significativo cambiamento di vita o ad un evento di vita stressante.

Seguendo le direttive dell'ICD10 solo dalla tarda adolescenza si può fare una diagnosi di Episodio o Sindrome Depressiva.

Nell'approccio diagnostico esplicativo (Lambruschi, 2004) si cerca di individuare le cause o concause di un disturbo. Sebbene non ci siano in letteratura un numero sufficiente di evidenze per confermare un rapporto causa-effetto, si ipotizza una correlazione tra stile di attaccamento,

1 Psicologo Dirigente ASLRM1, Didatta Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma - Email: newpaola@virgilio.it

2 Psicologo-Psicoterapeuta, Tutor Centro per la Ricerca in Psicoterapia (CRP), Roma - Email: raffaelericcardis@fastwebnet.it

stile di *parenting* e depressione (Di Blasio, 2005). L'ipotesi più accreditata è che uno stile di attaccamento/*parenting* con caratteristiche di cui poi vi parleremo costituisca un fattore che aumenta il rischio di un minore con una situazione di vita in cui siano presenti altri fattori di rischio. I principali fattori di rischio da tenere in considerazione sono :

- Presenza di un genitore depresso. L'ipotesi di "Trasmissione Intergenerazionale" si basa sull'assunto che l'esposizione alla depressione di un genitore renda il bambino più vulnerabile rispetto allo sviluppo di tale patologia con una trasmissione che si attua sia attraverso meccanismi genetici che ambientali
- Vivere in un ambiente deprivato da un punto di vista socio-economico e culturale
- Far parte di una famiglia che fa riferimento ad una rete familiare e sociale molto limitata
- Incorrere nel percorso evolutivo in situazioni traumatiche e/o lutti o sperimentare una situazione di stress acuto o cronico
- Carenti competenze cognitive e di apprendimento che contribuiscono ad una bassa autostima e alla percezione di una scarsa auto-efficacia
- Difficoltà di modulazione del tono dell'umore con tendenza all'inibizione e presenza di pensieri automatici negativi su sé, sul mondo e sul futuro
- Scarse competenze relazionali con una rete amicale e sociale molto limitata

Rispetto allo stile di attaccamento/*parenting* il potenziamento del rischio è correlato con un quadro di attaccamento insicuro in cui:

- I genitori manifestano scarso calore, mancato coinvolgimento e poca cura del bambino o addirittura rifiuto
- I genitori hanno uno stile educativo caratterizzato da un forte esercizio del potere e frequenti punizioni
- I genitori hanno uno stile ipercoinvolto e protettivo con atteggiamenti intrusivi ed ansiosi che non permettono al bambino lo sviluppo delle abilità di gestione delle difficoltà.

Il modello multifattoriale di Hammen e Rudolph (2003) si basa sull'ipotesi che il bambino che vive con un genitore depresso sia esposto ad uno stile di *parenting* caratterizzato da bassa empatia, scarsa sensibilità ed elevato rifiuto. Questi fattori possono portarlo ad interiorizzare una rappresentazione negativa di sé e degli altri e all'acquisizione di scarse competenze di regolazione emozionale. Nella crescita questi fattori lo porterebbero a vivere relazioni interpersonali conflittuali con conseguente aumento dello stress e potenziamento delle rappresentazioni negative di sé e dell'ambiente circostante.

È evidente come anche una diagnosi esplicativa possa essere in correlazione con una così ampia gamma di parametri che avere prova dell'importanza e del peso di ciascun fattore risulta assai problematico. Anche i manuali che danno indicazioni sul piano diagnostico, terapeutico e gestionale presentano incongruità nella definizione del Disturbo Depressivo in Età Evolutiva. Il più recente e completo è “Linee Guida sui Disturbi Depressivi in Età Evolutiva” stilato dalla SINPIA nel 2007. In questo manuale gli autori affermano che i Disturbi Depressivi in età evolutiva, con differenze importanti, hanno una consistenza e stabilità di malattia simile a quella dell'adulto. In realtà nelle pagine successive gli stessi autori sottolineano il fatto che le difficoltà diagnostiche legate all'estrema variabilità della sintomatologia e degli strumenti diagnostici utilizzati rendono difficile una stima di prevalenza. Solo in età adolescenziale tale stima è simile a quella dell'età adulta.

Non c'è neanche concordanza in letteratura sul considerare la Depressione infantile come un esordio precoce del disagio e quindi in un continuum con la Depressione dell'adulto o al contrario come un'entità clinica distinta.

Gli strumenti testologici più utilizzati si possono raggruppare in tre tipi:

INTERVISTE STRUTTURATE O SEMISTRUTTURATE:

- DISC- *Diagnostic Interview Schedule for Children*
- CAPA- *Child and Adolescent Psychiatric Assessment*

SCALE DI VALUTAZIONE:

- CDI- *Children's Depression Inventory*
- CDRS-R - *Children's Depression Rating Scale - Revised*

SCALE PER LA VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE

- CGI- *Clinical Global Impression*
- C-GAS - *Children-Global Assessment Scale*

Rispetto al trattamento le Linee Guida della SINPIA dedicano solo quattro pagine alla Psicoterapia nelle quali affermano che la Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) e la Terapia Interpersonale risultano essere gli approcci più efficaci. Ben ventuno pagine sono utilizzate per analizzare la Terapia Farmacologica ma a fine capitolo si afferma che, a causa dei pochi studi sull'efficacia della Psicoterapia, della Terapia Farmacologica e di confronto tra le due strategie non si può arrivare a nessuna indicazione di elezione per il trattamento della Depressione Infantile. Pertanto, in considerazione delle difficoltà diagnostiche che abbiamo ampiamente analizzato, consiglieremmo di attenersi ad una definizione descrittiva del disturbo che si evince

dalla pratica clinica.

Si può definire la Depressione in Età Evolutiva come **una costellazione psicopatologica in cui l'umore deflesso comporta una significativa compromissione del funzionamento adattivo, sociale e cognitivo.**

Sempre dalla pratica clinica possiamo evidenziare quali siano i segni prodromici del disturbo:

- . Dolori alle testa e lamentela di stanchezza immotivata
- . Perdita di interesse rispetto ad attività in precedenza ricercate
- . Atteggiamento verso gli stimoli esterni costantemente permeato da noia
- . Tendenza all'isolamento
- . Paura delle malattie e della morte
- . Idee o comportamenti suicidari
- . Calo nella frequenza e nel rendimento scolastico
- . Difficoltà nelle relazioni sociali
- . Difficoltà di autoregolazione emotiva
- . Scarsa tolleranza alla frustrazione e/o comportamento oppositorio
- . Minacce o tentativi di fuga
- . Adozione di comportamenti trasgressivi e spericolati
- . Uso di sostanze e/o alcool

Riguardo alla trattabilità di tale disturbo nella pratica clinica si evidenzia che è maggiore quando il tratto depressivo è l'aspetto predominante del disagio, quando il minore è consapevole del suo problema ed è collaborativo e quando anche la famiglia riconosce il problema e supporta la terapia dimostrando anche disponibilità al cambiamento (Castonguay, Oltmanns, Sica, 2016). Al contrario si evidenzia una scarsa trattabilità quando il quadro clinico è dominato da problematiche non depressive e quando c'è scarsa consapevolezza del problema da parte del minore e/o della famiglia.

Il ruolo del terapeuta è quello di costituire una guida, un modello ed un facilitatore verso il cambiamento. Nel rapporto con il piccolo paziente adotta un approccio ottimistico rinforzando la convinzione che si può cambiare. Inoltre è parte integrante e fondamentale del progetto includere un'osservazione in vivo dei comportamenti e dei pensieri alla base del disturbo e favorire il coinvolgimento della famiglia. Questi due elementi sono utili sia per stimolare il cambiamento di comportamenti/atteggiamenti rilevanti per la formazione/mantenimento del disturbo sia per sollecitare una costante collaborazione dell'ambiente familiare, aumentando

l'operatività del piano terapeutico (Isola, Mancini, 2004). Per meglio comprendere gli aspetti teorici del Disturbo Depressivo in Età Evolutiva ed illustrare la strategia terapeutica nella TCC vi presenteremo tre casi clinici che indicano come il tema depressivo intersechi le problematiche dell'età evolutiva e quelle del nucleo familiare. La risoluzione parallela di queste può contribuire notevolmente al miglioramento del disturbo dell'umore del bambino.

La storia di Tonino

Tonino ha 14 anni, vive in un paese in provincia di Roma e frequenta la III media. Lo scorso anno ha avuto un'emorragia cerebrale a causa di una malformazione artero-venosa intracranica con esito di lieve emiparesi sinistra. Nel primo colloquio, in cui i genitori si presentano da soli per chiedere un aiuto per il proprio figlio, la madre Vittoria, una casalinga di 43 anni, appare socievole e collaborativa: si definisce “quella che deve reggere per il bene della famiglia”. Successivamente mostrerà gravi vissuti depressivi presenti da 17 anni, cioè da quando morì suo fratello (che si chiamava Tonino!) in un incidente motociclistico. Il disagio emotivo si è aggravato da quando Tonino è stato male. Il papà, Marcello, ha 45 anni ed ha una piccola impresa. È poco presente in casa a causa del lavoro: si definisce “debole di fronte a queste cose di Tonino” e delega la moglie, collaborando in modo passivo. In seguito verrà in seduta la sorella, Tiziana, che ha 23 anni, lavora tutto il giorno fuori di casa ed è ormai proiettata verso l'indipendenza. I genitori hanno aspettato più di un anno per chiedere un supporto psicologico per Tonino perché la loro relazione con il figlio si basava sull'aspettativa che tra poco tutto si potesse risolvere. In realtà dopo la prima manifestazione della malattia Tonino ha effettuato quattro interventi: tra il primo ed il secondo c'è stato un altro episodio emorragico con peggioramento dell'emisindrome motoria. L'elemento che spinge i genitori a chiedere una consultazione è probabilmente la scarsa frequenza scolastica del figlio che porterà i professori alla decisione di non ammetterlo agli esami di III media. Il rendimento scolastico del ragazzo era già scarso in precedenza, anche in relazione ad un DSA ed un profilo cognitivo *borderline*, diagnosticato solo in I media. Tonino motiva le assenze a scuola con il fatto di sentirsi sempre stanco e di avere spesso mal di testa. Anche la vita sociale del ragazzo, che pur non essendo brillante, era in precedenza rappresentata dalla frequentazione di alcuni coetanei e da qualche interesse extra-scolastico, è ora improntata alla chiusura sociale. La diagnosi di Sindrome da Disadattamento con Reazione Depressiva lieve porta a formulare un progetto di intervento che coinvolge Tonino e i genitori.

L'obiettivo dell'intervento individuale è quello di conoscere, implementare e sfruttare al meglio le risorse di Tonino (cognitive, emotive e relazionali). Le tecniche utilizzate sono numerose:

- . Ristrutturazione cognitiva
- . Modificazione del dialogo interno

- . *Assertive Training*
- . *Role Playing*
- . *Problem Solving*
- . Alfabetizzazione emotiva
- . Esposizione guidata

Il ruolo del terapeuta è stato quello di una guida all'introspezione, all'accettazione del cambiamento (Bara, 2007) e all'adozione di un atteggiamento "ottimistico" che consentisse di "ricominciare a vivere". Condurrà Tonino alla riscoperta dei vecchi interessi (gastronomia e tifo calcistico) che saranno elementi di attivazione ma anche di condivisione con familiare ed amici. Nel lavoro sull'emotività emergerà che la stanchezza nasconde la vergogna che Tonino prova per la sua leggera disabilità. Il terapeuta suggerirà degli esperimenti prima nel *setting* terapeutico (Iacchia, 1996) e poi "*in vivo*" per gestire/superare la vergogna.

Il lavoro con i genitori ha avuto l'obiettivo di sostenerli nell'espressione del loro dolore, (Celi, 2002) che non li rende come loro temono più deboli ma che al contrario li può portare all'accettazione della nuova situazione di Tonino. Questo cambiamento consentirà loro di abbandonare l'atteggiamento iperprotettivo nei confronti del proprio figlio (che in parte copriva il rifiuto) e di supportarlo nel percorso terapeutico.

La storia di Valentina

Valentina è una ragazza di 19 anni, è di media statura, ha i capelli biondi e occhi chiari. Ha un aspetto gradevole ed è curata nell'abbigliamento. Si presenta al primo colloquio con "un fare da adulta", tanto da mostrare un'età superiore a quella reale.

Vive a Roma e frequenta il quarto anno di liceo psico-pedagogico. I suoi genitori sono separati, ed è la seconda di due figli. Vive con la mamma e il suo compagno, mentre il fratello maggiore vive per suo conto in un'altra casa di famiglia, ma ogni tanto "*piomba a casa*" quando gli occorrono dei soldi. Il papà si è risposato e ha un'altra famiglia.

La mamma viene descritta come "*una ragazzina svampita che fa sempre la vittima*", "*Da quando ho la patente, prima di andare a scuola l'accompagno a lavoro e la vado a riprendere*".

Il papà è descritto come un Don Giovanni e che "*non si è mai filato nessuno della famiglia*", "*mi ha sempre svalutato e criticato, ho chiuso con lui*". Inoltre afferma che è stato sempre in conflitto con la mamma, non ha mai pagato il mantenimento e al momento della maggiore età sua e del fratello ha cercato di risanare dei debiti che ha con la mamma tentando di far firmare delle cambiali che lo avrebbero estromesso dal debito.

Nei primi colloqui racconta che all'età di 15 anni erano presenti comportamenti autolesivi

“*Mia madre mi trovava in un lago di sangue*”. Dopo tali episodi Valentina ha richiesto un intervento psicologico: la terapia è durata un anno e la ragazza riferisce di “*essersi rimessa in carreggiata*”. Viene respinta in secondo superiore e cambia scuola.

La richiesta d’aiuto al momento riguarda il malessere che prova circa l’allontanamento del fidanzato “*Mi ha lasciato pure lui*”, “*Mi sento sola e va male tutto*”.

Inoltre riferisce che a scuola non riesce a stare attenta, a concentrarsi e a sostenere i compiti scolastici che le assegnano; spesso marina la scuola e teme di perdere l’anno come è accaduto in passato. Sente il bisogno di chiedere aiuto e di iniziare un eventuale nuovo percorso di psicoterapia.

Nella fase di valutazione vengono utilizzati i protocolli di auto-osservazione che mettono in luce caratteristiche del funzionamento della ragazza. Una valutazione diagnostica più chiara si è resa possibile sulla base di un’analisi cognitiva, emotiva e comportamentale “dall’interno”, tramite schede aut osservative (Borgo, 2008). I protocolli iniziali evidenziano alcune caratteristiche specifiche del funzionamento della ragazza. Si riportano due dialoghi interni: “*Brutto tossico come fai a preferire sempre una botta di cocaina ad altro*”, “*E sono sempre la donna Bancomat che paga tutto a tutti*”.

La difficoltà di accedere alle proprie emozioni ha fatto propendere, nelle auto-osservazioni, per lavorare in un primo tempo prevalentemente con la sfera cognitiva, canale preferenziale di accesso in quel momento, che è stato colto ed utilizzato. Inizialmente lo stato senso-emotivo di vuoto e di dolore non permetteva la lettura degli altri stati emotivi. Successivamente, raggiunta una migliore lettura emozionale, tramite il superamento di uno stato emozionale indistinto riferito come “agitazione interna” e “senso di vuoto”, si è potuti passare alla identificazione delle emozioni presenti nelle situazioni relazionali prese in esame nei protocolli auto-osservativi, i quali sono stati utilizzati anche come strumento di intervento.

La possibilità di realizzare che comportamenti come bere bicchieri “*di troppo*” fino talvolta a vere e proprie sbronze, uso di *cannabis*, guida spericolata e litigi spesso “*pericolosi*” fossero strategie di *coping* emozionale collegate a diversi stati emozionali come tristezza, rabbia, dolore, ansia ed euforia (queste le prevalenti emerse dai protocolli) ha consentito la riduzione ed in seguito l’estinzione di tali comportamenti disfunzionali (Di Pietro, 1999).

Dopo i numerosi protocolli auto-osservativi è stata introdotta la tecnica della moviola (Guidano, 1988). per aumentare la capacità guardare il proprio “agito” in termini cognitivo-emotivi sia da attore-protagonista, che “vive la scena”, sia da spettatrice di se stessa e del comportamento degli altri.

L’esercizio continuo di tale procedura ha reso maggiormente consapevole Valentina dell’iperinvestimento nelle relazioni sentimentali e amicali, dove il “dare” incondizionato per gli

altri è legato alla conquista della propria accettazione e a prevenire il rischio di abbandono.

L'osservazione ha evidenziato che tale condotta portava ben poche gratificazioni, ma richiedeva un notevole dispendio energetico a tutti i livelli e si accompagnava a delusione e forti sensi di colpa. Questa tecnica ha permesso inoltre alla ragazza di “mettere a fuoco” il comportamento degli altri, sganciandolo dal proprio. Così facendo ha potuto “provare” che il comportamento dell'altro corrispondeva come informazione al loro modo di costruire relazioni, e quindi distaccarsi dal totalizzante senso di fallimento e colpa che si era costantemente attribuita nelle delusioni sperimentate: *“sembra di guardare un altro film”*.

A tal punto ha iniziato a guardare con altri occhi le sue amicizie e i ragazzi che gli si avvicinano, costruendo uno stile comunicativo e relazionale maggiormente assertivo (Becciu, Colasanti, 2000) e più volto alla negoziazione, nel dare e ricevere: *“Anche gli altri ora prendono la macchina se vogliono uscire”*, *“Questa volta mi hanno offerto da bere”*. Il sentirsi maggiormente rispettata e cercata dagli altri in maniera spontanea e non opportunistica ha aumentato la considerazione di sé, portando alla scelta di vivere anche la noia, il senso di vuoto e la tristezza quando sopraggiungono, piuttosto che ricorrere compulsivamente agli altri o piuttosto ricercare *“sensazioni forti”* che avrebbero un valore più che altro compensativo.

Tali miglioramenti ci hanno permesso di “guardare” insieme il contesto familiare. Una volta aver segnato i confini nelle relazioni sociali, non è stato più così difficile comprendere quanto all'interno del proprio sistema familiare si fosse fatta carico sin da piccola di responsabilità che non le appartenevano e che non le appartengono. Abbiamo osservato come per cercare di ottenere una “quiete familiare”, si sia presa il ruolo di mediatore familiare e gli altri glielo abbiano riconosciuto. Ha compreso che per viverci meglio il rapporto con ogni componente della famiglia può direttamente esprimere con ognuno ciò che pensa giungendo ad un chiarimento, e che non deve più assumere ruoli e compiti che non le competono, lasciando così che i suoi familiari risolvano senza di lei contenziosi di vecchia data. In tal modo ha liberato la mente per dedicarsi ai suoi doveri scolastici, condizione che le ha consentito di arrivare alla promozione a fine anno e di riprendere le proprie passioni, come andare a cavallo.

La relazione terapeutica ha garantito una “base sicura” (Bowlby, 1988) grazie all'attenzione e alla considerazione dei minimi dettagli presentati in ogni incontro dalla ragazza. L'accettazione dei *coping* utilizzati per gestire la propria sofferenza e comprenderne il significato sottostante *“Compro le amicizie per non rimanere da sola”*, prima di introdurre cambiamenti adattivi, ha permesso Valentina di sentirsi confermata e validata. L'atteggiamento terapeutico è stato caratterizzato dall'offrire un *modeling* relazionale accogliente ma allo stesso tempo chiaro e definito dove la capacità di negoziare obiettivi e modalità terapeutiche, unita al rispetto delle caratteristiche della cliente, ha avuto un ruolo chiave nell'evoluzione della terapia e nel facilitare il distacco dal terapeuta.

La storia di Roberto

Roberto attualmente ha 18 anni e frequenta il quinto anno del liceo scientifico. Ha una statura medio-alta, i capelli e gli occhi scuri: è curato nell'aspetto e si veste con un abbigliamento sportivo.

L'incontro con Roberto e la sua famiglia avvenne circa sei anni fa: in quel momento il ragazzo viveva a Roma in una famiglia e in un quartiere benestanti, frequentava la terza media, ma in prossimità dell'esame di licenza si trovava in difficoltà. La famiglia era composta dalla mamma di 45 anni che lavorava in una piccola azienda familiare di prodotti per la casa, dal papà un medico di 55 anni e dal fratello maggiore di 22 anni che frequentava il secondo anno di giurisprudenza.

L'intero intervento clinico si è svolto nel 'setting naturale' del ragazzo (Borgo, Pagliariccio, Riccardis, 2014). I primi incontri, svolti inizialmente con i genitori e poi con il ragazzo, hanno permesso di comprendere la richiesta di aiuto, di osservare le modalità di funzionamento dei genitori e lo stile relazionale con il figlio.

La mamma appena iniziò a parlare del Disturbo specifico di Apprendimento del figlio cominciò a piangere, dicendo di comprendere le difficoltà del figlio e di volerlo aiutare in ogni modo: "studiava" lei stessa libri specialistici e spesso lo affiancava nei compiti ma Roberto ha iniziato a rifiutare il suo aiuto, e lei soffriva per questo. Raccontò che aveva perso la mamma all'età di sei anni, poi suo padre si era unito con un'altra donna, che lei ha sempre sentito come la sua seconda mamma, anche se "*quella perdita ha lasciato una cicatrice profonda*".

Il papà, un uomo distinto e dedito ai doveri della famiglia, affermava che il figlio non si impegnava quanto avrebbe dovuto: "*Per me questo è il problema*". Aggiunse che avevano cercato di aiutarlo con insegnanti per le ripetizioni ma che il figlio non le accettava: talvolta aveva degli scatti di rabbia molto forti, tanto da rinchiudersi nel bagno e non uscirne per ore.

Il fratello maggiore sembrava avere molto rispetto per le difficoltà del fratello e a volte si offriva di aiutarlo.

Roberto individualmente riusciva a raccontare un po' di sé e delle sue difficoltà scolastiche e, anche se mostrava una forte timidezza ed un carattere molto introverso, appariva comunque favorevole ad essere aiutato. Dopo qualche mese avrebbe sostenuto l'esame di terza media.

L'osservazione delle interazioni familiari ha messo in luce il forte attaccamento alla madre e le significative difficoltà comunicative con il padre che non riusciva a guardare negli occhi. Tanto meno riusciva a rispondere alle sue domande "*martellanti*", sempre relative ai compiti e allo studio. La situazione negativa rispetto allo studio aveva sensibilmente ridotto le poche amicizie di Roberto e anche la frequenza agli allenamenti di pallavolo era drasticamente diminuita. L'umore, significativamente basso, si univa ad una visibile insoddisfazione che conduceva a

strategie distrattive come “*immersioni nei videogiochi*” quando i genitori non erano a casa.

Il lungo percorso terapeutico viene riassunto nella descrizione dei momenti chiave dell'intervento. La prima fase di lavoro ha avuto l'obiettivo di aumentare il senso di autostima e di auto-efficacia per sostenere al meglio delle sue possibilità l'esame di terza media: essere riuscito ad esporre una tesina preparata con cura è stata per Roberto una grande gratificazione.

Lo stile passivo si è evidenziato nell'assecondare la proposta dei genitori di iscriversi al liceo scientifico. Roberto non riusciva ad esprimere minimamente il suo parere, anche se l'aspetto non verbale comunicava il suo evidente disappunto. Il liceo scientifico ha posto Roberto di fronte ad una duplice ardua sfida: da un lato affrontare le difficoltà d'apprendimento di una scuola dove la richiesta è alta, dall'altra conquistarsi una serenità interiore che gli permettesse di gestire i suoi impegni e costruire una vita sociale.

Il lavoro clinico di questi anni ha previsto anche un tutoraggio in alcune materie umanistiche come ad esempio la filosofia nel triennio finale. Questa materia ha offerto, attraverso il pensiero dei filosofi, molti spunti di riflessione e di crescita interiore per Roberto. Una visione critica lo ha motivato particolarmente e gli ha permesso di tollerare meglio anche le frustrazioni delle valutazioni negative.

Il lavoro di negoziazione con la famiglia iperprotettiva è stato utile affinché Roberto potesse appropriarsi dei suoi spazi, basti pensare che fino a diciassette anni non aveva preso un mezzo pubblico, perché secondo la mamma “*può sempre succedere qualcosa*”. I momenti di svago erano rappresentati quasi esclusivamente da visite culturali con i genitori.

Nel momento in cui i genitori si sono fidati della figura terapeutica, grazie anche ai risultati scolastici raggiunti che erano l'obiettivo prioritario (Roberto è stato promosso con qualche debito formativo, ogni anno recuperato a settembre) è stato possibile per Roberto ampliare la gamma di attività includendo le sue passioni.

Negli ultimi due anni ha fatto un corso di sub con escursioni acquatiche svolte con un gruppo di coetanei conosciuti al corso. Ha poi frequentato un corso di fotografia e di *Photoshop*. Tali condizioni di gruppo gli hanno permesso di affrontare situazioni nuove e superare con discreto successo la timidezza e l'ansia da prestazione che gli creava, peraltro, un eloquio con balbuzie. Le passioni da lui coltivate lo hanno fatto sentire più protagonista e maggiormente al passo con i suoi coetanei.

Il *modeling* “*in vivo*” mostrato ai genitori ha permesso loro di osservare una modalità alternativa di rivolgersi al figlio, tanto da rendere la relazione “*meno protettiva ed asfissiante*”, secondo la descrizione del ragazzo. Nell'ultimo anno delle superiori gli spazi familiari si sono spostati su passioni condivise (es. andare a sciare insieme su proposta del ragazzo) ed ampliati, consentendo a Roberto, nel tempo libero, di poter avere nuove amicizie, anche se non ancora

completamente accettate dai genitori (“*Ma questi ragazzi non studiano e ci sembrano un po’ troppo sempliciotti*”), nonché di riuscire a rincasare tardi.

Di fronte commenti svalutanti è riuscito a mantenere il punto scegliendo sempre più spesso quello che realmente lo faceva star bene e divertire. In questo clima non è stato neanche troppo difficoltoso preparare un buon esame di stato che ha avuto un esito altrettanto positivo.

Gli spazi conquistati da Roberto hanno anche permesso ai genitori di vivere la relazione di coppia “*Erano anni che non andavamo al teatro da soli*”.

Gli amici del gruppo gli hanno presentato una ragazza che ha cominciato a frequentare, con tutte le paure di un primo incontro e del confronto con l’altro sesso. Il “*troppo romanticismo*” da parte sua, ha poi commentato, probabilmente ha fatto svanire la magia del desiderio nella ragazza che ha preferito mantenere un rapporto amicale. Comunque conclude: “*Ho rotto il ghiaccio con le ragazze*”.

Il ruolo del terapeuta in questa situazione clinica ha avuto la funzione di *accompagnatore e facilitatore* del processo di individuazione e separazione del ragazzo dalla famiglia, favorendo l'accettazione e l'elaborazione di una visione nuova di “separazione/appartenenza” (Cordiale, Montinari, 2012). Il processo è stato graduale: riconoscere per la prima volta le esigenze personali e successivamente la capacità di negoziare appresa dai componenti del sistema familiare è stato utile per trovare nuovi accordi che fossero funzionali per ognuno. Dunque il sintomo-problema è stata un'occasione per “immergersi” insieme nella costruzione di un nuovo equilibrio individuale e familiare utilizzando le risorse di tutti.

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach M.T. (1986). *Profilo comportamentale generale*. In Kirby e Grimley.
- Bara B. (1996). *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Bara B. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Becciu M., Colasanti A. (2000). *La promozione delle abilità sociali*. Roma: Edizioni AIPRE.
- Borgo P., Pagliariccio C., Riccardis R. (2014). L'intervento clinico in età evolutiva attraverso “il contesto naturale” e la scuola. *Idee in Psicoterapia*, V. 7, N.2, 71-80.
- Borgo S. (2008). Il vissuto emozionale: un nuovo modello di studio, *Idee in Psicoterapia*, 1, 2, 51-66.
- Bowlby J. (1988). *Una Base Sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Castonguay L.G., Oltmanns T.F., Sica C. (a cura di) (2016). *Psicologia clinica e Psicopatologia. Un approccio integrato*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Celi F. (2002). *Psicopatologie dello sviluppo. Storie di bambini*. Roma: Raffaello Cortina Editore.

- Cordiale S., Montinari G. (2012). *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*. Milano: Franco Angeli.
- Di Blasio P. (a cura di) (2005). *Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali*. Milano: Edizioni Unicopoli.
- Di Pietro M. (1999). *L'ABC delle mie Emozioni*. Trento: Erickson Edizioni.
- Guidano V. F. (1988). *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Iacchia E. (1996). Il setting terapeutico con il bambino. In Bara B.G. *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Hammen, C. & Rudolph, K. (2003). Childhood depression. In Mash E. J. & Barkley R. A., *Child Psychopathology, 2nd Edition* (pp. 233-278). New York: Guilford Press.
- Isola L., Mancini F. (2004). *Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Lambruschi F. (2004). *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva - Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992). *ICD-10: decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e disturbi psichici e comportamentali*. Milano: Masson.
- Sinpia (2007). Linee guida sui Disturbi depressivi in età evolutiva.

ASPETTI TRANSCULTURALI DELLA DEPRESSIONE

Alfredo Ancora¹

Per comprendere l'esperienza della malattia nelle diverse culture (la cultura come sistema culturale, non come qualcosa di fisso che si trasmette *tout court*) si deve “esplorare l'organizzazione della sensibilità incarnata, dell'esperienza in tutte le sue modalità sensibili, nel senso di un'attenzione non solo alla formazione cognitiva dell'esperienza, ma anche al corpo sensibile” (Byron J. Good, 1999, p. 177). Quindi, cerchiamo di esaminare questi due termini, *depressione e transcultura*, come due *parole-pensiero*.

1) COME PENSIAMO TRANSCULTURALE. Per transculturale² voglio indicare una direzione di cambiamento nel processo di osservazione di un dato fenomeno scientifico, passando attraverso (trans) e non sopra i modi di pensare e le loro manifestazioni culturali. In questo passaggio attraverso altri mondi e modi di conoscenza si creano le possibilità di modificare l'orizzonte nella ricerca, della cura, con l'aiuto di una necessaria “mobilità mentale”. In questo *transito* si assiste spesso a ‘contaminazioni’ ed adattamenti che ogni tipo di siffatti incontri con altre culture sollecita e provoca. Ed è proprio in questo passaggio che l'osservatore - terapeuta - ricercatore (per individuare alcuni aspetti di atteggiamenti mentali) acquista le possibilità/capacità di potersi mettere in discussione di ‘scommettersi’. Altrimenti si rischia di riproporre immobilità, rigidità di griglie conoscitive di un ‘oggetto’ sempre più lontano e da ‘studiare’ che tanto piace a teorie etnocentriche. In sintesi, più che una parola, il termine “transcultura” vuol rappresentare *una direzione* nel processo di osservazione e di cambiamento.

2) COME PENSIAMO LA DEPRESSIONE. La cultura influenza in egual misura la percezione, l'esperienza e la forma *di segni* che noi *chiamiamo* depressivi. Quindi col termine depressione, si intende una malattia con sintomi specifici basati sulla durata e sulla gravità. Un disturbo depressivo non è un passeggero umore triste. La depressione è uno dei più seri problemi di salute mentale che si presenta oggi tra le persone nel mondo occidentale. Quindi, è importante come *categoria del pensiero-occidentale-* in che modo la *traduciamo!*³ Riportiamo, a questo proposito, il pensiero di alcuni fra i più importanti esponenti di questa materia. Per G. Bibeau

1 Psichiatra e psicoterapeuta transculturale - Email: alfredoancora@hotmail.com

2 A. Ancora (2014) Introduzione a *Etnopsicoanalisi complementarista* di George Devereux. Milano: Franco Angeli (p. 23).

3 Sulla necessità di un aggiornamento *della nostra grammatica e del nostro lessico*, all'interno di una nuova semeiotica *transculturale* cfr. A. Ancora (2017) *Mangiare il territorio, manuale transculturale per operatori della salute mentale del terzo millennio*. Milano: Franco Angeli (in corso di stampa).

(1991)¹: “Il progetto comparativo transculturale non è possibile che a condizione di restituire in un primo tempo il senso originario che ogni cultura assegna all'amore, alla depressione e a ogni elemento della vita. Se non siamo autorizzati a imporre dall'esterno i nostri propri valori, categorie e idee, l'unica soluzione che ci rimane è quella di penetrare in una cultura specifica e render conto dal punto di vista originale di che idea questa cultura si fa dei fenomeni che ho appena indicato. L'impresa transculturale non può riposare in definitiva che sulla base di numerosi lavori intraculturali sistematici e completi” (p.32). Kraepelin (1904)² - che alcuni considerano il precursore della psichiatria transculturale - riferiva che a Giava “la depressione franca era rara. Non ci sono mai espressioni di vissuti di colpa”. Per Lambo (1956) uno dei massimi esponenti della psichiatria africana, “non c'erano depressioni psicotiche classiche” in quanto in Africa non si erano mai riscontrate forme simili. Fra gli Yoruba, etnia nigeriana, la depressione diviene “*il cuore è debole*” e l'ansia diviene “*il cuore non è a riposo*”. Leff (1992) sostiene che molte culture non occidentali non disponevano degli strumenti verbali per *esprimere le emozioni*; e questa influenzava la sintomatologia psicopatologica. In ogni caso, i sintomi non possono essere scollati dal contenuto delle convinzioni di un individuo, che dipendono per “l'individuo mentalmente malato o no, direttamente dalle sue esperienze di vita”; da qui ne consegue l'inevitabile influenza esercitata dalla sua cultura” (p. 27). Mircea Eliade³ (1974) pensava che “la perdita di quella *sacralità* dell'esistenza quotidiana che contraddistingue le società arcaiche ed in particolare la “desacralizzazione del lavoro” hanno drammaticamente mutato la percezione della temporalità nell'uomo moderno che sarebbe stato privato delle sue abituali difese, “*i comportamenti mitologici*”, e lasciato solo nell'angoscia di fronte all'implacabilità del divenire e della morte.” (p. 43). Questo breve *excursus* ci fa capire quanto il quadro culturale sia importante per dare *un senso ed un significato* a tal segno di sofferenza psichica. Più precisamente, la reazione a certi eventi è determinata non solo dalla personalità, ma anche dalla cultura di appartenenza. Per esempio, la menopausa spesso accompagnata da uno stato depressivo, viene vissuta talvolta dalle donne occidentali come la scomparsa della giovinezza, della bellezza - aspetti a cui la nostra cultura attribuisce un valore *essenziale* - per cui esse *la pensano* come una perdita di una parte molto importante della propria identità. In Cina, o meglio in alcune parti di essa, alla menopausa viene attribuita una valenza positiva di ingresso nel mondo della saggezza; la depressione da climaterio è molto più rara e le donne cinesi vivono la fine dell'età fertile con maggiore serenità.

1 G. Bibeau (1991) *Premesse per un epidemiologia antropologica della depressione* in R. Beneduce & R. Collignon, Il sorriso della volpe. Milano: Franco Angeli.

2 E. Kraepelin (1904) “*Vergleichende Psychiatrie*” Zeitschr. Ges. Neurol. Psych, 37. 433. In questo lavoro di “*psichiatria comparata*” l'autore attribuisce le differenze, nelle manifestazioni cliniche della psicosi fra i pazienti psichiatrici giapponesi rispetto a quelle tedesche, ad una disuguaglianza di razza. Agli inizi di questo secolo, i suoi studi comparativi, più o meno criticabili con gli occhi di oggi, avevano sicuramente avuto un pregio pionieristico: aver suscitato l'interesse verso altre culture diverse dalla nostra.

3 M. Eliade (1974) *Lo sciamanesimo*. Roma: Edizioni Mediterranee.

Rispetto ad altri contesti, come quello africano ad esempio, si devono prendere in considerazione anche altre variabili, nell'analisi del come viene interpretato il sintomo, spesso *tradotto* ad uso occidentale e considerato all'interno di una cultura ritenuta sempre *subalterna*. La "colonizzazione" dell'Africa, ha *decostruito* la cultura dei popoli che venivano sottoposti, spazzando via ogni elemento significativo, bollato come a-scientifico. Questa condanna senza appello, non meno preconcepita è una prassi abituale - oseremmo dire il malcostume - dell'Occidente¹. Ne consegue che non è possibile applicare indiscriminatamente a tutte le civiltà, almeno per quanto riguarda i disturbi psichici, i metodi diagnostici e terapeutici che noi usiamo nella nostra pratica clinica. "Decolonizzare la mente" è quanto ci suggerisce il keniano Ngiugi Wa Thiong'O² (2015), secondo cui *"la scuola inglese spezza il legame fra lingua e cultura: il gesso delle lavagne è stato più pervasivo delle pallottole perché ha soggiogato le anime. Infatti la lingua estranea de-contestualizza l'esperienza nuova e la percezione della realtà, perché non si è più in grado di nominarla"* (p.12). È dunque diverso il senso della *sofferenza umana* che nel mondo occidentale può entrare nella categoria di *disturbo depressivo*. In altre culture, può essere inserita in altri percorsi e pertanto attivare altre pratiche destinate alla sua cura. Un esempio straordinario di sofferenza depressiva collegata alla separazione e alla morte è dato dalle osservazioni sul modo in cui culture diverse reagiscono alla *caducità della vita*, alla separazioni e alla morte. Queste pratiche sembrano tutte tese a ridurre il rischio, per l'oggetto amato che se ne va, di trascinare con sé il soggetto in maniera da rendergli impossibile l'elaborazione del lutto con il risultato di uno disturbo depressivo. Del resto, sia la tradizione orale che quella scritta, ci ha dato testimonianza di quanto una gran parte delle pratiche e delle usanze funerarie e post-funerarie - in varie parti del mondo - si siano sempre preoccupate di *proteggere il vivo dal morto*. A questo proposito, nell'antica Persia, in epoca zoroastriana, prima che l'Islam prendesse il sopravvento, al momento della morte, il corpo non veniva seppellito, né bruciato, per paura che così facendo, si potessero creare dei contatti contagiando i vivi coi morti. In questo senso i corpi non venivano messi né sottoterra, né tanto meno bruciati, ma accatastati in alto, rivolti verso il cielo, su delle pire di legno, quasi ad indicare non solo il distacco dalla terra, ma anche dai vivi. La maniera di *lasciare il mondo* avveniva così, *decomponendosi naturalmente*. Al contrario, in alcune pratiche himalaiane³ i corpi vengono

1 Altrove, infatti, le cose vanno ben diversamente. Sono stato testimone oculare del grande rispetto da cui sono circondati gli sciamani in Buratyia (Siberia meridionale). La sciamana Nadia Stepanova, nel corso di una visita all'Ospedale psichiatrico di Ulan Udè, capitale della regione, suggerì agli psichiatri della struttura - lei che si presentava ai "colleghi" in camice bianco addobbata nel modo voluto dalla tradizione - di dimettere un paziente ricoverato per una sindrome psicotica, riuscendo a imporre l'opinione che si trattasse di una chiamata sciamanica (p. 30), da A. Ancora (2006) *I costruttori di trappole del vento*. Milano: Franco Angeli.

2 Ngiugi Wa Thiong'O, professore ad Harvard, è stato più volte vicino al premio Nobel per la letteratura. Cfr *Decolonizzare la mente* (2015). Milano: Jaka Book.

3 Cfr. *Il libro Tibetano dei morti*. Milano: Mondadori (2011). Nella tradizione tibetana la vita e la morte appaiono come un continuo fluire come un processo costituito da tante realtà che si succedono continuamente, mantenendo sempre una loro unità. Per questo la morte è un evento *che accade*, senza connotazioni negative, né tanto meno da ignorare o rimuovere. Essa viene considerata come una fonte

esposti, sezionati in varie parti in modo che divengano cibo per gli uccelli, seguendo una concezione del tempo “circolare”, secondo la quale tutti gli elementi della natura, di cui l’uomo - o meglio la sua carne - ne rappresenta solo una parte, si vanno a congiungersi con tutti gli altri che insieme compongono l’universo. In sintesi, le culture orientali, principalmente quella buddista, hanno fatto della riflessione sulla morte una delle loro attività centrali, considerandolo un evento *naturale* a cui avvicinarsi *naturalmente*, un modo non disgiunto o contrapposto a quello della vita, per divenire *imperturbabile* di fronte ad ogni tipo di evento. Così recita il Buddha:¹ “... perché il saggio-il liberato, l’illuminato - può essere come il mare che si *lascia* invadere dai desideri, ma senza desiderarli, senza provarli, senza avvertirne né la mancanza né l’abbondanza. Nel fondo rimane imperturbabile. Non teme le sofferenze, le avversità, la morte, perché il suo godimento della vita è simile a quello dell’albero maestoso che vive le avversità e i favori della natura nella serenità più perfetta.” (p. 7).

Tornando al nostro percorso, è importante riflettere su quanto la nostra cultura sia “impregnata” di visioni del mondo e di “particolari” concezioni del dolore, della sofferenza. Vorrei ricordare quanto riferitomi da un paziente in una fase della terapia in cui si sentiva meglio. Mi spiegò perché aveva abbandonato la “nostra” religione: “non capisco perché noi dobbiamo iniziare sempre da lì, dalla croce, dal dolore e dalla sofferenza: gli altri hanno inizi ‘diversi!’”. Forse Simone Weil², la filosofa mistica e scrittrice francese, morta a 34 anni, gli avrebbe risposto che la figura della croce con il Dio che soffre, vuole ricordare la sofferenza degli uomini. Anzi lei pensava che *il male più grande* potesse trasformarsi *nel bene più grande*: la vicinanza a Dio. La Weil invitava a non scappare comunque dalla sofferenza, a non cercare tutti i modi per evitarla. Il soffrire può rappresentare un modo esperienziale di conoscere noi stessi, di avvicinarsi a Dio, di scoprire “i tratti divini in noi”. Dolore e sofferenza - il cui significato non ne fa termini sinonimi ma ne chiarisce la contiguità - tale per cui la sofferenza non è solo psichica o spirituale e il dolore non è soltanto fisico, hanno attraversato (e attraversano) l’intero percorso dell’umanità, anche se diverso è stato (ed è) il modo di viverli e diversa la maniera impiegata per coglierne il senso. È per questo che il nostro breve iter vuole individuarne gli aspetti più vicini alle peculiarità culturali, là dove interagiscono sensibilità, valori e storia propri dei contesti che qui intendiamo esaminare. A questo proposito, va tenuto presente che il pensiero occidentale, quando si è incontrato con altri, ha sempre oscillato tra due diversi atteggiamenti, o di distanza, per sancire così la sua superiorità e l’inferiorità dell’altro, o di entusiasmo esagerato sin quasi all’esaltazione, mirando a evidenziare meriti e virtù altrui a discapito dei propri. La prima impostazione è stata soprattutto quella rappresentata dalla filosofia di Hegel, mentre della seconda il più autorevole rappresentante è

d’insegnamento, che ci aiuta a ricordare da una parte la nostra debolezza e dall’altra la nostra fluidità (cfr. *Libro tibetano del vivere e del morire*. Roma: Edizioni Astrolabio Ubaldini, 2012 - nuova ediz.).

1 Cfr. Buddha (2007) *Vincere il dolore* a cura di M. Jevolella. Milano: Oscar Mondadori.

2 Cfr. S. Weil (1979) *L’amore di Dio*. Roma: Borla.

stato il filosofo René Guénon¹ (1982) al punto da autorizzare a definire quasi “esotico” il suo modo di accostarsi alla cultura indiana e cinese. Egli dice che *“Forse, è necessario uscire dalla trappola di questa dicotomia ed entrare in una prospettiva che superi quella di una cultura sola, eurocentrica, o quella, per contro, basata sulla autoflagellazione di un pentitismo colpevole perché colpevolizzante il proprio essere occidentali (p.53).* Spesso, accompagnare chi muore nel trapasso aiuta chi resta a elaborare il lutto, a dare alla morte stessa *un significato naturale*, ad es. accogliendo il morente fra le sue braccia o le gambe per farlo entrare nel proprio grembo (si verifica in alcune culture dell’Africa equatoriale da parte di una figura femminile significativa). In un tal *continuum* il morente diviene *un neonato*², *curato affettuosamente*, pratica che continua poi dopo la morte con il corpo ormai spento.

E’ significativo che tra i mezzi terapeutici più comuni ed efficaci che il guaritore africano utilizza troviamo suggerimenti di riti e sacrifici rivolti agli antenati come se l’azione terapeutica fosse *concentrata sul recupero del passato* e i riti stessi permettessero al paziente di dargli un continuum *continuandone la storia*. Ci si è sempre chiesti, a proposito dell’Africa, se esistano o meno i disturbi depressivi, in maniera *franca* o come sintomo di qualche sindrome, o addirittura mascherata, legata a somatizzazioni (come vedremo meglio in seguito). In realtà, dalla letteratura in proposito (Lambo, 1956, cit. Ortigues, 1996, Collomb, 1978) e dalla mia, se pur piccola, esperienza (Uganda e Senegal 1997, 2002³) il problema rimane quello già enunciato all’inizio: che cosa si intenda col termine *depressione*, senza *pretendere* come abbiamo già detto che le nostre categorie siano universali o che esista solo il (nostro) mondo psichiatrico e che possano essere universali i suoi strumenti diagnostici (ICD, DSM IV ecc.). In ogni caso, in molte culture la depressione non è riconosciuta come malattia e non è considerata di pertinenza dei sistemi di cura convenzionali o tradizionali. Mentre per altri disturbi secondo Tobie Nathan, allievo di George Devereux, si rivolgerebbe l’80% della popolazione mondiale (Pandolfi, 1990⁴) allo sciamano, *guerisseur, marabut, curandero, ciman, traditional healer, medicine men* (a seconda dei contesti culturali di riferimento). Egli riferisce inoltre come *“professionisti esperti noi potremmo essere definiti “guaritori”, tuttavia molti di noi potrebbero sentirsi a disagio con l’utilizzazione di questo termine. il ruolo del guaritore è probabilmente antico come la società umana, in cui individui fuori dal comune, assumono questo ruolo. Un confronto tra guaritori*

1 René Guénon è stato il primo a trasmettere in Occidente (la cui civiltà moderna fu da lui molto criticata nella *Crisi del mondo moderno*. 1982. Milano: Adelphi) nelle sue opere un quadro autentico di quella concezione della rivelazione primordiale trasmessa attraverso le età da iniziati che appare nell’Induismo, ma le cui tracce si possono reperire negli albori di tutte le civiltà (cfr. *Introduzione generale allo studio delle dottrine Indù*. 1989. Milano: Adelphi).

2 Vedremo in seguito una pratica in Mongolia - di cui siamo stati testimoni - in cui chi prestava l’ultimo saluto ad una morente si avvicinava *come ad una neonata da imboccare*.

3 A. Ancora (1997a). *The psychiatrist, the shaman, the traditional healer*, in Acts of first African Conference, November, Kampala (Uganda). A. Ancora (2002). *La thérapie transculturelle de la famille*, Dakar, premier congrès panafricain de santé mental (personal paper).

4 Riportato nella introduzione di M. Pandolfi a *La follia degli altri* di T. Nathan (1990). Firenze: Ponte alle Grazie.

tradizionali, nel mondo, rivela che essi hanno molto in comune. Tendono a essere persone profondamente intuitive e percettive, che conoscono molto bene la propria gente e i loro problemi e per aiutarli danno il meglio di sé in tutte le situazioni. Infatti, offrono suggerimenti ponderati e riescono a tirar fuori dai loro clienti emozioni spesso bloccate nel tempo, e danno un aiuto sostanziale anche per la soluzione dei problemi a loro presentati...” (pp. 12-13).

In realtà, non sono uniche ed universali le (nostre) categorie in quanto l'esperienza di un disagio, di una privazione, di una sofferenza non si può de-contestualizzare o peggio de-storificare (su questo concetto E. De Martino ha qualcosa da dirci). Né tanto meno si può ridurre ad un semplice sintomo per fare una diagnosi che - come ci ricorda l'etimologia - vorrebbe significare *conoscere attraverso!*

Abbiamo accennato come spesso un sintomo depressivo venga presentato con somatizzazioni. Il corpo, infatti, può diventare come un biglietto da visita. La maggioranza dei migranti tende a rivolgersi alle strutture sanitarie del paese ospitante per problemi legati alla *salute fisica*; più difficilmente manifesta un problema psicologico. Le richieste di aiuto passano, dunque, attraverso *una materializzazione del disagio*, come se il corpo potesse parlare anche di problemi altri, per la esplicitazione dei quali non sembra esserci spazio emotivo sufficiente. Questo mondo relazionale e fantasmatico, intrapsichico e reale si presenta sotto forma di una sofferenza visibile, il sintomo appunto. *“Ho male qui!”* Esso è inteso non solo come veicolo di comunicazione immediata di malessere “fisico”, ma come biglietto di presentazione di un disturbo sovente psichico. Questa manifestazione di disagio - definita sotto questo aspetto, per solito, *psicosomatica*, può denunciare una peculiare reazione individuale a situazioni vissute come ostili e minacciose. Infatti, se è esaminata a fondo, finisce con il far emergere ben altro: il sintomo, persa la sua singolarità fisica, diventa la spia di un malessere che investe l'intero individuo esistente. In una parola, il segno di un male da cui è affetto il “corpo esistenza” (Callieri, 2007). In questa prospettiva, il sintomo non costituisce solo la testimonianza di un'esperienza presente, ma rinvia a un contesto di vissuti precedenti, ad altri *segni*. Come dire che, attraverso il sintomo, l'individuo, il quale pur è in quanto tale un *discretum*, si collega al *continuum* di tutti i suoi vissuti e, finché dura la sua esistenza, si dimensiona come la sua propria, irripetibile storia. È, in definitiva, il momento, radicato nel passato e proiettato nel futuro, della storia di un'anima¹. Il sintomo -sotto forma di disturbo fisicamente percepibile- si presenta da subito legato al corpo che in questo caso assume la forma di un *confine visibile esterno*, anche se collegato a qualcosa che non si può toccare. *“Ho male dappertutto”*, può essere l'esordio, una sofferenza tutta da scoprire che viene presentata però attraverso l'unico riferimento certo: il corpo che viene così ad assumere il senso di un “unico bene”

¹ Questa espressione è desunta dal titolo di un bellissimo film dell'austriaco G. W. Pabst, *Storia di un'anima* (1926), narrazione della sofferenza mentale di una donna, impersonata da una straordinaria Edith Kieslerova (la futura Hedy Lamarr) del cinema americano. Pabst chiese prima a Sigmund Freud (che rifiutò), poi a due suoi allievi (Karl Abraham e Hanns Sachs) una consulenza scientifica.

dell'immigrato, di un qualcosa che esiste anche se è circondato da una sensazione diffusa di precarietà, e per questo può assurgere al ruolo manifesto di un parafulmine che lo protegge da incertezze, sensi di colpa, minacce più difficili da evidenziare. Il sintomo diviene allora una "linea" che apre e chiude allo stesso tempo, una modalità di annuncio (epifanica) di un qualcosa che si sta manifestando. Il messaggio in esso contenuto, anche se ci ricorda soprattutto un legame con dimensioni quali la salute e la malattia, spazia, in realtà, in un più vasto processo comunicativo, peculiare di ogni sistema di conoscenza. È una interazione dai confini permeabili dove si intrecciano orizzonti mitici e reali, all'interno di specifiche cornici culturali e di ardui tentativi di accesso.

Se ora volgiamo lo sguardo anche al mondo musulmano, può accadere che chi sta male e chieda una visita presso i nostri servizi psichiatrici, domandi anche la approvazione dall'Imam sul tipo di aiuto ricevuto. Ricordiamo che per un vero credente è *vietato dare a se stesso e ad altri la morte, come anche tentativi autolesionisti*. Come recita il Corano, il rapporto col curante deve essere basato sulla fiducia, perché affidarsi a lui e alle sue cure, vuol dire riconoscere *di essere nelle mani di Allah* ed il medico diventa un suo strumento. Per questo la figura del terapeuta viene considerata simile ad un *Hakeen*, (sapiente, guaritore) che viene anche rispettato per la sua autorità. Concludiamo con la descrizione - di cui abbiamo accennato all'inizio - dell'incontro fra una sciamana ed una sofferente che sentendosi ormai alla fine, sente che sta morendo, si lascia andare senza alimentarsi, in un profondo stato di prostrazione che noi *definiremmo uno stato di grave depressione*.

Voglio riportare questa esperienza da me vissuta in Mongolia, perché - fra l'altro - mi ha fatto riflettere anche sulla nostra concezione del dolore, della fine e sul rischio che, etichettando le persone secondo i nostri bisogni e le nostre attese, si possano precludere aperture verso un altro modo di conoscere la sofferenza.

Siamo a casa di Doijin Kandro, sciamana e "donna di saggezza" come la definirebbe Costanzo Allione¹ a Ulaan Bataar, capitale della Mongolia, patria di Gengis Khan, dove è molto diffuso il buddismo². A lei si rivolgono per qualsiasi problema: la casa è sempre aperta. Lei, sta sempre a letto, opera divinando o intervenendo sulle *radici spezzate delle anime*. La sua assistente, che conosce il russo³, ci dice che l'indomani mattina Doijin partirà da Ulaan Baator percorrendo la

1 Fra i più esperti documentaristi-ricercatori cfr. *We will meet again in the Land of the Darkini*, Vercelli 1995. Sempre su queste tematiche e' da segnalare un testo che in Italia non ha avuto la diffusione che meritava: *Donne di saggezza* di Tsultrim Allione (1985). Roma: Ubaldini.

2 Lo stesso libro tibetano dei morti parla di Il Libro Tibetano dei Morti fa parte di una serie di testi attribuiti a Padmasambhava, il maestro indiano che ha diffuso il Buddismo in Tibet intorno al VII-VIII secolo d.C.. Si tratta di un libro di istruzioni pratiche per i morenti, affinché nel cosiddetto stadio del bardo o stadio intermedio, tra la morte e la successiva rinascita, non vengano sopraffatti dalle potenti immagini di divinità pacifiche e irate provenienti dalla mente, e possano così entrare nella chiara luce, oppure saper scegliere una rinascita positiva, che sia favorevole al conseguimento dell'illuminazione, anziché precipitare in regni infernali o in una rinascita negativa.

3 Prima del 1991 la Mongolia era infatti parte integrante dell'URSS. Oggi è divisa in due Stati, la

strada che porta al deserto del Gobi. Partiamo con lei in *jeep* (una *guaz* russa). Ogni tanto ci fermiamo per rendere omaggio agli spiriti presenti anche se invisibili -ma di cui lei sente la presenza- davanti a luoghi votivi, detti *ovoo*, dove si lasciano fazzoletti, cocchi, offerte in denaro e si beve un bicchiere di vodka. Non vanno ignorati, non si può passare oltre senza fermarsi prima. Arriviamo in un piccolo villaggio. In giro, qualche animale domestico. Qua e là si stagliano nello sfondo alcune *jurte*.¹

Entriamo in una di queste, dove ci aspettano visi scolpiti dal vento e dal dolore. Ascoltiamo i suoni di un canto sommesso e partecipato. Su una branda giace una donna anziana in condizioni cachettiche e dal volto provato. Doijin si avvicina, mentre tutti noi ci facciamo indietro. Il viso della malata sembra alludere soltanto all'attesa dell'ora finale. Si crea subito fra le due vecchie amiche (solo dopo sapemmo che lo erano) un'atmosfera di estrema intimità. Immaginiamo di assistere di lì a poco a qualche misterioso rituale. Era del resto questo che ci aspettavamo, ma eravamo destinati a restare delusi. Avevamo trascurato il fatto essenziale: di fronte a noi due persone, una che chiedeva aiuto, sdraiata inerme sul letto, l'altra che guardava la supplicante intensamente, fermamente e per nulla incerta su quel che doveva fare.

Doijin, che indossa un abito rosso, con un piccolo panno terge l'inferma, la faccia e gli occhi, poi le fa congiungere le mani come fa anche lei. Qualche istante dopo, Doijin si fa dare una scodella di minestra calda e un cucchiaino e, senza attendere che l'amica acconsenta, la imbecca lentamente e dolcemente, con un ritmo in cadenza con quello della sofferente, la cui bocca si apre con movimenti lenti, deboli, ma assolutamente sintonici con il moto del cucchiaino. Ci guardiamo intorno: visi non angosciati, in preghiera, di persone, delle quali alcune sgranano un rosario, altre hanno le mani giunte, altre, infine, cantano con una voce quasi "dondolante". Una scena incredibile che irradia sui presenti un senso di straordinaria energia e calore, una forza che ha l'effetto di far comparire sul viso della morente una sorta di luminosità. Ricordo che mi vennero in mente le immagini di un quadro di Goya da me ammirato al Museo del Prado di Madrid². Mi resi conto che stavamo in realtà assistendo a una fase, quella più estrema, della vita. Doijin accompagnava la sua amica in un viaggio senza ritorno. La faccia che, all'inizio, noi

Repubblica Mongola, membro dell'attuale Comunità degli Stati Indipendenti, e coincidente con la cosiddetta "Mongolia esterna", popolata appena da tre milioni di abitanti in un territorio grande cinque volte l'Italia, e il Liao Ning ("Mongolia interna") parte della Repubblica Popolare Cinese. Sono pochi gli autori mongoli tradotti in italiano. Fra questi il bel testo di Galag Tschinang (1996), *Il cielo azzurro*, trad.it. Bolzano: Edizioni Aer. Lo scrittore riesce quasi a "fotografare" il colore della steppa e del cielo inseparabili compagni di ogni nomade. Cfr. anche del russo S. Kozin (1988)(non dimenticando che i Mongoli furono gli unici nella storia a conquistare la Russia d'inverno, attraversando i fiumi gelati) *La storia segreta dei Mongoli*, Milano: Edizioni Tea. Tra le curiosità letterarie scoperte in questo bellissimo e lontano paese - dove il silenzio è un compagno che praticamente da sempre segue il popolo nomade - anche il nostro Alberto Moravia tradotto in mongolo.

1 La *jurta* è la tenda dove vivono i nomadi, di forma circolare con un foro centrale da dove esce il fumo della stufa alimentata a carbone o sterco di animali. Noi utilizziamo il termine russo *yurta* - più conosciuto - anche se quello più preciso - mongolo - sarebbe *ger*.

2 Si riferisce al quadro del periodo della cosiddetta "pittura nigra" di Francisco Goya, *Due vecchi che mangiano la zuppa*.

avevamo visto tesa e contratta, stava guadagnando una sua lenta distensione. Ogni parametro temporale, ma anche spaziale (i monti circostanti, le bellissime radure che facevano da sfondo alla *jurta* sembravano essere sbiaditi, anzi spariti) era andato in frantumi. Dove eravamo? Che giorno era? Che ora? Da quanto tempo stavamo lì? In qualche modo avremmo quasi voluto che la minestra assumesse la natura di una sorgente inesauribile da cui sgorgasse acqua all'infinito. L'acqua è vita. A un tratto Doijin ci pregò di uscire dalla *jurta*. Come poi ci spiegò, doveva restare sola nell'abitazione, senza che i fiati di altri si sovrapponevano, perché il respiro di lei, così vicina alla donna, aveva un effetto balsamico sulle piaghe di questa. In realtà ci stava proteggendo, permettendoci di prendere una boccata d'aria. Ne avevamo bisogno. Se, infatti, ad Ulaan Bataar, eravamo oppressi dall'aria inquinata (nella città tutto, compreso il riscaldamento, funziona a carbone), nella *jurta*, riscaldata con sterco di animale, soffocavamo. L'iniziativa presa dalla donna di saggezza più importante della Mongolia nei nostri confronti era stata anche una maniera per consentirci di allentare l'altissima tensione che ci procurava assistere a tanta sofferenza. La mattinata era intanto passata e, a un certo punto, ci offrirono delle bevande e del cibo (dolciumi, formaggio, yogurt di latte di cavalla) a mo' di ristoro e di "consolazione". È questa un'usanza ancora seguita anche in altre culture. In alcune zone dell'Italia meridionale esiste l'uso del "consolo" consistente in latte o caffè caldo o brodo che parenti e amici portano a chi ha subito un lutto¹.

Sotto quell'eterno cielo blu, come recita un'antica preghiera sciamanica, fummo portati "naturalmente" a interrogarci sul dolore, sulla sofferenza, sulla morte. Il dolore, così presente in forti dosi, sembrava appartenesse non soltanto ai protagonisti, ma a tutti. Eppure quello che avevamo sotto gli occhi era un *comune* caso di una malata terminale che si stava aiutando a morire. "Girarono" nella nostra testa-anche se per pochi momenti, tanto eravamo intensamente calati in quel clima- alcuni "dibattiti" di casa nostra: eutanasia, diritto a una buona morte, accanimento terapeutico, momento di staccare la spina. In realtà, si stava ripresentando ai nostri occhi l'antica e mai risolta dicotomia natura/cultura. Che cosa era naturale, che cosa culturale nel dramma al quale assistevamo? Ci colpì che un'anziana donna, che si muoveva appena, aveva affrontato un viaggio di più di quattro ore per andare a trovare l'amica, per condividere con lei dolore e sofferenza. Durante quell'interminabile giornata Doijin imboccò più volte l'inferma. La morente accennò persino un sorriso, quasi ad attestare la sua presenza fra tante cose che si andavano lentamente dissolvendo davanti a i suoi incerti occhi. A notte fonda (ma forse non lo era) ripartimmo con il bagaglio di qualche riflessione in più che riuscì a superare anche le nostre difficili dogane interne. Meditammo sulla nostra concezione del vivere e del morire, sulle pagine di cronaca dei nostri quotidiani, di ciò che accade nelle nostre grandi, ma anche piccole città: la scoperta, a distanza di giorni, del cadavere di una persona morta in

1 Per quanto riguarda "i riti di consolazione" diffusi da noi cfr. A. Di Nola (1976) *Gli aspetti magico-religiosi di una cultura subalterna italiana*. Torino: Boringhieri.

estrema solitudine: nessuno che si fosse accorto della sua sofferenza e della sua morte. A questo proposito, mi è stato utile leggere il mai superato testo di E. De Martino *Pianto e morte rituale nel mondo antico* (1975) per capire meglio il controllo rituale del patire, il pianto collettivo, la poca accortezza verso il culto dei morti (ci siamo forse troppo presto dimenticati che durante il terremoto dell'Irpinia (1980) si passò ad un incredibile uso di fosse comuni!).

Da una fase di dimenticanza e di evitamento, si sta passando ad una conoscenza "altra" quasi paradossale. Infatti, l'arrivo di migranti, ha portato da noi non solo tanti usi e costumi diversi (che rappresentano sempre una ricchezza e non solo un problema) ma anche un modo di riflettere sul *morire degli altri*. Anche qui è possibile un mescolamento o un meticciamiento, una possibile reciprocità, una riflessione su un "tempo" sempre più veloce da consumare talvolta più che da vivere, tanto da non riuscire ad accorgersi talvolta perfino che l'altro sia morto. P. Aries, (1978) ci ricorda come il culto dei morti e l'unica cerimonia religiosa che sia credenti che non, sentano comune riconoscendosi più o meno consapevolmente in quello "addio" (nel senso etimologico di affidamento *a-Dio*, seppure un Dio spesso vago e indefinito, di cui non c'è molta certezza, come ci riferisce Stefano Allievi¹).

Sintetizzando questa piccola e breve incursione nei meandri della sofferenza psichica nelle varie culture, possiamo enucleare almeno due punti:

Il primo, riguarda quello che noi chiamiamo *depressione*, con tutte le sue declinazioni (da quella meno grave a quella psicotica) che - abbiamo visto - non è valida come definizione in ogni *contrada* dove si manifestano altri stati di sofferenza mentale.

Secondo punto: è differente *il modo* in cui viene vissuta. Volendo essere schematici, da noi è vissuta quasi sempre in maniera individuale, aggravandola, mentre in altre culture c'è una diversa partecipazione della collettività. A questo proposito, si può assistere all'insorgere di patologie a sfondo depressivo in molti migranti, nei quali il rapporto con la comunità di appartenenza si sia rotto per varie cause e si è rimasti da soli. Il rapporto *io-gruppo* resta sempre una dimensione importante in tutte le culture, anzi ne rappresenta una risorsa! Esso, talvolta, diviene sfilacciato -se non proprio distrutto- sotto le pressioni continue e le dure sollecitazioni prodotte dai nuovi sistemi culturali con cui si viene a contatto. Quindi, il processo di individualizzazione a discapito dell'io di gruppo delle culture africane (e non solo) va a *confondersi* con quei processi di acculturazione, urbanizzazione con nuovi modelli di relazione interpersonali. Allora, accade che ci si allontani dalla propria cultura (in cui *il gruppo* rappresenta *una dimensione* oltre che un orientamento temporo-spaziale ed una rete protettiva) per andare incontro ad una forma di individualismo accentuato imposto dalla cultura del paese in cui si è dovuto emigrare. Un tale vissuto, può provocare disagi/sofferenze, cambi di umore,

1 S. Allievi *L'uomo e la morte in Occidente. Verso un nuovo paradigma interpretativo*, in corso di pubblicazione in C. Viafora (a cura di), *Morire altrove*.

stati di agitazione che esprimono una rottura profonda ed oltre ad una forma di colpevolizzazione.

Un qualcosa che si deve ri-comporre: I passaggi da una cultura all'altra non sono mai indolori!

BIBLIOGRAFIA

- Ancora A. (2006). *La dimensione transculturale della psicopatologia* (sec. ed.). Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Ancora A. (2006). *I costruttori di trappole del vento*. Milano: Franco Angeli.
- Ancora A. (2008). *Introduzione a Psichiatria e culture* di Leff J. (sec. ed.). Casal Monferrato: Sonda Editore.
- Ancora A. (2017). *Mangiare il territorio, manuale transculturale per operatori della salute mentale del terzo millennio*. Milano: Franco Angeli (in corso di stampa).
- Ariès P. (1978). *Storia della morte in occidente*. Milano: Bur.
- Callieri B. (2007). *Corpo esistenze mondi*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Callieri B. (2000). Postfazione a Ancora A. *La consultazione transculturale della famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Collomb H. (1978). I modelli della psichiatria africana. In *“Psicoterapia e scienze umane”*, I, n. 2.
- Confucio. (2010). *Il libro delle massime*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Deleuze G. (2007). *Che cosa è un dispositivo*. Milano: Cronopio.
- Devereux G. (2014). *Etnopsicoanalisi complementari sta*. Milano: Franco Angeli.
- De Martino E. (1975). *Morte e pianto rituale nel pianto antico*. Torino: Bollati Boringheri.
- Lambo, T.A. (1969). Traditional African cultures and Western medicine in Poyner K.N.L. *Medicine and culture*. London: Wellcome Institute of the History of Medicine.
- Leff J. (2010). *Introduction a Family transcultural consultation* di Ancora A. New York: Nova Science.
- Libro Tibetano dei Morti* (1978). Roma: Astrolabio-Ubaldini.
- Ortigues M.C., Ortigues E. (1966). *Oedipe African*. Paris: Plon.
- Thomas L.P.V. (1976). *Antropologia della morte*. Milano: Garzanti.

IL CASO DI GIANNI

*Stefania Borgo*¹

1° colloquio con Gianni

Gianni è un ragazzo di 21 anni che viene in terapia dopo lunga sollecitazione dei genitori, molto preoccupati della situazione di crisi che il figlio sta vivendo da alcuni mesi e che sembra averlo paralizzato.

Al colloquio Gianni risponde in maniera semplice e chiara ma con un tono monotono, quasi lamentoso. Dimostra meno della sua età: è piccolo di statura anche se atletico (ha praticato vari sport incluse le arti marziali) e ha un volto un po' infantile. L'espressione prevalente è tra il triste e il preoccupato. Da molti mesi si è bloccato con l'Università, ma al momento quel che lo tormenta di più è un dubbio: rivelare o meno la sua omosessualità ai genitori. Ne ha già parlato con il fratello, più grande di circa 10 anni, e sospetta che questi abbia fatto trapelare qualcosa, ma non riesce a risolvere il conflitto.

Il problema del “dichiararsi”, fonte di un rimuginio senza esito, ne copre tuttavia un altro ancora più grande: l'interruzione di un rapporto affettivo che lo ha fatto molto soffrire lasciando solitudine, tristezza e soprattutto una grande delusione.

Tale stato d'animo interferisce con lo studio e trova sollievo solo in internet dove per ore Gianni rimane a vagare inseguendo notizie sensazionali e improbabili. Questa strategia di distrazione accentua tuttavia l'isolamento e ostacola le altre attività.

Colloquio con i genitori

I genitori di Gianni espongono una serie di preoccupazioni su entrambi i figli che in questo periodo minano la loro tranquillità ed evocano timori per il futuro, considerando anche la loro età avanzata (il padre è alle soglie della pensione).

Traspaiono sensi di colpa per non aver saputo identificare e affrontare adeguatamente i problemi dei figli, forse legati ai numerosi spostamenti della famiglia che hanno richiesto continui adattamenti: il padre, militare, circa ogni due anni veniva mandato in un posto del mondo diverso, dove la vita della famiglia ricominciava daccapo.

¹ Centro per la Ricerca in Psicoterapia, già docente di *Health Promotion* e di *Psichiatria*, Sapienza Università di Roma - Email: stefania.borgo@uniroma1.it

La madre, che monopolizza la conversazione, esprime i suoi timori per Gianni: il blocco degli studi (che colpisce il suo ruolo di insegnante), l'ipotesi della omosessualità ventilata dal fratello (anche se Gianni si è fatto trovare due volte a letto con una ragazza), ma, ancora più grande, il sospetto che sia caduto in un giro “losco” di omosessuali (ha intercettato alcune telefonate allarmanti).

Tuttavia la preoccupazione per Gianni non sembra essere prevalente: viene descritto fin da piccolo come un bambino socievole, tranquillo e adattabile anche se con una fantasia vivacissima (a 3-4 anni pensava di avere le ali e si era creato un amico immaginario). Emerge il ritratto di un ragazzo che riesce sempre a cavarsela.

Il problema più grosso sembra essere il figlio maggiore, fin dall'adolescenza in conflitto con la madre in un crescendo di litigi furiosi, che col tempo ha cominciato a manifestare difficoltà sempre più accentuate (nei rapporti e nel lavoro), sfociate in una diagnosi di “disturbo bipolare”. Nella famiglia materna ci sono numerose casi di patologie mentali gravi (depressione/psicosi): il padre, la sorella e un cugino. Lo spettro di queste vite spezzate rende ancor più inquietante la condizione del figlio maggiore, tanto che il timore di un suo futuro non autosufficiente porta anche a ipotizzare per Gianni un ruolo di “tutore” nei confronti del fratello più grande. Infine, la madre che ha avuto gravi problemi tiroidei e attualmente assume terapia sostitutiva (Eutirox), ammette di avere un pessimo carattere: ha degli scoppi di collera improvvisi e incontrollabili che portano a litigi violentissimi con i figli. Il marito, nel racconto della moglie e nella realtà (è di fronte a me imperturbabile), non sembra minimamente toccato dalle furie della moglie (a cui riconosce anche un fondo di ragione).

Colloqui successivi con Gianni

Gianni racconta la sua storia un po' particolare con un notevole senso di normalità: narra i cambiamenti continui di ambiente, a cui è riuscito ad adattarsi abbastanza bene, con estrema naturalezza.

Il solo episodio traumatico che viene ricordato risale alle elementari, fatte negli Stati Uniti (*primary school*), dove aveva una compagna di classe molto carina e seducente che faceva “fidanzamenti e matrimoni” con tutti i bambini per poi troncarli bruscamente. Ricorda che lei lo portò per un periodo in bagno per dargli tanti baci, per poi dirgli ad un certo punto: “Basta, tra noi è tutto finito!”. E, non contenta, indisse una conferenza pubblica insieme alle sue amichette che, unanimemente, dettero su di lui un verdetto sfavorevole. Soffrì molto per entrambe le cose. Questo ricordo, ancora molto vivido, sembra aver lasciato una sorta di barriera nei confronti di una situazione che può farlo soffrire. In seguito i rapporti con le ragazze sono stati piuttosto superficiali.

La capacità di adattamento sembra, tuttavia, venir meno verso i 16-17 anni: tornato in Italia

dagli Stati Uniti con tanti progetti (corsi di recitazione, di canto, di pittura) non è riuscito tuttavia a sentirsi a casa sua. Pur avendo riallacciato i rapporti con vecchi amici e compagni di scuola, rispetto al clima degli USA in Italia non si sentiva nel suo ambiente e, soprattutto, non provava più emozioni. Finché, in una notte di capodanno, all'interno di un "tendone gay" un ragazzo straniero lo ha baciato, suscitando dopo molto tempo una forte emozione. Di qui sono iniziate le frequentazioni omosessuali fino all'incontro con un ragazzo con cui è nata l'attesa storia d'amore.

All'idillio è però subentrato l'incubo. Con grande sconcerto di Gianni ben presto si è inserito un terzo uomo, sono iniziati i tira e molla e infine sono arrivati i ricatti. Il racconto, su questo punto, è molto reticente. È evidente tuttavia la difficoltà incontrata per uscire, materialmente e affettivamente, da questa storia e traspare il dispiacere non solo per la perdita di un amore ma anche per la fine di un sogno. La disillusione su un mondo che aveva idealizzato: i rapporti omosessuali gli sono apparsi ancora più violenti di quelli etero e molto lontani dalla sua concezione romantica, che lo porta a considerare "maschilisti" i suoi amici italiani e invece essere amico e confidente delle ragazze. Invita volentieri una amica, che ha difficoltà di rapporto con il padre, a dormire a casa sua per alcune notti, dove è ben accetta in quanto fa compagnia alla madre, che avrebbe voluto una figlia ed contenta di parlare con una donna. È quindi anche un modo per tener buona la madre. Infatti, da quando il fratello non abita più in famiglia, gli attacchi di collera della madre sono rivolti verso Gianni, che grazie al suo precedente ruolo di mediatore tra madre e fratello, riesce bene o male a rabbonirla, ma non a bloccare i sentimenti negativi che derivano da queste incresciose situazioni e che si aggiungono a quelli della delusione affettiva, ancora molto presenti. Questo stato d'animo sembra inoltre incidere assai negativamente sulla motivazione allo studio, che se pur presente, porta a sensi di colpa piuttosto che costituire una spinta per superare gli ostacoli oggettivi di una difficile facoltà scientifica, intrapresa con grande entusiasmo, ma che richiederebbe oltre ad uno studio assiduo anche una costante partecipazione a lezioni e laboratori.

Attualmente nel vissuto quotidiano prevalgono i sentimenti di tristezza e sofferenza.

Qualche giorno fa, passeggiando in un parco, Gianni ha fatto alcune riflessioni: ha pensato di aver perso l'adolescenza e di aver poca voglia di vivere. Con gli amici è molto arrabbiato, specie quando invadono rumorosamente la sua casa, per non parlare degli attacchi di rabbia della madre, imprevedibili e ingiustificati. Sente una scontentezza, una insoddisfazione di fondo. Un senso di impotenza che fa sembrare un sogno impossibile l'idea di realizzare le semplici cose che vorrebbe: amare, studiare, vivere (in pace)!

APPROCCIO CLINICO BASATO SUL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE PSICOEDUCATIVO: IL CASO DI GIANNI

Massimo Casacchia¹

Gianni, giovane di 21 anni, il cui caso mi accingo a descrivere, viene incontrato da un medico psichiatra che opera con un metodo clinico conoscitivo orientato non solo ad una valutazione diagnostica, ma, soprattutto, ad una valutazione multidimensionale del disturbo che ispirerà il suo approccio terapeutico integrato, basato sul modello biopsicosociale.

Lo scenario dell'incontro tra terapeuta ed utente, accompagnato dai suoi familiari, è quello di una struttura pubblica, cioè di un servizio di salute mentale.

Il terapeuta rivolge alcune frasi di benvenuto ai genitori. I genitori vengono rassicurati: con il permesso del figlio, alla fine del colloquio, verranno ascoltati e informati in modo accurato, dal momento che avranno un ruolo importante nel trattamento.

Inizia il colloquio con Gianni. Il giovane, durante il colloquio, riferisce di essere da un po' di tempo piuttosto triste, di avere difficoltà a ricordare le cose, di non riuscire a concentrarsi, e di aver perso l'entusiasmo che lo aveva sempre accompagnato nello svolgimento delle sue attività e dei suoi impegni, fino ad interrompere gli studi universitari. Inoltre riferisce di sentirsi spinto ad isolarsi e di aver perso, momentaneamente, gli abituali contatti con conoscenti e amici.

Il terapeuta, dopo aver rivolto alcune domande sulle condizioni fisiche, al fine di escludere eventuali patologie internistiche ed endocrine, ascolta il racconto del giovane cogliendo, nelle sue parole, una riduzione della spinta vitale e una perdita di interesse che rendono la vita del giovane particolarmente difficile e pesante.

Il terapeuta non ha difficoltà ad ipotizzare che il giovane stia soffrendo di un disturbo classificabile come un "disturbo depressivo maggiore", secondo i criteri del DSM 5, riservandosi di continuare ad ascoltare il racconto del giovane e di cogliere altri sintomi che possano essere utili alla conferma dell'ipotesi diagnostica.

Durante il colloquio, il giovane fa capire come, a volte, possa insorgere nella sua mente una ideazione suicidaria che, seppur fugace, viene considerata dal terapeuta un fattore di allarme clinico, meritevole di approfondimento nel corso dell'incontro.

Il disturbo sembra essere di insorgenza relativamente recente e questo fatto, unitamente alla

¹ Professore Emerito di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della vita e dell'ambiente, Università degli Studi dell'Aquila - Email: massimo.casacchia@cc.univaq.it

profondità della sofferenza rilevata, spinge il terapeuta ad escludere forme cliniche, cosiddette *low-grade*, più cronicizzate, come, per esempio, i disturbi distimici.

L'obiettivo ora è comprendere le radici del malessere che affondano nel passato del giovane, studiare i modi abituali e gli schemi cognitivi con cui il giovane affronta le difficoltà della vita, conoscere di più il suo contesto sociale e familiare.

Tutte queste informazioni saranno utili per impostare e condividere con il giovane un trattamento riabilitativo integrato.

Dal racconto del passato, vissuto in un paese straniero con la famiglia, il terapeuta annota un episodio, che viene riferito con accuratezza e sofferenza dall'utente, che riporta il profondo stato di frustrazione vissuto a causa del comportamento offensivo e denigratorio di alcune compagne di scuola.

Inoltre il giovane si sofferma su quanto fosse stato sempre difficile per lui accettare la propria immagine corporea, tanto da provare, in ogni modo, a migliorare il suo aspetto, per esempio, andando assiduamente in palestra.

Al suo ritorno in Italia con la famiglia, pur avendo riallacciato i rapporti con i suoi vecchi amici, riferisce di aver vissuto un periodo di forte insicurezza, di chiusura e di disorientamento, per lui difficile da capire e spiegare. Il giovane riferisce un episodio per lui significativo, che ha riguardato l'incontro con un ragazzo con cui stabilisce una relazione affettiva. Successivamente la storia con questo ragazzo si interrompe bruscamente rappresentando per lui un trauma ancora non risolto.

Il terapeuta comunica al giovane la sua intenzione di sottoporlo ad alcuni test molto semplici che saranno utili a valutare l'intensità della sua depressione, nonché l'eventuale presenza di altre dimensioni psicopatologiche, come, per esempio, la sospettosità, la difficoltà relazionale e l'ansia, possibili indicatori di una condizione di vulnerabilità del giovane di fronte ad eventi di vita negativi.

Il giovane compila la scala ***Symptom Check List 90*** (SCL 90, De Rogatis *et al.*, 1976), test di screening utile a valutare un ampio spettro di problemi psicologici e psicopatologici, quali depressione, somatizzazione, ansia, aggressività, ostilità e impulsività; il questionario ***Patient Health Questionnaire 9*** (PHQ9, Spitzer *et al.*, 1999), breve strumento autosomministrato sviluppato specificatamente per l'utilizzo nelle cure primarie ed utilizzato per lo screening, la diagnosi e la sorveglianza della gravità della depressione; la scala ***Beck Depression Inventory*** (BDI, Beck, 1967), un test *self-rating* utile a valutare la sintomatologia depressiva e il livello di gravità.

In questi ultimi anni la ricerca scientifica ha dimostrato l'importanza delle cosiddette risorse personali, identificate come "mediatori", che sembrano rivestire un ruolo importante nello

sviluppo e nel mantenimento delle patologie mentali. Tra questi mediatori si annoverano l'autostima, lo stile di *coping* e l'atteggiamento dell'utente nei riguardi dell'attuale disturbo.

Il giovane viene invitato a compilare tre semplici strumenti: la scala *Self Esteem Rating Scale* (SERS, Nugent & Thomas, 1993) utile alla valutazione dell'autostima e delle sue dimensioni; la scala *Brief Cope* (Carver *et al.* , 1997) per valutare le strategie di *coping* o fronteggiamento degli eventi stressanti; il *Recovery Style Questionnaire* (RSQ, Poloni *et al.* , 2010) per valutare lo stile di *recovery* personale, ossia quel percorso individuale ed unico del soggetto che rivendica di poter riprendere le redini della sua vita, riconquistare la fiducia e speranza di cambiamento e raggiungere i suoi obiettivi personali. Discutere e approfondire questi aspetti permettono al terapeuta di allargare l'orizzonte da un ambito squisitamente clinico ad un ambito più personologico, con notevole soddisfazione dell'utente.

Dopo aver instaurato un rapporto di collaborazione con l'utente, il terapeuta ritorna ad approfondire, con domande di chiarimento sintetiche ed efficaci per sondare l'intenzionalità suicidaria, quale: *“Secondo lei, la vita vale la pena di essere vissuta?”*

Se la risposta è negativa, il terapeuta approfondisce l'argomento con domande sempre più precise, al fine di valutare la volontà suicidaria, focalizzando l'attenzione su ogni particolare che possa rappresentare un possibile fattore di rischio di suicidio imminente.

Dopo aver discusso e familiarizzato con l'utente, il terapeuta parla con i genitori.

Dopo aver ottenuto il consenso da parte del figlio, il terapeuta li fa entrare, li mette a loro agio, li ascolta e percepisce in loro una notevole dose di ansia e preoccupazione, non solo per la salute di Gianni, ma anche per quella dell'altro figlio, affetto, sulla base di quanto riferiscono, da un disturbo bipolare.

Il colloquio con i genitori si rivela piuttosto importante ed interessante, in quanto mette in evidenza un atteggiamento estremamente polemico ed ostile, soprattutto della madre nei riguardi di entrambi i figli.

Il terapeuta prende atto delle dinamiche relazionali familiari, incoraggiando i membri della famiglia ad assumere un atteggiamento più collaborativo, a sentirsi parte della *“squadra di cura”* .

Viene prescritta una terapia psicofarmacologica, con un antidepressivo serotoninergico, che viene illustrata all'utente ed ai suoi familiari.

Si concorda un appuntamento con ognuno dei due genitori nei giorni successivi al primo incontro con l'utente. I familiari vengono invitati a compilare un test molto utile a valutare il clima familiare e il modo con cui i singoli membri si relazionano e comunicano tra di loro, il **Questionario sul funzionamento familiare** (QBF, Roncone *et al.* , 2007) ed un questionario sul carico assistenziale (**Questionario sui Problemi Familiari** , PF, Morosini *et al.* , 2003).

Ognuno di loro, individualmente, viene intervistato, con una **breve intervista clinica semi-strutturata**, per indagare le loro condizioni fisiche e psichiche, quanto sanno del disturbo del loro congiunto, il livello di stress dell'ambiente familiare e verificare la qualità della loro vita. Ad ognuno dei genitori viene suggerito di identificare e lavorare per un piccolo obiettivo individuale nella vita quotidiana (a breve termine 3-6 mesi), che possa aiutarli a distrarsi dalle loro preoccupazioni ed a portare avanti i loro interessi e passatemi.

Al termine dell'incontro, viene programmato un secondo incontro con il terapeuta e i successivi incontri con i tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Nel secondo incontro con l'utente, il terapeuta condividerà un progetto terapeutico con utente e familiari.

L'intervento che il tecnico della riabilitazione psichiatrica condurrà con i familiari è un intervento secondo il modello psicoeducativo integrato di Falloon (Falloon, 1999, 2003; Roncone *et al.*, 2002).

Lo scopo dell'intervento è quello di dotare la famiglia di una serie di conoscenze che permetta a tutti i membri di incrementare la comprensione della malattia, incrementare l'aderenza terapeutica, essere capaci di utilizzare strategie efficaci per affrontare il disturbo, migliorare le loro capacità di comunicare costruttivamente e risolvere insieme i problemi.

Il tecnico, pertanto, stabilirà degli incontri a cadenza settimanale, con tutti i membri della famiglia per:

- Valutare i punti di forza e dei lati deboli del nucleo familiare e definire degli obiettivi per ciascun membro e della famiglia nel suo insieme;
- Fornire informazioni approfondite sul disturbo depressivo e sul trattamento: cos'è la depressione, quali sono le cause d'insorgenza, il decorso e la prognosi, con quali farmaci si cura, quali sono i possibili effetti collaterali, quali sono rischi associati all'interruzione del trattamento
- Insegnare ai membri della famiglia abilità di comunicazione efficaci e di ascolto attivo
- Insegnare un metodo strutturato di soluzione dei problemi
- Insegnare l'uso di strategie specifiche per rispondere ad esigenze particolari (ad esempio la difficoltà ad assumere i farmaci)
- Insegnare a identificare i segni precoci di crisi per poterne bloccare tempestivamente lo sviluppo.

In questo modo tutti i familiari aumenteranno le proprie competenze sul disturbo depressivo

del figlio, assumeranno un ruolo attivo nella gestione del disturbo, ridurranno le proprie preoccupazioni e saranno in grado di individuare i segni precoci di crisi o ricadute.

Il terapeuta, considerato che gli strumenti psicometrici somministrati hanno evidenziato una bassa autostima per il giovane, una tendenza alla chiusura e un'ideazione particolarmente pessimistica, consiglia a Gianni di partecipare ad un approccio cognitivo–comportamentale di gruppo per la depressione, manualizzato (Morosini *et al.*, 2011; Leveni *et al.*, 2014); questo trattamento, gestito dagli psicologi, potrebbe aiutarlo a migliorare il rapporto con se stesso e ad aumentare l'autostima, correggendo i propri pensieri disfunzionali.

Il terapeuta conviene con il ragazzo e la sua famiglia che l'approccio clinico non approfondisce gli aspetti eziopatologici del disturbo e che gli incontri sono orientati alla gestione dei problemi, dei comportamenti e dei pensieri disfunzionali, in una prospettiva finalizzata a raggiungere obiettivi realistici.

Il coinvolgimento dei familiari rappresenta un punto di forza dell'intervento clinico integrato che esige l'integrazione di saperi e competenze diversi.

Il presente caso clinico spinge il terapeuta a rammaricarsi del fatto che, come avviene spesso per la depressione nei giovani, la diagnosi è stata tardiva.

Quest'ultimo fenomeno potrebbe essere limitato attraverso l'applicazione da parte degli operatori di tutta l'equipe, che opera all'interno di un Servizio di Salute Mentale, di strumenti e strategie utili all'identificazione precoce (US Preventive Services Task Force, 2009, Rotenstein *et al.*, 2016; Azad *et al.*, 2017).

La diagnosi precoce permetterebbe di intervenire tempestivamente nei giovani con trattamenti non farmacologici cognitivo-comportamentali (CBT) (Giusti *et al.*, 2017; Bowes *et al.*, 2015; Guille *et al.*, 2015) e, più recenti, quelli basati sulla *Mindfulness* (Grossman *et al.*, 2004, Kuyken *et al.*, 2017). Questi interventi potrebbero svolgere un ruolo chiave nel migliorare tempestivamente il decorso clinico che spesso, può portare il giovane ad assumere comportamenti di dipendenze multiple e a comportamenti di auto-soppressione.

BIBLIOGRAFIA

- Azad N., Shahid A., Abbas N., Shaheen A., Munir N. (2017). Anxiety and depression in medical students of a private medical college. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 29 (1): 123-127.
- Beck A.T. (1967). *Depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bowes L., Carnegie R., Pearson R., Mars B., Biddle L., Maughan B., Lewis G., Fernyhough C., Heron J. (2015). Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: a longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2 (9): 793-800.

- Carver C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med* 4 (1): 92-100.
- Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Giusti L., Ussorio D., Salza A., Malavolta M., Aggio A., Bianchini V., Casacchia M., Roncone R. (2017). Preliminary study of effects on paranoia ideation and jumping to conclusions in the context of group treatment of anxiety disorders in young people. *Early Interv Psychiatry* 1-9.
- Guille C., Zhao Z., Krystal J., Nichols B., Brady K., Sen S. (2015). Web-based cognitive behavioral therapy intervention for the prevention of suicidal ideation in medical interns: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 72 (12): 1192-1198.
- Kuyken W., Nuthall E., Byford S., Crane C., Dalgleish T., Ford T., Greenberg M.T., Ukoumunne O.C., Viner R.M., Williams J.M.G.; MYRIAD team (2017). The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 18 (1): 194.
- Falloon I.R. (1993). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*. Trento: Centro Studi Erickson.
- Falloon I.R. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*. Feb; 2 (1): 20-8.
- Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res*, 57 (1): pp. 35-43.
- Leveni D., Michielin P., Piacentini D. (2014). *Superare la depressione. Un programma di terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Morosini P., Piacentini D., Leveni D., McDonald G., Michielin P. (2004). *La depressione. Che cosa è e come superarla. Manuale di psicoterapia cognitivo-comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per i suoi familiari*. Roma: Avverbi.
- Morosini P. (2013). Strumenti per la diagnosi autocompilati da pazienti e familiari. In Andrews G., Hunt C., Jarry M., Morosini P., Roncone R., Tibaldi (Eds). *Disturbi mentali. Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Nugent W.R., Thomas J.W. (1993). Validation of a Clinical Measure of Self-Esteem. *Research on social work practice*. Vol 3, Issue 2.
- Poloni N., Callegari C., Buzzi A., Aletti F., Baranzini F., Vecchi F., Vender S. (2010). [The Italian version of ISOS and RSQ, two suitable scales for investigating recovery style from psychosis]. *Epidemiol Psichiatr Soc*. Oct-Dec; 19 (4): 352-9.
- Roncone R., Mazza M., Ussorio D., Pollice R., Falloon I.R., Morosini P., Casacchia M. (2007). The questionnaire of family functioning: a preliminary validation of a standardized instrument to evaluate psychoeducational family treatments. *Community mental health journal*, 43 (6), 591-607.
- Roncone R., Morosini P., Falloon I., Casacchia M. (2002). Family intervention in schizophrenia in Italian mental health services. In Kashima H., Falloon I., Mizuno M., Asai M. (eds) *Comprehensive treatment of schizophrenia. Linking neurobehavioral findings to psychosocial approaches*. 284-289. Tokyo: Springer.
- Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M., Segal J.B., Peluso M.J., Guille C., Sen S., Mata D.A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. *JAMA* 316 (21): 2214-2236.
- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 282, 1737 - 1744.

US Preventive Services Task Force (2009). Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics*, 123 (4).

UN CASO CLINICO DA CINQUE PROSPETTIVE: L'APPROCCIO ROGERSIANO

Laura Caetani¹

Introduzione

È sempre interessante ed arricchente confrontare gli aspetti che differenziano gli Approcci. È analizzare simiglianze e differenze: è un momento di riflessione che unisce teoria e trattamento nelle diverse prospettive accomunate dalla ricerca del benessere del cliente.

Il concetto di benessere è direttamente legato al significato che viene attribuito al sintomo. Qui sorgono le prime domande che evidenziano le differenze:

- Il terapeuta deve essere centrato sulla persona o focalizzato sul sintomo?
- Deve basarsi su una diagnosi o guardare al caso in un'ottica evolutiva focalizzandosi sulla dimensione relazionale?

Il primo aspetto che identifica la Terapia Centrata sul Cliente è non fare diagnosi. La diagnosi può risultare riduttiva, può rischiare di diventare un percorso già segnato, che ci relaziona al sintomo piuttosto che alla storia personale del cliente.

Guardare alla persona al di fuori della lente della diagnosi permette di ascoltare con la mente e "sentire" con il cuore il racconto che ci viene fatto, ma, soprattutto, permette di focalizzarsi sulla salute, piuttosto che sulla malattia. Permette al terapeuta e al cliente di dare senso e significato a quel percorso di sofferenza che altrimenti andrebbe perduto. È un tipo di linguaggio, un modo di relazionarsi o non relazionarsi che, seppur nella sua rigidità, ha una sua specifica funzione comunicativa. È la strada che permette, anche se con difficoltà, di sintonizzarsi e di illuminare il proprio mondo. E questo genera *empowerment*.

La relazione, in questo processo di contatto profondo, diventa un elemento facilitante che permette, nel rebus interiore vissuto dal cliente, di cogliere l'accettazione e la comprensione empatica, e di sperimentare un clima facilitante che gli consenta di concentrarsi e riflettere su sé come mai gli è avvenuto, di essere lui il centro delle sue riflessioni e dei suoi pensieri e non gli altri con le loro richieste.

E qui siamo entrati in un altro punto focale dell'Approccio Centrato sulla Persona: la fiducia nell'essere umano, che si esplica, attraverso l'alleanza terapeutica, nella fiducia del terapeuta

¹ Psicoterapeuta rogersiana, mediatrice familiare, docente nei Corsi Quadriennali di Specializzazione dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona, didatta e supervisore in Video Intervention Therapy per l'Istituto Sviluppo e Interazione George Downing - Email: lc2002@fastwebnet.it

nelle possibilità di cambiamento del cliente. Rogers sostiene già nel 1980 che le persone hanno in sé ampie risorse per autocomprendersi, per modificare il concetto di sé, per modificare i comportamenti di base e gli orientamenti comportamentali. Egli asserisce che il cliente è il miglior esperto di se stesso (Rogers, 1980).

L'obiettivo è, quindi, non intervenire sui comportamenti, come avviene quando si parla di diagnosi e cura, ma sul processo, perché è importante che il cliente riconosca i propri bisogni per consapevolizzare le modalità relazionali che mette in atto in funzione di una risposta più o meno adeguata.

Analisi del caso

Gianni ha 21 anni e viene in terapia sollecitato dai genitori preoccupati da una situazione di crisi che il figlio sta vivendo. Nel primo colloquio riesce ad esplicitare i temi che lo preoccupano, primo fra tutti il rivelare la sua omosessualità ai genitori.

Altro tema ancora più grande risulta essere la fine di un rapporto affettivo che lo ha lasciato deluso, triste e solo. Per alleviare questo stato d'animo si trova a navigare su internet alla ricerca di notizie strane ed improbabili. Tutto questo lo allontana dalla concentrazione necessaria allo studio. Già qui emergono punti cruciali:

- Dichiarare la propria omosessualità;
- Delusione, solitudine e tristezza per la fine del rapporto omosessuale, che, vedremo nei successivi colloqui, ha avuto aspetti di svincolo difficili e traumatici. Malgrado ciò Gianni riesce a chiudere;
- La modalità che pone in atto di fronte alle difficoltà è l'evitamento: l'effetto è l'isolamento.

Ciò che risulta immediatamente evidente è che la depressione che lo ha condotto in terapia sembrerebbe essere un momento reattivo legato ad esperienze difficili da gestire e da integrare. Dichiarare la propria omosessualità non è certamente facile e l'accettazione di questo aspetto di sé non è così scontata: sarà da esplorare insieme a Gianni.

Ci sono altri punti da tenere presente: Gianni riesce a chiudere, anche se con difficoltà, un rapporto su cui aveva molto investito affettivamente e che si era rivelato, a suo dire, un incubo. Dimostra in questo frangente di avere risorse che sa mettere in atto. Questa conclusione, però, gli lascia un senso di delusione, dolore e tristezza, soprattutto perché insieme alla fine di un amore vive la fine di un sogno. Questo stato d'animo non gli consente di avere la concentrazione necessaria allo studio, per cui trascorre il suo tempo navigando in internet. Questo suo allontanarsi ed isolarsi gli crea difficoltà nel quotidiano.

Il successivo colloquio con i genitori aiuta la comprensione del clima familiare: da una parte ci mostra la loro disponibilità, ma insieme siamo testimoni dei timori che minano la fiducia ed impediscono il "vedere" la vicenda di questo figlio in un'ottica evolutiva di ricerca della propria identità ed autonomia. La preoccupazione ha la meglio sul sostegno: il risultato è che le storie dei genitori e dei figli si mescolano e si intersecano a vari livelli, creando rimpianti, rimproveri e confusioni di responsabilità che non aiutano Gianni ad intraprendere un percorso di svincolo adeguato all'età, né i genitori a sostenerlo ed appoggiarlo in questa strada.

Va detto che nell'Approccio Centrato sulla Persona non ci sarebbe stato un colloquio diretto con i genitori proprio perché è il cliente, se adulto, a definire e narrare la sua esperienza nel modo in cui la legge e le dà significato. Sarebbe stato il cliente stesso ad offrire al terapeuta l'anamnesi familiare. Questo colloquio, comunque, permette in modo diretto ed immediato di conoscere la storia della famiglia, e di avere la lettura degli avvenimenti dal punto di vista genitoriale ed il loro coinvolgimento emotivo. La madre monopolizza la conversazione. Dal suo racconto emerge che tutta la famiglia ha dovuto affrontare continui spostamenti a causa della carriera militare del marito. Questo tipo di vita ha necessariamente imposto continui adattamenti e riadattamenti a tutti, soprattutto ai figli. Da qui il suo senso di colpa per non aver saputo identificare i loro problemi, presa dal trambusto dei continui spostamenti. È preoccupata per Gianni sia per il momento di stallo nello studio, sia per i rischi che possono comportare le sue frequentazioni omosessuali, dal momento che ha colto telefonate a suo dire preoccupanti, ma è convinta che comunque il figlio ce la farà a risolvere il suo momento di difficoltà, in quanto, fin da piccolo, è sempre stato pieno di risorse ed ha sempre mostrato notevoli capacità di adattamento. Parla, invece, con preoccupazione della patologia del figlio maggiore diagnosticata come disturbo bipolare che le fa ipotizzare che Gianni possa diventare, nel tempo, tutore del fratello. La sua preoccupazione è sostenuta dai casi di patologie mentali gravi che sono presenti nella sua famiglia. È consapevole di soffrire di scoppi d'ira violentissimi che la portano a frequenti litigi soprattutto con il figlio maggiore, che ora non vive più in casa, mentre il marito non sembra essere troppo toccato dalle sue esplosioni. Da quando è rimasto solo, è Gianni a subire maggiormente questi aspetti del carattere materno.

A tale racconto viene spontaneo riflettere su come Gianni viva le aspettative che sembrano incombere su di lui.

- Si sente visto?
- Ci sono costrutti personali in base ai quali valuta tutto questo?

Nella Terapia Centrata sul Cliente l'esplorazione dei costrutti personali è centrale nell'atteggiamento di comprensione empatica dello schema di riferimento interno del cliente. I costrutti sono "esperienze congelate" attraverso le quali esperiamo noi e il mondo esterno. È attraverso i costrutti che l'individuo vede, interpreta e valuta se stesso, gli altri e la realtà. Se il

terapeuta sarà in grado di osservarli, ascoltarli e comprenderli dal punto di vista del cliente potrà facilitare il processo di contatto e di cambiamento.

Nei successivi colloqui emergono altri momenti che si riveleranno cruciali nella storia di Gianni: racconta di un trauma vissuto alle elementari frequentate negli Stati Uniti, dove aveva una compagna di scuola che organizzava "fidanzamenti e matrimoni" che poi troncava bruscamente. Questa bambina per un certo periodo di tempo lo aveva condotto nel bagno della scuola per dargli tanti baci, ma dopo un po' gli disse che tutto era finito. La stessa bambina raccontò poi tutta la storia alle amichette che dettero tutte un giudizio negativo su di lui. Soffrì molto per questo, tanto da ricordarlo come un episodio per lui traumatico. È una parte importante da tenere presente, non tanto per i contenuti, quanto per il significato che Gianni attribuisce a quell'episodio e per le conseguenze che ne sono derivate.

Sembra aver avuto inizio qui quel processo di evitamento di situazioni dolorose che vedremo accompagnarlo nel suo percorso evolutivo. Egli racconta di aver imparato a creare una barriera nei confronti di situazioni dolorose, e, successivamente, di evitare rapporti profondi con le ragazze per non essere ferito. Si delinea l'inizio di quel processo che lo porterà ad idealizzare i rapporti omosessuali come meno violenti, come affermerà più tardi. Possiamo quindi capire la profondità della delusione, della tristezza e del dolore che impatterà sul giovane quando dovrà affrontare la fine di un rapporto che lo aveva aperto nuovamente alla fiducia.

Sono punti importanti perché dal suo racconto emergono sia la sua delicata sensibilità che le sue modalità di difesa. Due aspetti che suggeriscono al terapeuta di procedere con delicatezza e rispetto. Gianni parlerà delle aspettative che nutriva al suo rientro in Italia, dei suoi progetti, che sembrano naufragare di fronte alle difficoltà di inserimento in un ambiente che aveva lasciato tanti anni prima e che non sente più come "casa sua". Le capacità adattive che sono state il punto di forza nel suo percorso evolutivo sembrano ora venir meno, malgrado egli cerchi il contatto con i compagni di scuola di un periodo ormai lontano. Il suo mondo interiore sembra appiattirsi e Gianni lamenta di non provare più emozioni.

Questo rientro nell'ambiente italiano si presenta più difficile del previsto, malgrado Gianni avesse cercato di crearsi delle opportunità. Ci sono aspetti importanti qui da evidenziare: punti di forza e punti di debolezza. Gianni mostra di avere risorse: contatta i compagni, fa progetti da realizzare. È un punto importante da sostenere, approfondire ed esplorare cercando di riflettere su cosa può aver funzionato e cosa no.

- L'appiattimento emotivo come è vissuto da lui?
- Che significato gli attribuisce?
- Com'è per lui?

È importante guardare sia alle emozioni che al non provare emozioni. Indicano la presenza di

vissuti non simbolizzati? Questo è un punto rilevante nel cammino verso la consapevolezza. È pensare di iniziare un percorso di comprensione finalizzato ad ampliare il sé percepito attraverso aspetti interattivi di empatia, di confronto e di feedback che, in un clima di accettazione della persona da una parte, e di congruenza e trasparenza da parte del terapeuta, creano nella relazione quel clima facilitante e non giudicante che permette alla persona di centrarsi su sé.

Il punto cruciale è la relazione che si co-costruisce, perché è la relazione che facilita il processo, che permette un contatto profondo, dove si sperimenta l'accettazione, la comprensione empatica e l'autenticità (che Rogers chiama "congruenza"). È questo tipo di relazione che promuove autocomprensione, autoconsapevolezza ed autoregolazione, creando una migliore relazione con se stessi, con il proprio vissuto emotivo, con gli altri e con il mondo. È nell'esperienza di una relazione paritetica ed accettante che il cliente attiva la sua capacità di conoscenza di sé e la sua possibilità di cambiamento. Alla base c'è la fiducia nell'attivazione di un processo nel quale il cliente sia in grado di sviluppare una capacità di esplorare soluzioni possibili ai problemi che incontra. Questo è un aspetto che Gianni sembra già possedere in qualche misura, e che dobbiamo tenere in conto come risorsa che già è in parte in grado di attuare indipendentemente dai risultati ottenuti.

Proseguendo nel suo racconto, Gianni narra di un episodio avvenuto la notte di un Capodanno, in cui, in un tendone gay, un ragazzo lo bacia. Quel bacio lo emoziona e riattiva il suo mondo emotivo. Gianni si apre a questa nuova esperienza e comincia ad esplorare questo mondo finora sconosciuto. Nascerà un amore che lo coinvolge e lo emoziona. Sembra avverarsi un sogno. Purtroppo però, questa bella storia mostrerà il suo risvolto peggiore, quando un terzo uomo si inserirà con temi difficili e ricattatori. Gianni non entra facilmente nei particolari, anzi sembra quasi reticente, ma racconta che riesce, anche se con molta difficoltà, a chiudere questo rapporto.

A casa, come al solito, la vita non è facile: deve contenere le sfuriate materne ed insieme trovare l'energia per gestire il dolore, la delusione e la tristezza generate dalla fine di una relazione in cui aveva creduto ed investito, idealizzandola come meno violenta dei rapporti eterosessuali. Ospita un'amica che ha problemi con il padre. Tale ospitalità ha per lui la doppia funzione di sostenere l'amica e di intrattenere la madre con questa nuova compagnia. Infatti da quando il fratello non abita più in casa è lui l'oggetto della collera della madre. Alla delusione affettiva si aggiungono i sentimenti negativi che derivano da questa situazione. In questo clima la motivazione allo studio e la capacità di frequentare lezioni e laboratori diminuiscono creandogli sensi di colpa che non lo aiutano certo a superare gli ostacoli. È su questo che Gianni riflette, sulla sua scontentezza, sulla sua rabbia verso gli amici, sulle scenate della madre: anche le cose più semplici come l'amore, lo studio, la tranquillità diventano per lui sogni irraggiungibili!

Ed è a questo punto che accetta di affrontare un percorso terapeutico.

Secondo l'Approccio Rogersiano l'essere umano ha la capacità latente di comprendersi da solo e di avere le risorse per risolvere i propri problemi in modo sufficientemente efficace per un adeguato funzionamento. Ne risulta, quindi, che ogni individuo ha la capacità di indirizzare la propria vita in modo che sia personalmente soddisfacente e socialmente costruttiva. È una capacità che fa parte del patrimonio naturale di ognuno, ma che richiede un clima interpersonale capace di sensibilità, non critico, non svalutante, nè minaccioso perché possa attualizzarsi. È una capacità che, per essere esercitata, richiede un contesto interattivo positivo, che favorisca il senso di sicurezza di cui il soggetto ha bisogno. Questo concetto è oggi ampliato e approfondito dall'*Infant Research*, dalla Teoria dell'Attaccamento, ed in generale da tutta la ricerca sullo sviluppo infantile. Ne deriva, quindi, che la relazione è il punto focale. Per questo diventa estremamente importante la relazione che viene co-creata nel percorso terapeutico. E nella relazione, che è parte fondante e curativa dell'Approccio, saprà il terapeuta accettare la persona in tutti gli aspetti che presenta? Potrà accettare il cliente così com'è e comunicargli questo atteggiamento? O potrà accettare solo alcuni aspetti dei suoi sentimenti disapprovandone altri?

Nel percorso evolutivo di Gianni ci sono stati vari momenti relazionali difficili da elaborare, in cui sembrerebbe essere mancato un sostegno adeguato. La violenza verbale della madre, i rapporti con le compagne di scuola, la ricerca del suo orientamento sessuale, sono aspetti difficili ed impegnativi su cui riflettere e a cui dare il senso e il giusto posto nella crescita. Vediamo che Gianni è in grado di dare risposte adattive: questa è la sua risorsa più evidente e più utilizzata. Adattarsi, però, nella sua esperienza di vita, rischia di tramutarsi in sopportazione, non in elaborazione: per cui diventa importante e necessario in un percorso terapeutico creare un clima facilitante ed accettante che aiuti a riflettere e contrarsi su sé per entrare in un contatto più profondo con aspetti emotivi che il suo percorso esperienziale così intenso e duro ha appiattito e allontanato per difendersi dalla sofferenza. La modalità adattiva assunta da Gianni, ancora oggi permette alla madre di pensare che ce la farà: egli ha sempre messo in campo risorse personali senza troppo "pesare" sull'andamento familiare.

Questa convinzione materna racconta di quanto e come lei sia poco in grado di riflettere su cosa muova i comportamenti dei figli. La sua funzione riflessiva sembra essere oscurata sia dai momenti di rabbia che dalla profonda preoccupazione, che esprime nei confronti del figlio maggiore, che ha, come ha detto, una diagnosi di disturbo bipolare. Possiamo, quindi, capire la sua paura per la diagnosi e per le difficoltà che lui ha dimostrato e dimostra sempre più sia nei rapporti che nel lavoro, ma vediamo che questo dramma le permette di avere solo in parte attenzione per Gianni: la sensazione di solitudine che lui sente profonda ha veramente motivo di essere. Ma Gianni è a conoscenza della ventilata ipotesi di diventare in futuro tutore del

fratello? Se lo è, come vive Gianni questa responsabilità? Quanto sente di poter essere padrone della propria vita? Quanto questo eventuale vincolo lo fa sentire impotente?

Con il peso di tutte queste responsabilità forse può avere un senso l'idea di avere poca voglia di vivere. Certamente la sua poca voglia di vivere è un aspetto da indagare, ma così come viene espressa sembrerebbe un aspetto di solitudine e di sofferenza esistenziale, legato ad un momento in cui tutto l'orizzonte personale e relazionale sembra essere chiuso ed opprimente.

La spinta ad interagire socialmente c'è, ma c'è anche la difficoltà di trovare un modo ed una strada per condividere il suo pesante fardello senza preoccupare nessuno, per poter guardare dentro di sé liberamente senza preoccuparsi troppo di prendersi cura e "gestire" gli umori materni, le difficoltà con gli amici, per vivere il subbuglio di sentimenti per un amore malamente finito, e potersi permettere di non avere l'attenzione e la concentrazione da dare allo studio.

Direi che in questo momento Gianni vive un ingorgo emotivo il cui effetto è, da una parte, l'appiattimento che lamenta, dall'altro il senso di perdita, di solitudine, di rabbia, che rende la vita poco piacevole da vivere.

Vedere il caso di Gianni da una prospettiva relazionale mostra un percorso evolutivo volto a far fronte alle difficoltà incontrate ed affrontate senza una base sicura in cui trovare conforto, accettazione e sostegno. Sembrerebbe un figlio che ha imparato presto a non pesare, impegnandosi a contenere e pacificare le scenate tra madre e fratello. Ha imparato a prendersi cura della madre e ad evitare la sua ira. È un figlio adultizzato, che ha imparato a dare sostegno, ma che ha anche imparato a lasciare da parte se stesso. Ha imparato a cavarsela da solo e a trovare un piccolo spazio di tranquillità attraverso l'adattamento.

È importante assumere un'ottica evolutiva: consente di avere chiari gli aspetti relazionali che hanno influenzato lo sviluppo di Gianni e la visione che i genitori hanno di lui e del fratello. Avere a disposizione un colloquio con loro permette di verificare quanto siano in grado di fornire una sorta di "fotografia" emotivamente complessa di entrambi i figli, di avere la capacità di aggiornare le rappresentazioni che hanno di loro e se sanno comprendere le motivazioni ed i bisogni emotivi sottostanti ai comportamenti che mettono in atto. Consente di avere una più chiara idea del clima familiare in cui sono cresciuti e di come il comportamento dei due fratelli possa aver influenzato le risposte genitoriali.

La capacità di adattamento di Gianni ha fatto sì che poco ci si preoccupasse di lui, convinti che comunque ce l'avrebbe fatta, mentre l'attenzione, intesa prevalentemente come preoccupazione, si è incentrata sul figlio maggiore e sulla sua patologia. Risulta evidente la carenza di supporto relazionale familiare, anche per stessa ammissione della madre durante il colloquio. È una madre molto preoccupata e poco avveza a cercare di capire gli aspetti

sottostanti i comportamenti filiali; è spaventata dalla patologia diagnosticata al figlio maggiore e dalle patologie mentali presenti nella sua famiglia. Sono aspetti che indicano le poche risorse di mentalizzazione che ha a disposizione per "essere con" i figli.

Conclusione

Abbiamo visto nell'analisi del caso e, successivamente, nell'impostazione del trattamento che l'Approccio Centrato sulla Persona, Terapia Centrata sul Cliente risulta concentrarsi sugli aspetti evolutivi e relazionali, piuttosto che sulla diagnosi. In questo processo è la relazione a creare un clima facilitante in cui il cliente può sperimentare l'accettazione incondizionata, l'empatia e la congruenza, condizioni che promuovono autoconsapevolezza, autocomprensione, ed autoregolazione. È in tal senso che il terapeuta non fornirà alcuna interpretazione, perché il cliente conosce la propria situazione personale meglio di chiunque altro e, per usare le parole di Rogers, è il miglior esperto di se stesso.

È il lavoro sui costrutti che apre le porte a come il cliente legge se stesso, gli altri e il mondo. Sarà lui a guidarci nella sua cornice di riferimento, non la nostra interpretazione.

Un altro punto importante è fare attenzione alle emozioni: alla capacità di simbolizzazione e alla necessità di lavorare sull'integrazione dei vissuti non simbolizzati. Questo processo, finalizzato all'allargamento del Sé percepito attraverso l'empatia, il confronto ed il feedback, implica il rispetto delle difese del cliente. Entrare empaticamente nel mondo dei sentimenti e dei significati personali dell'altro, comprendere il mondo interno del cliente dal suo punto di vista, vedendolo secondo i suoi occhi, muoversi in questo mondo senza calpestare significati preziosi per lui, lasciarlo libero di esplorare, dare parola, inquadrare il proprio mondo interiore troppo spesso tenuto chiuso, inespresso e, a volte, anche squalificato è mettere in condizione di sperimentare un rispetto che i nostri clienti non hanno vissuto.

È dare dignità alla loro storia, è permettere di scoprire come hanno funzionato e funzionano, è permettere di autoregolarsi e di sperimentare nuove possibili strade alla luce della nuova conoscenza di sé e del proprio funzionamento (Rogers, 1980). È permettere di autocentrarsi nella conoscenza di sé e del mondo.

Mi piace concludere con una frase di Rogers: "Apportiamo un aiuto profondo solo quando nella relazione rischiamo noi stessi come persone, quando sperimentiamo l'altro come persona con i suoi diritti. Solo allora ha luogo un incontro ad una profondità tale da dissolvere il dolore della solitudine in entrambi, nel cliente come nel terapeuta" (Rogers, 1980).

BIBLIOGRAFIA

- Oppenheim D., Goldsmith D. F. (2007). *Attachment Theory in Clinical Work with Children. Bridging the Gap between Research and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Oppenheim D., F. Goldsmith F. (2010). *La Teoria dell'Attaccamento nel lavoro clinico con i bambini*. Roma: Borla.
- Petrini P. Zucconi A. (2008). *La Relazione che cura*. Roma: Alpes Italia.
- Rogers C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin (trad. it. *La Terapia Centrata sul Cliente*, 1970. Firenze: Martinelli).
- Rogers C.R. e Kinget M. (1965-66). *Psychotherapy et relations humaines. Théorie et pratique de la thérapie non-direttive*. Louvain: Editions Nauwelaerts (trad. it. *Psicoterapia e Relazioni Umane*, 1970. Torino: Bollati Boringhieri).
- Rogers C.R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin (trad. it. *Un Modo di Essere*, 1993. Firenze: Martinelli).
- Stern D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life* (trad. it. *Il Momento Presente in Psicoterapia e nella Vita Quotidiana*, 2005. Milano: Raffaello Cortina).

QUALE PROCESSO MUTATIVO PER GIANNI (APPROCCIO PSICODINAMICO)

Sara Acampora¹

Quando ci troviamo di fronte ad una richiesta di aiuto ci troviamo di fronte ad una situazione di crisi. Chi chiede aiuto non riesce più a ripristinare quell'equilibrio che fino a quel momento era riuscito a mantenere. Significa cioè che le difese che egli è abituato a mettere in atto non sono più funzionali. Tutti noi infatti viviamo in un costante equilibrio tra biologico, psichico e sociale. Per mantenere tale equilibrio che ci permette di vivere, instaurare rapporti, lavorare, eccetera, dobbiamo inevitabilmente tacere quelle parti di noi che sono in conflitto con tale equilibrio, mettendo in atto dei meccanismi di difesa che sono propri e diversi da persona a persona.

Quando avviene un cambiamento nel mondo fisico, intrapsichico o relazionale questo meccanismo di equilibrio si rompe. Non potendo più utilizzare le difese abituali il paziente deve riorganizzarsi, ma non sempre riesce con le sue risorse. Ha bisogno di qualcuno che lo aiuti a superare il momento di blocco. La domanda che si nasconde dietro alla richiesta di psicoterapia è quella di ripristinare l'equilibrio precedente. Anche se per fare ciò bisogna che avvenga un ulteriore cambiamento.

Secondo il modello psicoanalitico del PPM (Processo Psicoanalitico Mutativo) tale cambiamento avviene analizzando l'appoggio oggettuale che il paziente stabilisce o tenta di stabilire con lo psicoterapeuta. Il tipo di relazione che si viene a instaurare tra paziente e psicoterapeuta è un tentativo, infatti, di ritornare all'equilibrio perso, "appoggiandosi" proprio al terapeuta il quale ha nella nuova relazione lo strumento per indurre un cambiamento. È infatti grazie all'analisi di questa relazione che possiamo capire il tipo di relazione che il paziente stabilisce col mondo.

Tutto ciò sin dal primo contatto.

Leggendo il caso di Gianni la prima cosa che mi sono chiesta è stata: di chi è la richiesta d'aiuto? Perché dalle prime righe di descrizione del caso clinico sembra già evidente che la domanda non nasce da Gianni, ma dai genitori, o meglio dalla madre. È lei che fa la prima telefonata. Questo ci fa pensare che il problema non sia di Gianni, o per lo meno non solo, ma coinvolga tutta la famiglia, di sicuro la madre. Primo pensiero che tengo per me e che dovrò verificare.

¹ Psicologa e psicoterapeuta psicoanalitica; docente Scuola dell'Accademia di Psicoterapia Psicoanalitica; psicologa presso il Centro Accoglienza Minori del Borgo Ragazzi Don Bosco di Roma - Email: sacampora@gmail.com

Sin dalla telefonata posso fermarmi e riflettere sul mio *controtransfert*: Quali sentimenti suscita in me questa persona? Questa sovrapposizione di richieste (di Gianni e della madre) è espressione di caos: sono un po' confusa, tanto è vero che la mia tentazione è quella di creare ordine e cercare di capire. E' evidente che mi trovo di fronte ad un certo tipo di personalità che non permette uno spazio di pensiero.

Tutto questo ancora prima di vedere il paziente.

Curiosa di confermare la mia ipotesi, leggo il resoconto del primo colloquio, e qui è importante fare attenzione ad una serie di elementi. Innanzitutto nella descrizione del caso si parla di una modalità di narrazione monotona. Spesso questo è sintomo di un'incapacità di esprimere emozioni. Infatti non passa alcun tratto emotivo, ma solo fatti concreti.

Un altro elemento significativo è la normalizzazione della realtà: i numerosi trasferimenti vissuti come "normali", fatti traumatici o comunque significativi vengono sminuiti. Anche questo elemento contribuisce a darci un quadro sulla scarsa capacità di mentalizzare di questo ragazzo, di dare uno spazio, cioè a pensieri, fantasie, emozioni.

Le difese messe in atto sono difese arcaiche:

- Scissione: il mondo gay, infatti, viene visto come realtà a sé, e caricato di valutazioni idealizzate ben lontane dalla realtà. Vi è anche una grande confusione dell'identità di Gianni per cui l'immagine di sé non è integrata.
- Introiezione. Ad esempio dell'aggressività materna: non è la madre che è aggressiva ma è Gianni che fa di tutto per suscitare aggressività e ha paura di esserlo altrettanto.
- Isolamento: rifugio nella realtà virtuale che gli permette di creare un mondo separato in cui esprimere pensieri e confrontarsi con la realtà.

Come dicevo prima, però, devo prendere in considerazione da dove parte la richiesta di psicoterapia. Non possiamo prendere in cura Gianni a prescindere dalla sua famiglia. A mio avviso, infatti, il problema è familiare. La madre di Gianni è una donna estremamente aggressiva, la quale sembra non percepire i bisogni dei figli ma ogni problema diventa suo e ha bisogno di risolverlo per placare le sue ansie. Ad una madre così aggressiva spesso corrisponde un padre debole, figura inconsistente, sicuramente non in grado di svolgere il ruolo paterno. Di conseguenza in questa famiglia vi è una carenza di una netta definizione dei limiti e confini. Per cui vengono confusi piani, bisogni, generazioni.

Possiamo ipotizzare che la crisi di Gianni sia iniziata a causa della rottura col fidanzato. Quest'ultima riporta un antico trauma di umiliazione e senso di inadeguatezza. Gianni infatti non è mai stato visto nei suoi bisogni ma è sempre stato solo criticato. Esiste tuttavia un secondo

livello di crisi. Infatti la crisi di Gianni ha scatenato anche una crisi a livello familiare. È della famiglia, infatti, la richiesta.

L'isolamento di Gianni disillude l'immagine che la madre ha di lui, quella cioè del "bravo ragazzo", diligente che non crea problemi. Il vero problema, infatti, sembra essere che Gianni si scollasse dall'immagine di figlio "perfetto", bravo studente e figlio modello, ben diverso dal fratello, che interpreta il ruolo del figlio "perduto". E distrugge la fantasia che possa essere Gianni ad occuparsi del fratello maggiore.

L'angoscia di base che si legge tra le righe è infatti la paura che la famiglia si disintegri.

A questo punto un trattamento di questo caso deve integrare un lavoro familiare in cui ripristinare i giusti ruoli, ridefinendo limiti e confini, e un lavoro individuale su Gianni, volto al recupero di un'identità perduta o forse mai realmente costruita.

BIBLIOGRAFIA

Bergeret J. (1996). *La personalità normale e patologica: le strutture mentali, il carattere, i sintomi*. Milano: Raffaello Cortina.

Kernberg O.F. (1984). *Disturbi gravi della personalità* Torino: Boringhieri.

Gillieron (1994). *Il primo colloquio in psicoterapia*. Roma: Borla.

Petrini P., Visconti N., Casadei A., Mandese A. (2012). *I disturbi della personalità. Il funzionamento psichico tra normalità e patologia*. Roma: Franco Angeli.

Petrini P., Mandese A., Petrollini M. (2016). *La Trasformazione e Cambiamento in Psicoterapia*. Roma: Borla.

Racamier P.C. (1992). *Il genio delle origini*. Milano: Raffaello Cortina.

ILLUSTRAZIONE DEL CASO CLINICO SECONDO LA PROSPETTIVA SISTEMICO-RELAZIONALE

*Marilia Bellaterra*¹

Premessa sul modello sistemico-relazionale

Se è vero che un sistema è, allo stesso tempo, un “sottosistema” e un “sovrasisistema”, cioè un “plurisistema” (16, 17), va innanzi tutto considerato che solo l’osservatore stabilisce i confini e la gerarchia e sceglie quale livello studiare, adottando un particolare punto di vista che, dunque, è “relativo”.

Ne consegue che, parafrasando Carl Whithaker, la “danza” che una famiglia danza con il suo terapeuta non è la stessa che danzerebbe in un diverso momento della sua vita, non è la stessa che danzerebbe con un terapeuta diverso e, soprattutto, non è la stessa che danza per proprio conto, una volta tornata a casa (43).

Partendo da questi presupposti che, arricchiscono le origini del modello (33), consideriamo il modello suddetto applicabile non solo alle Famiglie ma a tutto il processo di Formazione del Terapeuta Familiare. Ciò vuol dire che durante l’intero corso del training clinico per i professionisti che vogliono diventare terapeuti familiari, si pone particolare attenzione non solo agli aspetti teorici, epistemologici e di metodo ma alla loro “famiglia” di origine. E soprattutto a come gli stessi restino in contatto con le proprie “risonanze”, utilizzandole per renderle interattive e capaci di potenziare le capacità di comunicazione dei clienti in terapia.

Quando parliamo di Famiglia, partiamo dall’accezione di chi vive “sotto lo stesso tetto” (7) per poi muoverci dalla famiglia biologica, a quella acquisita, a quella interiorizzata, simbolica e rappresentativa. Il che ci porta a ragionare in termini di “famiglie” e di come tutti i vissuti emotivi collegati alle stesse rendano interconnessi operatori e utenti, all’interno della relazione di aiuto.

Tutta questa attenzione agli aspetti contro transferali non è certo né esaustiva né sostitutiva dell’attenzione, specificamente clinica, ai diversi livelli diagnostici:

- INDIVIDUALE - osservazione delle specificità del sintomo che ha portato la famiglia in terapia;
- RELAZIONALE - osservazione delle modalità interattive della Famiglia, delle risorse e

¹ Psicoterapeuta Relazionale, docente Università di Roma “La Sapienza” Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, didatta Accademia di Psicoterapia della Famiglia - Email: marilia.bellaterra@uniroma1.it

delle strategie di coping attivate;

- EVOLUTIVO - osservazione della fase del ciclo vitale della Famiglia, oltre all'osservazione delle variazioni del sintomo e delle relazioni nel tempo;
- CONTRO TRANSFERALE - osservazione delle risonanze del terapeuta in base al proprio stile individuale, familiare e alla fase di ciclo vitale in corso.

Vanno inoltre sottolineati alcuni parametri ulteriori. Innanzitutto la costante attenzione alle RETI tra *Natural Helpers* (famiglia estesa, comunità) e *Social Helpers* (inviante, altri operatori coinvolti, ecc.) che, una volta realizzate ed esplicitamente condivise, ampliano la possibilità che la famiglia stessa possa sentirsi non solo sorretta nel proprio percorso di cura ma possa apprendere, dal vivo, il modello da poter utilizzare al proprio interno, nel tempo. Senza dimenticare che anche il team terapeutico costituisce una "rete", sia nel caso di una co-terapia, sia per gli operatori che seguono il processo dietro lo specchio unidirezionale, non solo durante la formazione.

Poi l'esistenza di diversi MODELLI che applicano, all'interno della cornice condivisa, metodologie peculiari. Tra queste, la terapia individuale sistemica (8,11), la terapia di coppia (3), la terapia multifamiliare, la terapia di rete (32), ecc. Oltre che i diversi stili epistemologici e operativi (5), in particolare il Modello strutturale (27,28,29), quello psicodinamico (9,10), quello Boweniano (15), quello strategico (13, 31, 35, 36, 37, 38), quello simbolico esperienziale (39, 40, 41, 42, 43), quello ipnotico (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24), quello trigerazionale (1, 4, 6, 14, 25), tanto per citare i principali. Senza dimenticare che tutti questi modelli si sono, naturalmente, evoluti dalle proprie origini fino ai nostri giorni, integrandosi in modo trasversale con altri modelli, pur all'interno di peculiarità proprie. Il che fa sì che oggi esistano molte più connessioni e isomorfismi - di tipo epistemologico, metodologico e clinico - tra terapeuti appartenenti a modelli diversi, di quante non ce ne siano tra terapeuti che appartengono allo stesso modello o alla stessa "Scuola".

Tutto quanto premesso, possiamo fare alcune considerazioni generalizzabili. Innanzitutto che la Terapia Familiare non sia più da considerarsi una terapia breve. Poi che non sia esaustiva ma sempre integrata e integrabile con altri modelli, ivi compreso quello farmacologico. E che, alla selezione, in diversi momenti della terapia, dei sottosistemi su cui lavorare (la famiglia intera, la coppia genitoriale, la fratria, le famiglia di origine, l'individuo, il sistema lavorativo o scolastico di competenza, ecc.), si aggiunge la frequente scelta di una terapia individuale. Sia in itinere che al termine di quella familiare, spesso da parte di una persona diversa dal portatore del sintomo "per merito" del quale il percorso terapeuti familiare è stato iniziato.

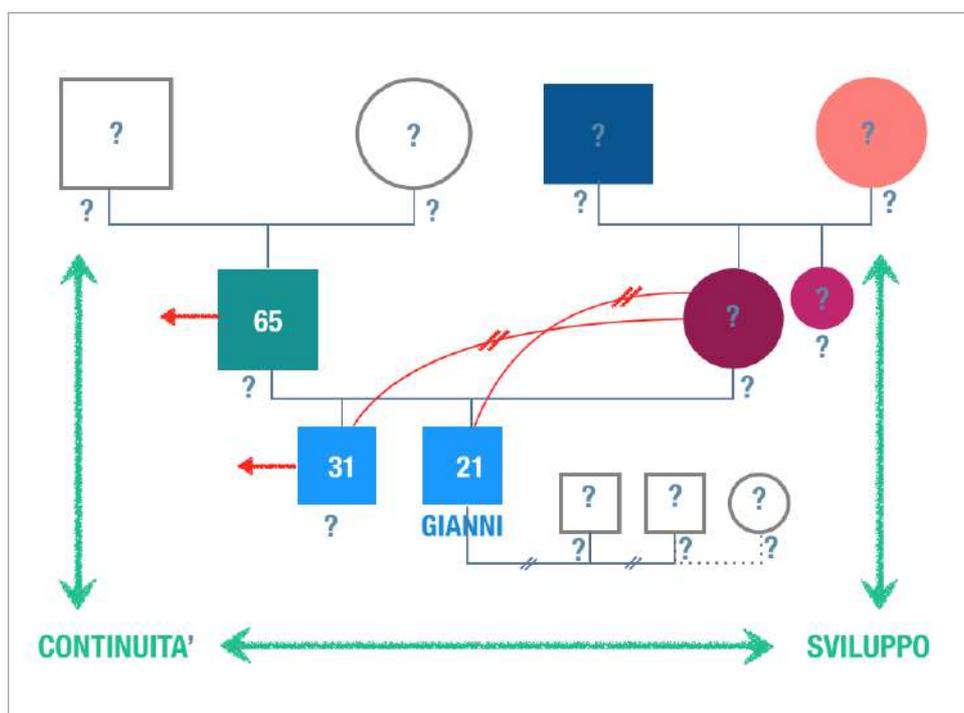
Infine va ricordato che, per prassi costante e quasi ovunque generalizzata, dopo un periodo congruo dall'interruzione (circa un anno), si propone un incontro di *follow up*. E qui, di nuovo,

emergono molte differenze. Dal *follow up* a fini di Ricerca, a quello di tipo Catamnastico a quello Evolutivo, di certo ben più importante perché consente a tutti gli interlocutori coinvolti (operatore e famiglia) di toccare con mano il cambiamento nella relazione di aiuto, la reciprocità degli apprendimenti e il riposizionamento delle reciproche funzioni, oltre che la tangibilità delle tante risorse auto-terapeutiche che le famiglie sono in grado di attivare e di mantenere nel tempo.

Osservazioni sul “caso clinico” di Gianni

Per quanto riguarda, nello specifico, il caso di GIANNI, l’attenzione immediata va, come è ovvio che sia, alla sua famiglia. Della quale si rappresenta graficamente la composizione, tramite un **genogramma** semplificato, in una delle tante versioni utilizzate (2, 26, 30).

La prima cosa che emerge è che le informazioni su questo settore e, in particolare, sul piano trigerazionale, siano piuttosto carenti. Anche semplicemente per quanto riguarda il nome e/o l’età di nonni, genitori, zii, cugini. Il “caso clinico” è Gianni e, quindi, come conseguenza logica, la maggior parte delle notizie riguardano lui, che risulta centrale nel genogramma della famiglia. Il che non lo rende, ovviamente centrale dal punto di vista degli affetti o della visibilità, se non per quanto riguarda il suo essere sintomatico e disfunzionale. O per il mandato di essere, paradossalmente, il tutore del fratello nato 10 anni prima di lui. Sempre e comunque, “terzo incomodo”, anche in famiglia, “al posto di”, come nelle sue sofferte storie d’amore. Il che farebbe pensare a una “perdita” non solo dell’adolescenza, come Gianni stesso afferma ma dell’infanzia stessa. E, forse, dell’età adulta futura. Se non altro in termini di visibilità e di scelte da poter effettuare in modo autonomo e non vincolato.



La seconda cosa che colpisce è che, al di là di una comune difficoltà con la figura materna da parte dei due fratelli, il primogenito sembra più allineato al padre, in quanto a perifericità. Mentre a Gianni resta la scomoda posizione di ipotetico paladino della solitudine “femminile” che occupa la storia di questa famiglia e che Gianni sembra quasi voler rappresentare.

La terza cosa è la perifericità della figura paterna, non solo in senso stretto (viste le assenze fisiche e la distanza emotiva dalle difficoltà della moglie) ma anche in termini di informazioni sulla propria famiglia di origine che, da qualche parte, deve pur essere e avere un ruolo nelle sue scelte di marito e di genitore.

Ci sono, infine, alcune considerazioni ulteriori. Per esempio il fatto che la quasi totalità delle informazioni riguardi quello che “manca”, sia in Gianni e nelle sue relazioni, che nel fratello, nei genitori e nelle famiglie di origine. Piuttosto che non sulle “risorse” che ciascuno di loro ha mostrato, magari in differenti fasi del “Ciclo vitale” o che potrebbe esprimere e mettere in campo per il futuro. Non ultima la possibile competenza genitoriale della coppia, quando i figli erano ancora bambini, la capacità, comunque, di essersela cavata da soli anche in una difficile situazione di continui “trasferimenti”.

Con queste premesse, una possibile **diagnosi relazionale**, in assenza di ulteriori indispensabili informazioni, potrebbe essere quella di una **deviazione del conflitto**, con **triangolazione del/dei figlio/i**, quale mediatore e/o connettore, con **genitorializzazione** di uno di essi (non solo nei confronti del fratello ma dei genitori). Insieme a uno **stallo di coppia**, presumibilmente accresciutosi al momento dell'ipotetico svincolo adolescenziale (Sindrome del **nido vuoto**) e utilizzo prevalente di meccanismi di tipo **collusivo**, sia tra i genitori (ad esempio: marito imperturbabile e moglie furiosa), che tra i fratelli (ad esempio: Gianni consente con la sua presenza l'assenza del Fratello), che tra Genitori e Figli.

Un possibile orientamento terapeutico di tipo relazionale-sistemico avrebbe un triplice scopo. Innanzi tutto il lavoro sui **vantaggi secondari del sintomo**, poi quello di favorire una **pensabilità condivisa dell'esperienza** (ad esempio: confronto tra cosa Gianni **pensa** che Madre e Padre pensino sia della propria relazione affettiva che della sua e cosa ne pensano davvero; cosa Gianni pensa che i propri Genitori avrebbero ricevuto, nelle sue stesse condizioni, dai propri Genitori, cosa avrebbero voluto ricevere, cosa pensano che Gianni vorrebbe da loro e come pensano che una figlia “femmina” avrebbe cambiato la loro storia; come Gianni pensa che i genitori valutino il rapporto tra i tratti bipolari del fratello maggiore, l'andirivieni bi-annuale della Famiglia e la caratterialità polare dei Genitori stessi; ecc..

Naturalmente, come accennato in precedenza, una particolare attenzione andrebbe dedicata alle reazioni contro transferali del terapeuta. Ad esempio quale sintonia o avversione percepisca con ciascuno dei componenti della famiglia e in quale fase del proprio ciclo vitale o nel corso di quale relazione abbia sperimentato un analogo vissuto. E in che modo tale vissuto non solo possa

essere modificato ma, soprattutto, utilizzato per renderlo interattivo con i componenti della famiglia, in modo che questi possano accrescere le loro capacità di sviluppo e di confronto.

Infine un passo fondamentale sarebbe quello di convocare in sedute allargate, non solo genitori e fratria ma anche i componenti significativi a livello trigenerazionale. Quei “nonni”, ad esempio, di cui si conoscono solo alcuni “sintomi” e nessun nome. Ciò al fine, non solo di ampliare la “rete” di sostegno ma di rendere tangibile per i diretti interessati come ciò che avviene nella presente generazione possa rispondere a un mandato trigenerazionale appunto dove i livelli di lealtà riguardano, quasi sempre in modo inconsapevole, le funzioni e i ruoli piuttosto che le persone deputate a rappresentarli (14).

A secondo del modello prescelto, per la convocazione delle famiglie di origine dei genitori, questa potrebbe avvenire separatamente per ciascuno dei due nuclei - con la presenza prevalentemente “in ascolto” del partner - oppure dei quattro nonni assieme (25). Di solito queste convocazioni, superate le prime eventuali resistenze, sono di grande utilità, ad alto tasso di coinvolgimento emotivo e, ovviamente, si rivelano in grado di produrre significativi cambiamenti se non nelle relazioni almeno nella percezione delle stesse. Nel corso di questi incontri - dove i nonni sono convocati non come “pazienti” ma come “esperti” privilegiati di chi erano i genitori di Gianni quando erano “figli” a loro volta - avviene in modo naturale che si comprenda, potendolo accogliere, il senso di comportamenti e ferite reciproche anche quando le stesse non possono essere “perdonate”. Qualora non sia possibile questa utilissima convocazione “allargata”, per motivi ostativi connessi ad esempio allo stato di salute o quando i nonni siano deceduti, il lavoro viene comunque condotto, attraverso il genogramma approfondito, la condivisione di memorie, immagini fotografiche e oggetti metaforici, oltre al coinvolgimento diretto di altri parenti (*fratelli in primis*) che possano colmare il vuoto reale.

Infine, sempre nella logica di condividere il processo di cura e di allargare la “rete” sarebbe altrettanto prioritario il coinvolgimento (telefonico e, almeno una volta, diretto in seduta), di altri professionisti e operatori che si stiano occupando della cura. Come di altre persone che siano significative per il paziente designato e per la sua famiglia. Come, nel caso di Gianni, potrebbero essere la ragazza o alcuni amici.

Questo lavoro - qui abbozzato in sintesi a titolo esemplificativo - di solito può occupare un arco temporale medio di 18 mesi, con sedute quindicinali. E concludersi, come già accennato, con un *follow up* dopo 6-12 mesi per condividere il percorso e le considerazioni reciproche di operatore e utenti all’interno di questa specifica relazione di aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. (1977). *La terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Andolfi M., Angelo C. (1989). *Tempo e mito nella terapia familiare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Andolfi M. (1999). *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M., Angelo C., D'Atena P. (2001). *La terapia narrata dalle famiglie. Una prospettiva di ricerca intergenerazionale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Andolfi M. (2005). *I pionieri della terapia familiare*. Roma: Franco Angeli.
- Andolfi M. (2015). *La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse dei terapeuti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Barbagli M. (2000). *Sotto lo stesso tetto. Mutamenti della famiglia in Italia dal XV al XX secolo*. Bologna: Il Mulino.
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000). *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano: Raffaello Cortina Editore..
- Bion W.R. (1971). *Experiences in Groups and Other Papers*. London: Tavistock Publications and New York. Routledge (1961). Ristampa Hove: Brunner-Routledge 2001, *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Traduzione italiana di Muscetta S., 1971. Roma: Armando.
- Bion W. R., *Attention and Interpretation* London: Tavistock Publications ristampa in *Seven Servants New York, Aronson, 1970*, ristampa London, Karnac Books 1984, *Attenzione e interpretazione Una prospettiva scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*. Traduzione italiana di Armando L. A, 1973, Roma: Armando.
- Boscolo L., Bertrando P. (1996). *Terapia sistemica Individuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boscolo L., Cecchin G., Prata G., Selvini Palazzoli M. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L., Penn P. (2004). *La clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1988). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Bowen M. (1980). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Ceruti M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.
- Ceruti M. (1995). *L'evoluzione senza fondamenti*. Roma-Bari: Laterza.
- Erikson M., Rossi E.I. (1982). *Ipnoterapia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Erikson M. (1983). *La mia voce ti accompagnerà*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Erikson M. (1987). *Opere vol. 1. La natura dell'ipnosi e della suggestione*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Erikson M. (1987). *Opere vol. 2. L'alterazione ipnotica dei processi sensoriali, percettivi e psicofisiologici*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Erikson M. (1987). *Opere vol. 3. L'ipnoterapia innovatrice*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Erikson M. (1987). *Opere vol. 4. La natura dell'ipnosi e della suggestione*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Erikson M. (1992). *L'uomo di febbraio. Lo sviluppo della coscienza e dell'identità nell'ipnoterapia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Framo J. (1996). *Terapia Intergenerazionale. Un modello di lavoro con la famiglia d'origine*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger S. (1985). *Genograms: Assessment and Intervention*. NY-London: W.W. Norton & Company.
- Minuchin S. (1977). *Famiglie e terapia con la famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Minuchin S., Rosman B..L., Baker L. (1980). *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Minuchin S., Fishman H.C. (1989). *Guida alle tecniche di terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Montagano S., Pazzagli A. (1989). *Il genogramma*. Milano: Franco Angeli.
- Selvini M. (a cura di). (1987). *The work of Mara Selvini Palazzoli*. Lanham: Jason Aronson Inc. Publishers.
- Speck R.V., Attneave C.L. (1978). *La terapia di rete*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Von Bertalanffy L. (2004). *General System Theory. Development, Applications*. New York: George Braziller, trad. it. *Teoria Generale dei Sistemi*, 2004. Milano: Oscar Saggi Mondadori.
- Watzlawick P, Beavin J.H., Jackson D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie, dei paradossi*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Watzlawick P, Weakland J., Fish R. (1974). *La formazione e la soluzione dei problemi*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Watzlawick P. (1976). *La realtà della realtà*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Watzlawick P., Weakland J.H. (1978). *I contributi del Mental Research Institute di Palo Alto dal 1965 al 1974*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Watzlawick P., (2007). *Guardarsi dentro rende ciechi*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Whithaker C.A. Napier A. (1981). *Il crogiolo della famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Whithaker C.A. (1984). *Il gioco e l'assurdo*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Whithaker C.A., Bumberry W.M. (1989). *Danzando con la famiglia*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Whithaker C.A. (1990). *Considerazioni notturne di un terapeuta familiare*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Whithaker C.A. (1998). *Le radici della psicoterapia. Fondamenti, metodi, tecniche*. Roma: Franco Angeli.

IL CASO DI GIANNI DA UNA PROSPETTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Lucio Sibilìa¹

Tutto ciò che sappiamo su Gianni

Riassumendo il rapporto sul caso clinico fornitoci, si può dire che di Gianni sappiamo qualcosa circa:

- Comportamenti “sintomatici” (Tono monotono, lamentoso, espressione triste e preoccupata, rimuginio “senza esito”)
- Condizioni di stress (Fratello con diagnosi di “disturbo bipolare”, madre con attacchi di rabbia, difficoltà nello studio, amici intrusivi)
- Eventi di vita pregressi (Frequenti cambi di residenza, ritorno dagli USA a 16-17 anni, innamoramento, umiliazione dalla ragazza americana)
- Evento ritenuto “scatenante” (Rottura e abbandono affettivo, delusione per l'ambiente omosessuale)

Possiamo anche desumere, senza troppo timore di sbagliare, che esistano o si siano presentate le seguenti disfunzioni cognitive e comportamentali:

- Strategia distrattiva (ricerca di notizie irrilevanti)
- Rimuginio
- Autorimproveri/autoaccuse (con qualche dubbio)
- *Coping* disfunzionale (ricerca di notizie in rete)
- Evitamento di lezioni e seminari
- Evitamento di relazioni sentimentali

Nonché le seguenti disfunzioni emotive:

- Evitamento di relazioni sentimentali
- Anedonia (al ritorno dagli USA)
- Sentimenti di tristezza (attuali)
- Poca voglia di vivere (attuale)

¹ Già Professore di Psichiatria e di Psicologia Clinica, Università Sapienza di Roma. Centro per la Ricerca in Psicoterapia - Email: lucio.sibilìa@crpitalia.eu

- Insoddisfazione di fondo (attuale)

Ma abbiamo anche notizie sulle sue risorse e su aspetti positivi, quali:

- Valori, scopi personali e sogni :
 - entusiasmo per la difficile facoltà scientifica,
 - progetti “eudemonici” (corsi di recitazione, di canto, di pittura)
- Abilità e risorse personali (socievolezza e amicalità elevate, bassa emotività, buona adattabilità, sport e arti marziali, fantasia “vivacissima”)
- Strategie di *coping* funzionali:
 - “riesce sempre a cavarsela” (ad es. riesce a “rabbonire” la madre)
- Rapporti familiari e risorse sociali

Le fasi del trattamento Cognitivo-Comportamentale

È importante tenere presente anzitutto che il percorso della Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) è il prodotto di una serie di decisioni cliniche, ma segue un andamento in fasi, già descritte da Kanfer e Shefft (1988). La prima fase è sempre rivolta alla costruzione di un'alleanza terapeutica, una relazione particolare che richiede al terapeuta rispetto, ascolto, osservazione del paziente, validazione delle sue scelte e motivazioni e dei suoi sentimenti (*Validazione emozionale*). Ma richiede anche al terapeuta: proposta e rispetto di regole, rinforzo di comportamenti collaborativi, induzione di aspettative di esito (ragionevoli) attraverso una *psicoeducazione*, e soprattutto condivisione con il p. degli scopi del trattamento.

Nel caso di Gianni, dovremmo quindi sapere cosa vuole Gianni più di tutto dall'aiuto terapeutico: essere lasciato in pace dalla madre? Recuperare la relazione interrotta? Riprendere a studiare bene? Sentirsi di nuovo adolescente? Comprendere se stesso? Il paziente ha il diritto di stabilire i suoi obiettivi, ma il terapeuta ha il diritto di negoziarli.

Supponiamo che Gianni desideri affrontare questo problema: come riprendere a studiare efficacemente e serenamente. In una fase successiva, dovremmo anche chiedergli però: “In che modo si attende che ciò cambierà la sua vita?” Questa domanda ci consentirà di mostrare un interesse personale verso di lui, e di prefigurare il successo del trattamento, mentre la risposta del paziente, consentirà di mettere in evidenza le sue motivazioni di fondo e i suoi valori personali.

La fomulazione del caso clinico

Nella TCC il trattamento non prende le mosse dalla diagnosi psichiatrica, ma dalla cosiddetta “fomulazione del caso clinico” (FCC): un quadro logico dello sviluppo e del mantenimento del problema presentato, in base ai principii derivanti dalle *social learning theories*. È sulla base della FCC che il terapeuta stabilirà e proporrà al paziente gli obiettivi intermedi (Bruch, 2015).

A questo scopo bisogna eseguire anzitutto una valutazione CC, che comprende un'analisi comportamentale e un'analisi cognitiva. L'analisi comportamentale sarà sia longitudinale che trasversale e sarà basata essenzialmente sulle sequenze funzionali ABC: stimolo Attivante, comportamento (*Behaviour*), Conseguenza. L'analisi cognitiva metterà in evidenza contenuti cognitivi quali convinzioni e meta-convinzioni, pensieri automatici, rappresentazioni iconiche, attribuzioni (eventualmente irrazionali).

Non avendo eseguito e quindi non disponendo dell'Analisi Cognitivo-comportamentale (ACC), si assumerà comunque che questa sia stata eseguita e che abbia fornito alcune informazioni essenziali. Queste informazioni, necessarie ma mancanti, sono quindi di pura fantasia; esse sono comunque del tutto compatibili con quelle fornite dal caso originale. Il segno ">" indica un rapporto funzionale probabilistico, con alte probabilità. Si presume anche che il soggetto sia consapevole - per quanto non completamente - di tali eventi bio-psicosociali e che ne rimanga traccia in memoria, cosa che consente l'analisi funzionale, la ricostruzione psicobiografica e infine la FCC. Per “consapevolezza” intendiamo la comparsa di una corretta rappresentazione cognitiva (iconica o proposizionale) di tali sequenze, che sia verbalizzata o meno.

FCC ipotetica di Gianni

Ecco come si può rappresentare narrativamente la FCC di Gianni:

1. Gianni, di temperamento estroverso, è molto socievole, ma è anche un po' impulsivo > Ha concluso affrettatamente dalle sue esperienze che: “Le ragazze sono infide e manipolatrici” > “I ragazzi sono maschilisti, prepotenti e cinici” > “Non c'è modo di difendersi se non evitare!” > “Non c'è spazio nella vita per gli affetti!” > “L'unica cosa che conta è che io riesca!” (in campo professionale, sportivo, ecc.) > Con il tempo, G. finisce per appoggiare a questa riuscita la stima di se stesso.
2. Recentemente, pur essendo stato bravo a “rabbonire” la madre, ultimamente questa è peggiorata > Il fratello ne risente. Il padre, distratto da altri problemi, non lo aiuta. > G. è preoccupato: non riesce più a contenerla! > G. attribuisce questo fatto a sé stesso > Si rimprovera aspramente, > Gli auto-rimproveri lo indeboliscono (> sensi di colpa) > Non ne parla con nessuno > Inizia ruminazioni depressive > Scende la stima e la fiducia in sé e il tono dell'umore.

Si può notare che ognuno degli eventi su descritti si colloca a livello cognitivo (o meta-cognitivo), oppure emotivo, comportamentale o socio-ambientale. Alcuni di questi eventi bio-psicosociali - quando tendono a ripetersi - diventano “condizioni”; altri retroagiscono su eventi/condizioni precedenti, creando così dei “loop” ovvero dei determinismi ricorsivi, che stabilizzano tutto il sistema. Il ricordo che Gianni ha di alcuni di questi eventi/condizioni, in quanto anch'esso evento cognitivo (o meta-cognitivo), si colloca inevitabilmente in sequenze bio-psicosociali che tendono ad auto-alimentarsi. In questo modo, ci spieghiamo come mai alcune esperienze di vita come la perdita affettiva o il peggioramento della madre strutturano un sistema semi-stabile quale lo stato depressivo.

Questa FCC viene per quanto possibile condivisa con il paziente, senza ovviamente illudersi che possa dividerla del tutto. La condivisione servirà ad aumentare la sua consapevolezza e motivazione, e quindi la collaborazione al trattamento. Verrà poi gradualmente aggiornata, man mano che la terapia procederà, con successive valutazioni in itinere, che consentiranno di aggiungere dettagli, elementi nuovi o correggere ipotesi inesatte.

Implicazioni per il trattamento

La FCC su descritta del caso di Gianni ci aiuta a individuare possibili obiettivi del trattamento. Prima di tutto, però, è importante ridurre nell'immediato il rischio di suicidio. Questo quindi comparirà tra gli obiettivi immediati, anche se non è uno degli obiettivi concordati.

Obiettivi terapeutici congruenti con la formulazione del caso saranno allora:

1. A BREVE TERMINE

A - Verificare/ridurre il rischio di suicidio

B - Sollevare l'umore attraverso:

- la riduzione delle ruminazioni
- l'aumento dei rinforzi: sociali / sensoriali

2. A MEDIO TERMINE

A - Ridurre la vulnerabilità depressiva

B - Mobilitare risorse sociali

Gianni verrà abituato a usare una misura del tono dell'umore da zero (il punto più basso) a dieci (il punto più alto). Questa misura potrà servire a valutare l'efficacia di procedure e interventi in itinere.

Obiettivo 1 A. Per il rischio suicidario, si tratterà di verificare fattori di rischio di suicidio

quali la cosiddetta *Helplessness*, per cui si faranno domande graduali su speranze, fantasie, idee irrazionali, o eventuali piani di togliersi la vita. A seconda del risultato dell'indagine, si attuerà un programma preventivo comprendente: a) Discussione delle idee irrazionali (alla Ellis) o Disinnesco cognitivo (v. Borgo, Sibilìa & Marks, 2015) o Dialogo socratico (Op. cit.), b) Tecniche distrattive, c) Tecniche motivazionali (es. Lista di buoni motivi per vivere), d) Interventi concordati con il paziente, quali il coinvolgimento di amici o familiari (in questo caso soprattutto il padre).

Obiettivo 1 B. Per ridurre le ruminazioni depressive:

- *Validazione delle emozioni*: dolore-tristezza
- *Psico-educazione* (per aumentare la consapevolezza delle ruminazioni)
- *Thought stopping* (per fornire uno strumento di autocontrollo del *worry*)
- *Pianificazione comportamentale (Behavioural planning)*:
 - Per ridurre l'impatto delle ruminazioni. G. verrà istruito a posporre tutte le sue preoccupazioni ad una determinata ora della giornata, da lui decisa.
 - Per un programma di studio funzionale. G. verrà aiutato ad adottare un metodo di studio più efficace.

Per aumentare le esperienze positive (rinforzi) una procedura di *Attivazione comportamentale* (V. Borgo, Sibilìa & Marks, op. cit.) potrà:

- Utilizzare le sue abilità personali
- Sollecitarlo a riprendere attività eudemoniche tralasciate (sport, arti marziali, corsi)
- Sollecitarlo a riprendere i contatti sociali (es.: ragazze!) ed accettare inviti di amici.
- Fare liste di attività piacevoli non sedentarie.

Obiettivo 2 A. Per ridurre la vulnerabilità depressiva, nell'ipotesi (v. par. precedente) che questa sia condizionata al ricordo di esperienze traumatiche di perdita, si userà la tecnica della *Esperienza Emozionale Scritta* (EES), che si esegue attraverso le seguenti prescrizioni al paziente:

- Isolare un episodio traumatico recente.
- Descriverlo in dettaglio in 15-20' (compresi pensieri ed emozioni). Accantonare lo scritto.
- Accettare e poi smaltire le risposte emotive immediate generate.
- Ripetere l'esperienza più volte a distanza di 2-7 giorni.

La EES tipicamente viene ripetuta fintantoché i singoli episodi traumatici non vengono "depotenziati" della loro carica emotiva, cioè vengono ricordati dal paziente senza l'emotività

che li accompagnava inizialmente (V. Borgo, Sibilìa & Marks, *op. cit.*). Le EES nel caso di Gianni possono riguardare: momenti dolorosi della vicenda sentimentale, “brutte reazioni” nell’ambiente omosessuale, attacchi di rabbia della madre, “brutti momenti” con il fratello, l’umiliazione subita dalla ragazza americana, o altri ricordi considerati “traumatici” dal paziente.

Obiettivo 2 A. Per ridurre la vulnerabilità depressiva, è prevedibile che si debba anche ridurre le disfunzioni cognitive (cioè le convinzioni irrazionali circa: ragazzi e ragazze, l’illusione autonomista, l’attribuzione interna dei fallimenti, etc.), mediante il *Dialogo socratico*, oppure la *Ristrutturazione cognitiva* (V. Borgo, Sibilìa & Marks, *op. Cit.*).

Obiettivo 2 B. Per ridurre la vulnerabilità depressiva, può risultare necessario anche aumentare il *sostegno sociale* con una *Prescrizione comportamentale* al padre (in accordo con Gianni) di sostenere il figlio:

- Nelle sue attività piacevoli e distensive (p. es. con delle gite insieme, ecc.).
- Controllando la madre durante gli attacchi di rabbia.
- Con altre modalità di collusione col figlio.

Riassumendo, le procedure CC adottate con Gianni saranno: *l’Autosservazione emozionale*, la *Validazione delle emozioni*, *l’Interruzione del rimuginio (thought stopping)* *l’Attivazione e programmazione comportamentale*, *l’Esperienza emotiva scritta* (EES), la *Ristrutturazione cognitiva* o il *Dialogo socratico* ed infine la *Prescrizione comportamentale* (al padre). Il paziente viene incoraggiato ad adottare queste procedure anche tramite consegne a casa (*homework*), così che possa gradualmente gestirle in modo autonomo dal terapeuta, quindi sganciarsi dal trattamento, avendo finalmente ottenuto gli obiettivi desiderati.

BIBLIOGRAFIA

- Borgo S., Sibilìa L., Eds. (1994b). *The patient-therapist relationship: Its Many Dimensions*. Roma: CNR.
- Borgo S., Sibilìa L., Marks I. (2015). *Dizionario clinico di Psicoterapia. Una lingua comune*. Roma: Alpes Italia.
- Bruch M. (2015). *Beyond Diagnosis: Case Formulation in Cognitive Behavioural Therapy*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Sibilìa L. & Borgo S. (2014). *Trenta storie cliniche di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Milano: Franco Angeli Ed.

IL CASO DI GIANNI: TRATTAMENTO E CATAMNESI

Stefania Borgo¹

I FASE

1. Livello comportamentale

Il primo intervento è stato di “attivazione comportamentale” nell’area che appariva più accessibile: lo studio.

Abbiamo cominciato a preparare insieme gli esami e, forse anche per non pensare, Gianni si è immerso nello studio riuscendo a fare una ventina di esami in due anni e a laurearsi con un buon punteggio facendo una tesi piuttosto impegnativa con il preside di facoltà (personaggio di difficile carattere e piuttosto “chiacchierato”, che ha subito approfittato della disponibilità di Gianni, che ha richiesto un addestramento assertivo).

Questo traguardo ha molto aumentato la sua autostima e tranquillizzato i genitori.

Inoltre, la frequenza assidua all’università oltre a tenerlo fuori di casa lo ha introdotto in un nuovo giro di colleghi e colleghe.

2. Livello cognitivo

La diversione dell’attenzione legata al coinvolgimento universitario ha favorito un distacco dai problemi.

a) In famiglia Gianni è diventato un “osservatore non partecipe del rapporto tra la madre e il fratello”.

Ha imparato a gestire meglio la madre e soprattutto a prenderla meno sul serio (“can che abbaia non morde”).

Si è anche avvicinato al padre, riscoprendolo: contrariamente alle aspettative, è andato in settimana bianca con lui a sciare e si è anche divertito!

Ad un giudizio più oggettivo, i genitori gli permettono una vita libera e agiata e, tranne alcuni momenti, sono in generale delle brave persone.

b) Rispetto alla “omosessualità” si è reso conto che “definendosi si è messo in una gabbia”

¹ Centro per la Ricerca in Psicoterapia, già docente di *Health Promotion* e di Psichiatria, Sapienza Università di Roma - Email: stefania.borgo@uniroma1.it

con il risultato di limitare le sue esperienze ma anche di proteggersi dalle sue paure. Ed è forse stata una indiretta richiesta di aiuto.

c) Oltre a queste “ristrutturazioni cognitive” è stato favorito un aumento della autostima.

3. Livello emotivo

È emerso un vissuto di tristezza e di solitudine, essendo i suoi rapporti “di diffidenza” verso il genere femminile e di estraneità verso quello maschile. Chiama “machisti e fondamentalisti” i suoi amici storici, ma il rifiuto della “violenza maschile” è molto più antico: ricorda nitidamente una scena in cui il padre, incitato dalla madre, picchiava selvaggiamente il fratello, mentre lui che aveva 8 anni era fuggito terrorizzato in un'altra stanza ma udiva le urla.

II FASE (DOPO LA LAUREA TRIENNALE)

1. Livello comportamentale

L'iscrizione alla specialistica ha aumentato la frequentazione di colleghi e colleghe (molto diversi dai vecchi amici): Gianni ha cominciato ad interessarsi ad alcune ragazze con grande cautela e risultati non proprio brillanti, commenta così: *“Sul piano sentimentale sono passato dal tragico al comico, alla Woody Allen.. ma che io mi fidanzi è più un desiderio di mia madre che mio”*.

a) Si è fatto crescere la barba e si è iscritto ad un corso di pugilato.

b) I suoi vecchi amici, a cui si era “dichiarato”, vedendo il cambiamento hanno cercato di aiutarlo: lo hanno portato ad Amsterdam ed gli hanno offerto un incontro con una ragazza in vetrina, che Gianni ha passato in amabile conversazione facendosi raccontare la (triste) storia di lei.

c) È migliorato e diventato più paritetico il rapporto con il fratello che nel frattempo, sorprendentemente, è passato da una diagnosi di “disturbo bipolare ad una di “alcolismo” e infine è approdato a quella di ADHD, pur avendo gli stessi problemi relazionali e lavorativi!

2. Livello cognitivo

a) L'aumento dell'autostima ha portato Gianni a fantasticare sul suo futuro lavorativo e ad esaminare una serie di interessanti attività che, oltre a permettergli di andarsene di casa, potrebbero dargli molte soddisfazioni.

b) Ripercorrendo la sua storia, con l'emergenza di molti episodi dimenticati, Gianni ha realizzato come sia stata danneggiata la sua identità maschile, ma anche che può costruirsi

una più “personalizzata”.

c) La “triade cognitiva di Beck” (visione negativa di sé, del mondo e del futuro) non è più evidenziabile.

3. Livello emotivo

È rimasta una vena di tristezza che rende Gianni sensibile ai drammi umani. Inoltre è stato per lui necessario accettare un vissuto da “straniero”, che comporta un senso di solitudine ma anche un salutare distacco dalle beghe (familiari e universitarie).

Relazione terapeutica

Sia nella I che nella II fase vi è stata una notevole aderenza alle indicazioni terapeutiche. Il coinvolgimento emotivo ha avuto le stesse limitazioni degli altri rapporti. Da parte del terapeuta c'è stata una notevole attenzione a rendere il rapporto stabile e prevedibile oltre che supportivo, e ad evitare sollecitazioni relative all'identità di genere.

Catamnesi

Conclusa la terapia Gianni ha continuato il percorso universitario fino alla laurea specialistica: mi ha mandato un biglietto di auguri di Pasqua con la notizia della sua laurea.

Qualche tempo dopo mi ha telefonato per chiedermi un consiglio su un colloquio di lavoro.

INTERVENTI PREVENTIVI *EVIDENCE BASED*

Mario Becciu¹

Come già approfondito in un precedente articolo su questa rivista (Becciu *et al.*, 2009), la depressione ha una struttura eziopatogenica complessa e multifattoriale. Coerentemente con l'approccio bio-psicosociale, nel tentativo di spiegare l'insorgenza e il mantenimento dei disturbi depressivi non possiamo riferirci all'assunzione di modelli causalistici lineari né di tipo monofattoriale né multifattoriale, ma sarà maggiormente utile l'approccio probabilistico, d'interdipendenza dinamico processuale tra rischio e protezione ispirato al modello della *Developmental Psychopathology* (Becciu, Colasanti, 2011). È decisamente improbabile, infatti, che un unico fattore di rischio possa spiegare l'eziopatogenesi e lo sviluppo del disturbo depressivo, né si potrebbe prevenire la depressione impedendo che un singolo fattore di rischio si verifichi. È molto più probabile invece che un accumulo e, soprattutto, l'interazione di molteplici fattori di rischio concorrano all'insorgenza e allo sviluppo della depressione in interazione con variabili di tutela (Garber, 2006, 105). Le ricerche hanno identificato un numero rilevante di fattori biologici, psicosociali e ambientali associati al possibile sviluppo di psicopatologie durante l'infanzia e l'adolescenza. Nel caso della depressione, i fattori di rischio includono alcuni indici stabili, come il sesso e i fattori genetici, e altri indici variabili, come la presenza di genitori depressi, ansia, disregolazione neurobiologica, caratteristiche temperamentali e di personalità, problemi di autocontrollo e di *coping*, esposizione ad eventi negativi e stressanti della vita quotidiana, difficoltà legate alle relazioni con la famiglia e con il gruppo dei pari, deficit nelle abilità interpersonali e stile cognitivo pessimista (Farrell, Barrett, 2007, 60; Garber, 2006, 104-105).

I disturbi dell'umore, a motivo dei dati epidemiologici, dei costi umani, economici e sociali e delle conseguenze in termini di disabilità e di morti suicidarie, obbligano sempre più a investire, oltre che sui trattamenti precoci della malattia, sulla prevenzione (WHO, 2004; Ministero della Salute, 2014, 106-107). Recenti documenti delle autorità sanitarie internazionali calcolano che la depressione colpisce ca. 340 milioni di persone nel mondo, è la principale causa di disabilità in EU e nel 2020 costituirà la seconda causa di malattia dopo la cardiopatia ischemica. Inoltre, è il principale predittore del suicidio e dei tentativi di suicidio (spiega il 90% dei casi).

Per contrastare tali *trend* negativi, si raccomanda l'intervento preventivo. Per questo si cerca di realizzare interventi il più precocemente possibile, tant'è che i principali programmi sono

¹ Docente Invitato Università Salesiana di Roma - Docente e didatta CRP - Presidente A.I.PRE. - Email: becciu.colasanti@tin.it

destinati soprattutto a bambini e adolescenti.

La prevenzione della depressione

Per ridurre la prevalenza di depressione maggiore nella popolazione dobbiamo ridurre l'incidenza, la durata o entrambe. Possiamo disporre di interventi preventivi e di interventi terapeutici. Mentre questi ultimi si concentrano sulla riduzione della durata degli episodi, vale a dire far sì che l'episodio clinico si concluda il prima possibile, gli interventi preventivi mirano alla riduzione dell'incidenza, cioè del numero di nuovi episodi di depressione maggiore. Tanto più che dati epidemiologici evidenziano come una volta che una persona sperimenta un episodio depressivo maggiore, la probabilità di recidiva è molto alta. I fautori delle azioni preventive nel campo della salute mentale hanno da tempo sottolineato che quando la prevalenza di una malattia è molto elevata, gli approcci terapeutici non sono sufficienti (Albee, 1985). E' quindi assolutamente necessario sviluppare interventi efficaci di prevenzione per tali disturbi. Ma è possibile prevenire la depressione? L'analisi della letteratura scientifica (rassegne di programmi validati, meta-analisi di interventi efficaci) che ora ci apprestiamo a presentare ci sostiene nel rispondere affermativamente a tale quesito.

1.1. I programmi di prevenzione

La prevenzione della depressione è soprattutto orientata ad impedire che accada il primo Episodio Depressivo Maggiore (EDM) e la ricomparsa di ulteriori episodi. Proprio per la manifestazione ciclica del disturbo e per l'importanza clinica che assume la ricorrenza di più EDM, riuscire ad impedirne la comparsa e la ricomparsa è l'obiettivo primario delle scienze preventive. Per questo motivo, i principali programmi vengono destinati ai bambini e agli adolescenti consapevoli che se si riuscisse ad evitare o a ritardare l'esordio dell'EDM o la comparsa di un nuovo episodio si orienterebbe al successo l'azione preventiva. Come affermato da Barrera e collaboratori (2007, 657), gli studi sulla popolazione infantile e su quella anziana sono limitati sia per le difficoltà a riconoscere i sintomi depressivi in età infantile, sia per la comorbidità del disturbo depressivo con disturbi fisici nella popolazione anziana. I programmi che ora prendiamo in esame, sulla base delle rassegne sistematiche realizzate da Horowitz e Garber (2006, 401-415), Garber (2006, 104-125) su 30 programmi *evidence-based*, da Barrera, Torres, Munoz (2007) su 12 programmi, da Christensen *et al.*, (2010) su 44 programmi, vengono categorizzati come RCT (*Randomized Control Trials*) e dimostrano l'efficacia dell'intervento preventivo nel ridurre i disturbi internalizzati e, relativamente alla depressione, nel ridurre l'incidenza di nuovi EDM attraverso: la prevenzione dell'insorgenza del disturbo, la riduzione significativa dei sintomi, la prevenzione delle ricadute.

1.1.1 Gli interventi universali

Il vantaggio di tali interventi, per lo più *school-based*, è che evitano effetti iatrogeni a motivo dello stigma sempre associato all'individuazione, all'interno dei contesti naturali, di soggetti con problemi mentali. D'altra parte, come affermano Christensen e collaboratrici (2010, 139) poco si sa circa l'efficacia dei programmi di prevenzione e di intervento precoce per i giovani e gli adolescenti una volta lasciata la scuola, seppur l'efficacia relativa alla diminuzione dei livelli di ansia e depressione siano stati registrati nel 60% dei programmi da loro esaminati (18 studi sull'ansia e 26 sulla depressione), la maggior parte dei quali di tipo CBT (*Cognitive Behavior Therapy*). Le conclusioni cui giungono Horowitz e collaboratori (2006, 401-415), circa l'efficacia degli interventi universali non confermano quanto evidenziato dal gruppo australiano della Christensen (2010).

Infatti, secondo loro, gli interventi universali sono meno efficaci degli interventi selettivi e indicati. Sheffield (2006, 66-67) riporta alcune ragioni. Innanzitutto, i programmi universali di prevenzione realizzati nelle scuole in generale sono diretti all'intera classe, per cui utilizzano contenuti generici applicabili a tutte le categorie di studenti. Al contrario, gli interventi selettivi ed indicati sono condotti in piccoli gruppi di giovani che presentano qualche fattore di rischio comune. Per questo motivo, i contenuti dell'intervento sono più specifici e rispondono ai bisogni di tale sottogruppo. In questo senso, l'approccio universale non prevede un *focus* e un insegnamento sufficientemente forte ed individualizzato come richiesto nel caso dei giovani che sono maggiormente a rischio di sviluppare la depressione (Clarke, 1999). Secondo Horowitz (2006, 409-410) ciò può essere dovuto alla differenza esistente tra i livelli di sintomatologia presenti nei gruppi di controllo. Più precisamente, nei programmi universali, i partecipanti al gruppo di controllo non mostrano sufficienti sintomi di depressione per poter dimostrare che le eventuali variazioni nel *follow-up* siano effettivamente dovute all'efficacia dell'intervento. Al contrario, negli interventi selettivi ed indicati, il campione è scelto tra chi manifesta uno stato effettivo di rischio o presenta sintomi subclinici; così, dopo l'intervento è più probabile che i soggetti del gruppo di controllo presentino livelli di depressione maggiori rispetto al gruppo sperimentale. Anche se di breve durata, gli interventi universali prevedono l'acquisizione di alcune abilità di base il cui impatto potrebbe essere significativo se gli studenti avessero la possibilità di consolidare successivamente tali abilità in un piccolo gruppo, attraverso interventi specifici. Alcuni studiosi sostengono che la combinazione tra interventi universali, basati su programmi cognitivo-comportamentali diretti all'intera classe, e interventi più intensivi e specifici, potrebbe essere più efficace nel prevenire lo sviluppo della depressione in studenti a rischio rispetto all'applicazione di soli interventi indicati o universali. Facendo poi un paragone tra studenti considerati non a rischio di sviluppare la depressione che hanno partecipato ad un intervento universale e studenti che non hanno seguito alcun tipo di intervento, alcuni studi

hanno individuato piccole differenze a favore di chi ha partecipato ad un intervento anche se universale (Sheffield, 2006, 67).

Tra i programmi universali, rispetto ai quali esiste un generale accordo tra le diverse rassegne sistematiche prese in esame, annoveriamo i seguenti. Clarke e collaboratori (1993; 2001) realizzarono due programmi CBT, successivamente modificati, con adolescenti in ambito scolastico e ottennero punteggi significativi (gruppo sperimentale = 14,5%; gruppo di controllo trattato con metodiche 'tradizionali' = 25.7%) seppur non confermati né a breve né a lungo termine. Cardemil e collaboratori (2002; 2006) hanno applicato il programma PRP (*Penn Resiliency Programme*) a bambini di etnia latina e afroamericana. Sono stati ottenuti dei buoni risultati relativamente alla diminuzione dei pensieri negativi, all'incremento dell'autostima, alla diminuzione del senso di non speranza verso il futuro. Tali risultati, considerati sintomi depressivi minori, nel *follow-up* a sei mesi e a due anni sono stati confermati nei bambini latini ma non in quelli afroamericani. Anche con un gruppo di adolescenti in Cina tale programma ha dato simili risultati (Yu, Seligman, 2002). In Australia è stato realizzato e validato il RAP (*Resourceful Adolescent Programme*), programma *school-based* ispirato ai principi dell'approccio CBT e dell'approccio interpersonale. Tale programma è stato testato e validato anche in altri paesi e sono stati confermati i buoni risultati ottenuti nella riduzione dei sintomi depressivi nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo (Merry *et al.*, 2004; Sochet *et al.*, 2001). Braithwaite e Fincham (2007) hanno potuto dimostrare, con applicazione via internet, l'efficacia dei programmi preventivi, misurati attraverso l'utilizzo della BDI (*Beck Depression Inventory*) e la scheda PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*), nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo trattato con intervento placebo. Cukrowicz e Joiner (2007) hanno applicato l'intervento via internet e hanno ottenuto dei buoni risultati nel gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo misurati con la BDI (BDI = 0.50), ma non confermati con la somministrazione della scheda PANAS, i cui punteggi non differivano nei due gruppi (PANAS = 0.11). Johansson (1991) con un programma universale rivolto a studenti universitari da 19 a 40 anni, basato sulla gestione dello stress tramite l'acquisizione di strategie di *coping*, ha ottenuto significativi risultati nella riduzione dei punteggi riportati nella *IPAT Depression Scale* (Studenti al secondo anno = 0.69; Studenti senior = 0.75). Kim e collaboratori (2004) con un programma CBT, basato sull'insegnamento di esercizi per fronteggiare situazioni stressanti, realizzato con una popolazione giovanile in Corea, hanno ottenuto una significativa diminuzione nei punteggi misurati con il DSI (*Depression Status Inventory*).

1.1.2 Interventi selettivi

Dall'analisi delle rassegne prese in considerazione nel presente contributo, i partecipanti ai programmi selettivi sono stati inclusi sulla base di una serie di fattori, tra cui i punteggi di ansia,

ipersensibilità, stile attributivo, basso grado di autostima, problemi di immagine corporea, esperienza nel passato di attacchi di panico, precedenti sintomi di depressione, eventi di vita negativi. Altri sulla base della presenza di un importante fattore di rischio come l'aver un genitore affetto da depressione o riportare sintomi internalizzanti iniziali sottosoglia. Beardslee e colleghi (1993; 2001; 2003) hanno assunto un ruolo guida nella realizzazione di interventi *multiple family-based* per prevenire la depressione nei bambini di genitori affetti da disturbi depressivi. Gli interventi comprendono un programma CBT che comprende 6-10 sessioni di psicoeducazione rivolte a genitori e a figli e due sessioni di conferenze in gruppo rivolte ai soli genitori (Beardslee, Gladstone, 2001). Entrambi gli interventi hanno prodotto cambiamenti positivi in genitori e figli, con maggiori cambiamenti nella comunicazione e nella comprensione della malattia depressiva nei partecipanti all'intervento psicoeducativo (Beardslee *et al.*, 1993). Gli effetti positivi di questo intervento sono stati mantenuti nella rilevazione di *follow-up* a tre anni (Beardslee *et al.*, 1996). In un altro recente rapporto, Beardslee *et al.* (2003) hanno dimostrato, tramite *follow-up* a 2 anni e mezzo e oltre, una diminuzione dei sintomi internalizzanti nei bambini partecipanti a entrambi gli interventi. Tale intervento *family-based* è stato adattato e realizzato con famiglie a basso reddito e in diverse aree urbane con famiglie di differenti provenienze culturali (Podoresfksy *et al.*, 2001), ma deve ancora essere testato per poter essere incluso tra i RCT (*Randomized Control Trials*). Il *Penn Depression Prevention Program* (PPP) è risultato efficace nel ridurre in modo significativo i sintomi della depressione tra i bambini con elevati livelli di sintomi depressivi e che sono stati esposti a conflitto genitoriale (Jaycox *et al.*, 1994). Riduzioni di sintomi depressivi non sono stati registrati, però, a 3 anni di *follow-up* (Gillham, Reivich, 1999). Il PPP ha subito adattamenti linguistici minori ed è stato testato in un campione di bambini del 7° grado delle zone rurali che risiedono in Australia occidentale (Roberts *et al.*, 2003). L'intervento è stato efficace nel ridurre l'ansia, ma non i sintomi depressivi al post-intervento e a 6 mesi di *follow-up*. In entrambi gli interventi i punteggi dei sintomi depressivi dei partecipanti dei gruppi di controllo sono stati ridotti, quelli del gruppo di intervento riportano punteggi più bassi, ma non significativamente più bassi. In un recente studio di confronto tra una molteplicità di interventi di prevenzione brevi tra gli adolescenti con sintomi depressivi elevati, Stice e collaboratori (2006) hanno dimostrato che interventi attivi alternativi (ad esempio, gruppo di supporto-espessivo), tra cui CBT (Clarke *et al.*, 1995), possono prevenire il peggioramento dei sintomi depressivi. Una netta riduzione del punteggio dei sintomi depressivi è stata verificata tra i partecipanti assegnati all'intervento CBT rispetto al gruppo di controllo subito dopo l'intervento e al *follow-up* ad 1 mese, ma non a 6 mesi. Analisi esplorative sull'insorgenza di gravi sintomi depressivi in qualsiasi momento durante i 6 mesi di *follow-up* hanno indicato che i tassi di grave patologia depressiva (BDI>30) sono risultati inferiori, ma non in modo significativamente differente tra i partecipanti assegnati ad uno degli interventi attivi confrontati con quelli della lista di attesa. Alcuni programmi selettivi, basati su

interventi CBT, sono stati realizzati per prevenire stati depressivi in popolazione femminile in particolari situazioni di rischio, come ad es. ragazze universitarie con problemi di immagine corporea (Bearman *et al.*, 2003) e ragazze minorenni in stato di gravidanza (Logsdon *et al.*, 2005): nel primo caso si sono avute significative differenze dopo il trattamento (BDI: 0,29; PANAS: 0.54), mentre nel secondo non sono stati ottenuti risultati significativi, misurati con CES-D (*Centre for Epidemiological Studies of Depression*) in entrambi i gruppi, sperimentale e di controllo. Anche Barnet e collaboratori (2007) non hanno ottenuto significativi punteggi nella diminuzione dei sintomi depressivi moderati o gravi, in entrambi i gruppi, con un programma di prevenzione rivolto a minorenni gravide realizzato tramite *home visiting*. Con soggetti individuati ad alto rischio depressivo (valutato tramite *stile attribuzionale depressogeno, punteggi elevati nella scala BDI, presenza di episodi depressivi "moderati"*), Seligman e collaboratori (1999; 2007) hanno realizzato un programma cognitivo comportamentale di gruppo e individuale ottenendo significativi risultati nella diminuzione dei principali indici depressivi presenti nel gruppo sperimentale. È da menzionare un programma basato sulla scrittura espressiva per diminuire i sintomi depressivi in soggetti con precedenti episodi depressivi; gli autori (Gortner *et al.*, 2006) hanno ottenuto una significativa diminuzione nei sintomi depressivi, rilevati tramite BDI, nei soggetti catalogati come *high suppressors* sulla base dei punteggi ottenuti nella sottoscala dell'ERQ (*Emotion Regulation Questionnaire*).

1.1.3 Interventi indicati

Tali programmi sono rivolti a soggetti con elevati sintomi depressivi ma che non soddisfano la diagnosi di disturbo depressivo. L'analisi della rassegna evidenzia come tali programmi siano efficaci nel ridurre significativamente i sintomi depressivi nei gruppi trattati rispetto ai gruppi di controllo e nel prevenire EDM (Clarke *et al.*, 1995; 2001; Seligman, 1999; 2007; Spence *et al.*, 2003). Tali programmi fondamentalmente sono di tipo CBT e si basano su interventi di psicoeducazione, su strategie di *coping* per gestire lo stress, su abilità di *problem solving* , su strategie di modifica degli stili attribuzionali e dei pensieri disfunzionali, su abilità assertive e interpersonali, sul miglioramento dello stile di vita. Un promettente filone che attualmente si sta diffondendo nelle pratiche ad orientamento CBT utilizza le pratiche meditative *Mindfulness* per combattere la depressione e sembra dare buoni risultati nella realizzazione di programmi preventivi *mindfulness-based* (Becciu *et al.*, 2015). Un ulteriore approccio innovativo fa riferimento all'utilizzo di programmi via internet e all'adozione di manuali *self-help* da realizzare in gruppi di soggetti con sintomi depressivi in atto. L'aver individuato, inoltre, che spesso disturbi d'ansia siano predittori di disturbi depressivi, orienta l'azione preventiva a trattare, con interventi indicati, i primi per prevenire i secondi (Lowry *et al.*, 2001).

2.2. Variabili oggetto di intervento preventivo

Dall'analisi della letteratura passata in rassegna ci sentiamo incoraggiati ad investire sempre più nella prevenzione della depressione sia per evitare che larghe fasce della popolazione, soprattutto infantile ed adolescenziale, possano incorrere in questo rischio, sia per trattare i soggetti particolarmente a rischio sia per aiutare le persone che già vivono sintomi importanti legati alla sindrome depressiva. Abbiamo potuto evidenziare l'efficacia di molti degli interventi presi in esame. Come ultima parte del nostro contributo, intendiamo ora mettere in risalto le variabili principali su cui gli interventi preventivi sembrano agire.

Innanzitutto, le teorie che ispirano la maggior parte dei programmi sono la *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), la *Behavioral Therapy* (BT) e la *Community Based*. Sono programmi attivi che coinvolgono direttamente i destinatari nel prendere parte alle attività proposte per acquisire conoscenze, abilità e competenze atte a gestire lo stress, le situazioni difficili e i rischi depressivi. Particolarmente utilizzata è la psicoeducazione attraverso la quale viene fornito ai partecipanti il set di conoscenze utili per capire i meccanismi cognitivi, emotivi, comportamentali e sociali coinvolti nel disturbo depressivo. Molto utili si sono rivelate le strategie di *coping* desunte dallo *Stress Inoculation Training* di Maichenbaum (2007) per fronteggiare le situazioni stressanti cui i soggetti a rischio depressivo sono particolarmente sensibili. Un altro set di competenze, importante oggetto di promozione negli interventi preventivi, concerne le strategie di *problem solving*, le abilità sociali, assertive, interpersonali. Inoltre, la maggior parte dei programmi utilizza le tecniche di ristrutturazione cognitiva per la gestione delle emozioni disforiche. Come già accennato, recenti applicazioni promuovono attività via internet, nonché programmi di auto-mutuo aiuto da realizzare con l'utilizzo della manualistica. Appaiono particolarmente promettenti i recenti programmi che utilizzano tecniche meditative per affrontare le sofferenze imparando il blocco dell'evitamento anche attraverso l'utilizzo di tecniche e strategie *mindfulness-based*. La promozione dell'autostima è trasversalmente diffuso come contenuto nella maggior parte dei programmi esaminati. Infine, molto efficace sembra risultare il ricorso al supporto sociale come fattore ambientale protettivo per sostenere i soggetti con percorsi di rischio depressivo.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews G. (1996). Talk that works: the rise of cognitive-behaviour therapy, *Brit. Med. J.*, 313: 1501-1502, cit. in Morosini P., Leveni D., Piacentini D., Michelin P., Gigantesco A. (2011). *Capire e superare la Depressione*. Grottaferrata (Roma): Avverbi Edizioni.
- Albee G.W. (1985). The argument for primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 5, 213-219.

- APA - American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Barnet B., Liu J., DeVoe M., Alperovitz-Bichell K., Duggan A.K. (2007). Home visiting for adolescent mothers: Effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Annals of Family Medicine*, 5 (3), 224-232.
- Barrera M. (2006). Directions for Expanding the Prevention of Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 61, 182-183.
- Barrera A.Z., Leandro D. Torres, Munöz R.F. (2007). Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st Century. *International Review of Psychiatry*, 19 (6), 655-670.
- Beardslee W.R., Gladstone T.R.G. (2001). Prevention of childhood depression: Recent findings and future prospects. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1101-1110.
- Beardslee W.R., Gladstone T.R.G., Wright E.J., Cooper A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112 (2), 119-131.
- Beardslee W.R., Salt P., Porterfield K., Rothberg P.C., Van de Velde P., Swatling S. et al. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 254-263.
- Beardslee W.R., Wright E.J., Rothberg P.C., Salt P., Versage E. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 774-782.
- Bearman S. K., Stice E., Chase A. (2003). Evaluation of an intervention targeting both depressive and bulimic pathology: A randomized trial. *Behavior Therapy*, 34 (3), 277-293.
- Becciu M., Colasanti A.R., Belea M. (2009). La prevenzione del disturbo depressivo in età evolutiva. *Psychomed*, 3, 39-50.
- Becciu M., Colasanti A.R. (2011). L'interdipendenza rischio-protezione come contenuto privilegiato della prevenzione nella salute mentale. *Orientamenti Pedagogici*, 58, 4, 711-727.
- Becciu M., Borgo S., Colasanti A.R., Sibilia L. (a cura di) (2015). *Spiritualità benessere e pratiche meditative. Il contributo della psicoterapia, delle neuroscienze e delle tradizioni religiose*. Milano: Franco Angeli.
- Beck A. (1978). *La depressione*. Torino: Boringhieri.
- Biondi M. (2010). *Stress psicosociale. L'impatto sulla salute*. Relazione tenuta al convegno su La ricerca sullo stress lavorativo e negli ambienti di vita. Roma: Università Sapienza, 28-30 maggio 2010. Materiale non pubblicato.
- Braithwaite S.R., Fincham F.D. (2007). ePREP: Computer based prevention of relationship dysfunction, depression and anxiety. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 26 (5), 609-622.
- Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *BJP*, 121:241-258. DOI: 10.1192/bjp.121.3.241
- Chaplin T.M. (2006). Depression prevention for early adolescent girls: A pilot study of all girls versus co-ed groups. *Journal of Early Adolescence*, 26 (1), 110-126.
- Christensen H., Pallister E., Smale S., Hickie I.B., Caley A.L. (2010). Community-Based Prevention Programs for Anxiety and Depression in Youth: A Systematic Review. *Journal Primary Prevention*, 31:139-170. DOI: 10.1007/s10935-010-0214-8. Source: PubMed.
- Clarke G.N., Rohde P., Lewinsohn P.M., Hops H., Seeley J. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.

- Clarke G.N., Hornbrook M., Lynch F., Polen M., Gale J., Beardslee W.R., O'Connor E., Seeley J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Cole D.A. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (1), 156-165.
- Compas B.E., Connor Smith J., Jaser S.S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: implication for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 21-31.
- Cukrowicz K.C., Joiner T.E. (2007). Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 31 (5), 677-693.
- Eberhart N.T., Hammen C.L. (2006). Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood. *Personal relationships*, 13, 195-206.
- Ellis A. (1989). Ragione ed emozione in psicoterapia. Astrolabio Ubaldini. Roma.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 4286, 129-136.
- Farrell L.J., Barrett P.M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58-65.
- Garber J. (2006). Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (6), 104-125.
- Gillham J.E., Reivich K.J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science*, 10, 461-462.
- Goodwin F.K., Jamison K.R. (1990). Suicide. In Goodwin F.K., Jamison K.R. (Eds.). *Manic-Depressive Illness*, 227-244. Oxford University Press. New York.
- Gortner E.M., Rude S.S., Pennebaker J.W. (2006). Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 37 (3), 292-303.
- Hankin B.L., Abramson L.Y., Moffitt T.E., Silva P.A., McGee R., Angell K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 128-140.
- Horowitz J.L., Garber L. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 3, 401-415.
- Jaycox L., Reivich K., Gillham J.E., Seligman M.E.P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavioral Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Johansson N. (1991). Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *Journal of American College Health*, 40 (3), 125-129.
- Kessler R.C., Zhao S., Blazer D.G., Swartz M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- Kessler R.C., Merikangas K.R. (1994). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 2, 60-68.
- Kim K.B., Cohen S.M., Oh H.K., Sok S.R. (2004). The effects of meridian exercise on anxiety, depression, and self-esteem of female college students in Korea. *Holistic Nursing Practice*, 18 (5), 230-234.
- Leff J., Wig N.N., Gosh A., Bedi H., Menon D.K., Kuipers L., Korten A., Ernberg R., Day R., Sartorius N., Jablensky A. (1987). Influence of relatives expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151, 166-172

- Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R. E., Seeley J.R., Andrews J.A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 133-144.
- Logsdon M.C., Birkimer J.C., Simpson T., Looney S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34 (1), 46-54.
- Lowry-Webster H.M., Barrett P.M., Dadds M.R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behavior Change*, 18 (1): 36-50.
- MacPhee A., Andrews J.J.W. (2006). Risk factors of depression in early adolescence. *Adolescence*, 41, 163, 435-466.
- Meichembaum D. (2007). Stress inoculation training: a preventive and treatment approach. In Lehrer R.L., Woolfolk R.L., Sime W. S. (Eds.). *Principles and practices of stress management*, 497-518. New York: Guilford Press.
- Merry S., McDowell H., Wild C.J., Bir J., Cunliffe R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 538-547.
- Ministero della Salute. (2014). *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*, www.rssp.salute.gov.it
- National Advisory Mental Health Council. (1990). *National plan for research on child and adolescent mental disorders*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, DHHS Publication, 90-1683.
- Omero (2012). *Iliade*, Canto VI. (Trad. di V. Monti). Firenze: Ed. Edimedia
- Patel V., Araya R., de Lima M., Ludermit A., Todd C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc. Sci. Med.*, 49 (11): 1461-71.
- Pössel P., Seemann S., Hautzinger M. (2008). Impact of Comorbidity in Prevention of Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (2008) 1, 106-117.
- Plutarco (1833). (Versione Italiana di Girolamo Pompei). *Le vite degli uomini illustri, Vita di Demetrio*, 779. Firenze: Ed. Davide Passigli e soci.
- Podorefsky D.L., McDonald-Dowdell M., Beardslee W.R. (2001). Adaptation of preventive interventions for a low-income, culturally diverse community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (8), 879-886.
- Roberts C., Kane R., Thomson H., Bishop B., Hart B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 622-628.
- Rones M., Hoagwood K. (2000). School-based mental health services: a research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 223-241.
- Saraceno B., Barbui C. (1997). Poverty and Mental Illness. *Canadian Journal Psychiatry*, 42, 285-290.
- Seligman M.E.P. (2005). *Imparare L'Ottimismo*. Firenze: Giunti.
- Seligman M. E. P., Schulman P., DeRubeis R.J., Hollon S. D. (1999). *The prevention of depression and anxiety*. *Prevention & Treatment*, 2 (8). Disponibile su FTP: <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre002008a.html>
- Seligman M.E.P., Schulman P., Tryon A.M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (6), 1111-1126.
- Sheffield J.K., Spence S.H., Rapee R.M., Kowalenko N., Wignall A., Davis A. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 66-79.

- Shochet I.M., Ham D. (2004). Universal school-based approaches to preventing adolescent depression: Past findings and future directions of the Resourceful Adolescent Program. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6, 17-25.
- Solomon D.A., Keller M.B., Leon A.C., Mueller T.I., Shea T., Warshaw M. (1997). Recovery from major depression: A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1001-1006.
- Solomon D.A., Keller M.B., Leon A.C., Mueller T.I., Lavori P.W., Shea M.T., Coryell W., Warshaw M., Turvey C., Maser J.D., Endicott J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 157 (2), 229-33.
- Spence S.H., Sheffield J.K., Donovan C.L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 3-13.
- Stark K. (1995). *La depressione infantile. Intervento psicologico nella scuola*. Trento: Erickson.
- Stice E., Shaw H., Burton E., Wade E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 263-275.
- Twenge J.M., Nolen Hoeksema S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-588.
- U.S. Public Health Service (2000). *Report of the Surgeon's General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Yu D.L., Seligman M.E.P. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention and Treatment*, 5.9. Disponibile su <http://journals.apa.org/prevention/pre0050009a.html>
- WHO (2004). *The world health report 2004: Changing history*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmermann P., Wittchen H.U., Höfler M., Pfister H., Kessler R.C., Lieb R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol disorders: a 4- year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211-22.

INTERVENTI DI *PATIENT EDUCATION* DI GRUPPO NELLA DEPRESSIONE LIEVE O MODERATA

Anna Rita Colasanti¹

«Se fossero stati farmaci, alcuni interventi psicosociali a orientamento cognitivo-comportamentale sarebbero stati registrati come efficaci e sicuri e farebbero parte essenziale della farmacopea di ogni medico»

G. Andrews (1996)

Nel presente contributo è descritto un intervento psicoeducativo di gruppo, ad orientamento cognitivo-comportamentale per il trattamento della depressione lieve o moderata, presentato estesamente nel testo di Morosini *et al.* (2011) *Capire e superare la depressione*. Nel delineare l'intervento, specificheremo brevemente le seguenti voci: riferimenti teorici, destinatari, durata, *format*, conduttori, articolazione interna delle unità, contenuti e attività di ogni singolo incontro.

Riferimenti teorici

Il programma che andremo a descrivere si ispira ampiamente ai lavori di Gavin Andrews (2003, 2004), psichiatra ricercatore australiano, e dei suoi collaboratori, di Ian Falloon (1998) psichiatra ricercatore neozelandese, di Odd Stefan Dalgard (2006) psichiatra ricercatore norvegese e di Pierluigi Morosini e collaboratori (2004, 2011) epidemiologo, psichiatra italiano. Tali autori, pur operando in contesti geograficamente diversi, condividono la predilezione accordata, nell'ambito della salute mentale, agli interventi di natura psicosociale e l'orientamento prevalentemente cognitivo comportamentale nel trattamento dei principali disturbi clinici.

Destinatari

Possono beneficiare del programma coloro che soffrono di depressione di grado lieve o moderato e coloro che sperimentano uno stato di scoraggiamento e demoralizzazione non inquadrabile in un vero e proprio stato depressivo. Il numero ottimale di partecipanti al programma è di 8-10 unità.

Durata

L'implementazione dell'intero programma richiede circa tre mesi e mezzo. Sono previsti 12-14 incontri a cadenza settimanale, ciascuno della durata massima di due ore.

¹ Università Salesiana, Roma - Email: arcolasanti@gmail.com

Format

Il programma è corredato sia di un manuale di autoterapia di gruppo, che i partecipanti sono chiamati a leggere nel corso delle sessioni seguendo le indicazioni relative alle diverse attività da praticare singolarmente e in piccoli gruppi, sia di una guida per coloro che sono chiamati a condurre il programma.

Conduttori

Per la realizzazione del programma è richiesta la presenza di due conduttori: uno con il compito prevalente di condurre il gruppo, l'altro con quello di osservare le reazioni dei partecipanti, di tenere un breve verbale e di distribuire e raccogliere i moduli concernenti le diverse attività.

E' importante sottolineare che chi è chiamato a condurre il programma non assume il ruolo di terapeuta ma di facilitatore, assolvendo i seguenti compiti: guidare e controllare la lettura del testo, promuovere le esercitazioni, condurre la parte finale, stimolare l'esecuzione degli esercizi a casa.

Articolazione interna delle unità

Ogni unità del programma prevede una scansione costante:

- si apre l'incontro con l'appello delle emozioni da parte del conduttore, è richiesto, cioè, ad ogni partecipante di stimare il proprio umore scegliendo un valore da 0 a 100;
- si procede con la lettura a turno, da parte dei partecipanti, del manuale;
- ogni due tre paragrafi il conduttore interrompe per chiedere se ci sia bisogno di chiarimenti, quindi passa il turno di lettura ad un altro partecipante;
- nel corso dell'unità sono proposte esercitazioni da effettuare a gruppi di tre, ed è richiesto ad un portavoce di riportare un breve resoconto delle esperienze condotte;
- alla fine di ogni incontro, a ciascuno dei partecipanti, è consegnato un modulo di valutazione dell'unità, che il conduttore provvede a raccogliere;
- sono previsti per ogni unità esercizi a casa che aggiungono di volta in volta un elemento nuovo ai compiti precedenti che permangono per l'intero programma.

Contenuti e attività di ogni incontro

In quest'ultima parte riportiamo schematicamente i contenuti e le attività dei singoli incontri del programma (Tab.1), rimandando il lettore al testo di riferimento (Morosini *et al.*, 2011) per una descrizione più puntuale dei medesimi.

Tab.1 Unità, Contenuti e articolazione dei singoli incontri:

1^ UNITÀ. Introduzione al programma

- INDICAZIONI SULL'USO DEL MANUALE
- CONTENUTO E STRUTTURA DEI SINGOLI INCONTRI
- REGOLE DI GRUPPO (riservatezza, uso di comunicazioni descrittive e non valutative, puntualità e presenza, *homework*)
- APPELLO DELLE EMOZIONI E DOMANDE DA PORSI AD INIZIO GIORNATA (“*Che cosa mi potrà capitare o che cosa potrò fare di piacevole o almeno di poco spiacevole oggi?*”, “*Come mi potrò rendere utile agli altri oggi?*”)
- *HOMEWORK* (fare ogni giorno un po' di attività fisica, lasciar scorrere via i pensieri negativi, porsi le domande del mattino)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ
- PRIMA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SU ANSIA E DEPRESSIONE (Kessler *et al.*, 2003)

2^ UNITÀ. Informazioni sulla depressione e gestione dell'ansia

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- INFORMAZIONI SULLA DEPRESSIONE (diffusione, caratteristiche degli episodi depressivi, depressione nell'anziano e nel giovane, malesseri fisici, vergognarsi di essere depresso, conseguenze della depressione)
- ESERCITAZIONE “Confronto dei malesseri”
- LA GESTIONE DELL'ANSIA: LA RESPIRAZIONE LENTA
- ESERCITAZIONE “Respirazione lenta”
- ESERCITAZIONE “Grafico dell'umore: la giornata di ieri”
- *HOMEWORK* (tenere un diario, fare il grafico dell'umore, fare attività fisica quotidiana, porsi le domande del mattino)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

3^ UNITÀ. Altre informazioni su depressione fattori stressanti e rinforzi

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- ALTRE INFORMAZIONI SULLA DEPRESSIONE (deliri e allucinazioni, depressione bipolare, rischio suicidario)
- ESERCITAZIONE “Forme particolari di depressione”
- LINEAMENTI TEORICI SULLE CAUSE DELLA DEPRESSIONE
- ESERCITAZIONE “Confronto dei fattori di stress e delle difficoltà”
- ALTRE INFORMAZIONI SULLA DEPRESSIONE (rete familiare, amicale, sociale; vantaggi secondari)
- LA TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE: I RINFORZI
- ESERCITAZIONE “I rinforzi”
- *HOMEWORK* (leggere in appendice i trattamenti efficaci per la depressione e annotare richieste di chiarimenti, fare il grafico dell'umore, fare attività fisica quotidiana, porsi le domande del mattino, far scorrere via i pensieri negativi, riflettere sui rinforzi che si vorrebbero ricevere o conquistare)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

Tab.1 (Cont.)

4^ UNITÀ. Aumento delle attività

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITA' (prendere nota dell'attività appena terminata, annotare solo quello che si è fatto e non quello che si sarebbe voluto o potuto fare, scrivere poche parole, assegnare un punteggio di piacevolezza e utilità)
- ESERCITAZIONE "Le attività della giornata di ieri"
- ESERCITAZIONE "Aumentare le attività pianificandole in anticipo"
- ESERCITAZIONE "Individuazione di attività piacevoli"
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, scrivere nel diario le attività che potremmo trovare piacevoli, pensare ad un'attività piacevole che potremmo fare ogni giorno ed inserirla nella programmazione settimanale)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

5^ UNITÀ. Soluzione di problemi e raggiungimento di obiettivi

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- ESERCITAZIONE "Trasformare i problemi in obiettivi"
- LINEAMENTI TEORICI SULLE FASI DEL *PROBLEM SOLVING* (definire il problema, proporre soluzioni a ruota libera, valutare le soluzioni, scegliere la soluzione migliore, fare un piano, verificare il piano)
- ESERCITAZIONE "Porsi obiettivi di qualità" (considerare un problema/obiettivo per volta, non scegliere obiettivi troppo difficili, suddividere obiettivi complessi in obiettivi più semplici, non scegliere obiettivi troppo dipendenti dal contributo di altri, scegliere obiettivi propri, non imposti dagli altri, guardare dal presente in avanti senza rimuginare su quello che non si è riusciti a fare)
- ESERCITAZIONE "Applicare il metodo strutturato di PS"
- SECONDA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SU ANSIA E DEPRESSIONE (Kessler *et al*, 2003)
- INVIO DI UNA CARTOLINA A SE STESSI (due obiettivi da raggiungere entro tre mesi e più in là nel tempo)
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un'attività piacevole, compilare un modulo di PS per un obiettivo semplice, ma che sta particolarmente a cuore).
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

6^ UNITÀ. Principi delle teorie cognitivo-comportamentali

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SULL'ABC DEL COGNITIVISMO E SULLE BASI COGNITIVE DELLA DEPRESSIONE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLO STILE ATTRIBUTIVO
- ESERCITAZIONE "Riconoscere i pensieri disfunzionali verso se stessi, il mondo, il futuro"
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un'attività piacevole e di raggiungere almeno un altro obiettivo, fare attenzione ai pensieri disfunzionali verso se stessi, il mondo, il futuro)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

Tab.1 (Cont.)

7^ UNITÀ. I virus mentali

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SULLE PRINCIPALI DISTORSIONI COGNITIVE (saltare alle conclusioni, leggere la mente, generalizzare, pensare in termini dicotomici, catastrofizzare, filtrare la realtà, personalizzare, giudicare in base alle emozioni, sopravvalutare l'influenza)
- ESERCITAZIONE "Classificare le distorsioni cognitive"
- ESERCITAZIONE "Riconoscere le distorsioni in episodi di vita reali"
- LINEAMENTI TEORICI SULLE PRETESE ASSOLUTE (doverizzazioni verso se stessi, gli altri, il mondo)
- ESERCITAZIONE "Distinguere bisogni e desideri"
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un'attività piacevole e di raggiungere almeno un altro obiettivo, fare attenzione ai pensieri disfunzionali verso se stessi, il mondo, il futuro e riconoscere in essi i principali virus mentali)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

8^ UNITÀ. Riconoscere i pensieri disfunzionali

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SUGLI ERRORI DI PENSIERO NELLA DEPRESSIONE
- ESERCITAZIONE "Individuare i pensieri disfunzionali"
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un'attività piacevole e di raggiungere almeno un altro obiettivo, quando l'umore peggiora registrare su un apposito modulo i pensieri che attraversano la mente e provare a chiedersi quali modi diversi di vedere la realtà potrebbero permettere di valutare meno negativamente presente e futuro)
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ E TERZA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SU ANSIA E DEPRESSIONE (Kessler *et al.*, 2003).

9^ UNITÀ. Valutare e contrastare i pensieri disfunzionali

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SUL CONTRASTARE I PENSIERI DISFUNZIONALI
- ESERCITAZIONE "Valutare i pensieri e verificarne la fondatezza"
- ESERCITAZIONE "Costruire pensieri funzionali"
- ESERCITAZIONE "Pensieri funzionali e pensieri illusori"
- ESERCITAZIONE "imparare a registrare e confutare i pensieri disfunzionali"
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un'attività piacevole e di raggiungere almeno un altro obiettivo, registrare ogni giorno un pensiero disfunzionale e sottoporlo all'analisi delle prove, identificare le distorsioni cognitive in esso presenti, formulare un pensiero costruttivo).
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ

Tab.1 (Cont.)

10^ UNITÀ. Identificare e modificare le pretese assolute

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SULLE PRETESE ASSOLUTE
- ESERCITAZIONE “Identificare le pretese assolute”
- ESERCITAZIONE “Trasformare le pretese assolute in desideri”
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell’umore, porsi le domande del mattino, fare un po’ di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un’attività piacevole e di raggiungere almeno un altro obiettivo, registrare e confutare in almeno due occasioni i pensieri disfunzionali, identificare e confutare le pretese assolute).
- VALUTAZIONE DELL’UNITÀ

11^ UNITÀ. Altri aspetti specifici della depressione

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SU IMPOTENZA APPRESA, SENSO DI COLPA ED ECCESSO DI ATTRIBUZIONE DI RESPONSABILITÀ PERSONALE
- ESERCITAZIONE “Ridurre il senso di responsabilità eccessiva”
- ESERCITAZIONE “Aumentare il senso di autoefficacia”
- LINEAMENTI TEORICI SULLA PROFEZIA CHE SI AUTODETERMINA
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell’umore, porsi le domande del mattino, fare un po’ di attività fisica, portare avanti il proposito di effettuare almeno un’attività piacevole e di raggiungere almeno un altro obiettivo, riflettere sugli svantaggi delle pretese assolute, rintracciare un episodio in cui ci si è sentiti eccessivamente in colpa e un esempio di profezia che si è autorealizzata).
- VALUTAZIONE DELL’UNITÀ

12^ UNITÀ. Depressione e sostegno sociale

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SU DEPRESSIONE E CONTATTI SOCIALI
- ESERCITAZIONE “Il quadro dei rapporti significativi”
- ESERCITAZIONE “Attività per conoscere gente”
- LINEAMENTI TEORICI SULLA CURA DELLE COMUNICAZIONE VERBALE E NON VERBALE
- ESERCITAZIONE “Comunicazione non verbale”
- ESERCITAZIONE “Fare conoscenza con una persona sconosciuta”
- ESERCITAZIONE “Individuare i pensieri disfunzionali legati alla scarsa voglia di stare con gli altri”
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell’umore, porsi le domande del mattino, fare un po’ di attività fisica, fare un elenco di attività piacevoli che si potrebbero fare con altri, sforzarsi di curare la comunicazione verbale e non verbale, individuare situazioni in cui si sarebbe voluti essere più assertivi).
- VALUTAZIONE DELL’UNITÀ
- Domande del mattino, fare un po’ di attività fisica, porsi l’obiettivo di superare gli eventuali ostacoli al miglioramento, pianificare un PS con una persona di cui ci si fida per decidere come farlo).

Tab.1 (Cont.)

13^ UNITÀ. Controllare l'andamento dei progressi

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SULL'ANDAMENTO DEI PROGRESSI
- ESERCITAZIONE "Fattori di mancato miglioramento"
- ESERCITAZIONE "Fare il punto"
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ
- QUARTA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SU ANSIA E DEPRESSIONE (Kessler *et al*, 2003)
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, porsi l'obiettivo di superare gli eventuali ostacoli al miglioramento, pianificare un PS con una persona di cui ci si fida per decidere come farlo).

14^ UNITÀ. Mantenere i progressi e prevenire le ricadute

- APPELLO DELLE EMOZIONI E VERIFICA DEGLI *HOMEWORK*
- LINEAMENTI TEORICI SULL'ANDAMENTO DEI PROGRESSI
- ESERCITAZIONE "Fattori di mancato miglioramento"
- ESERCITAZIONE "Fare il punto"
- VALUTAZIONE DELL'UNITÀ
- QUINTA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SU ANSIA E DEPRESSIONE (Kessler *et al*, 2003)
- *HOMEWORK* (procedere con il diario e il grafico dell'umore, porsi le domande del mattino, fare un po' di attività fisica, porsi l'obiettivo di superare gli eventuali ostacoli al miglioramento, pianificare un PS con una persona di cui ci si fida per decidere come farlo).

Come si può osservare il programma inizia con la psicoeducazione, il rilassamento e l'attivazione comportamentale; solo in sesta sessione - quando si suppone l'umore abbia registrato un miglioramento, si passa a lavorare sugli aspetti più propriamente cognitivi, per poi dedicare le ultime sessioni all'attivazione della rete sociale tramite l'incremento delle abilità comunicative e relazionali.

Nel corso del programma sono offerte ai partecipanti precise indicazioni su come pianificare e favorire la messa in atto delle attività (cf. box 1 e 2); su come individuare, verificare e confutare i pensieri disfunzionali (cf. box 3,4,5); su come contrastare il senso di colpa accertando la reale gravità delle proprie azioni e pensieri (cf. box 6); su come curare la propria rete sociale.

Box 1 Consigli nel pianificare le attività

- Scegliere attività ben definite
- Includere attività che prevedano esercizio fisico
- Includere attività piacevoli
- Includere attività da fare insieme agli altri
- Essere flessibili nell'aggiungere attività non previste
- Essere rigidi nell'orario e nel rispetto degli impegni
- Dividere le attività più complesse in tappe
- Procedere lentamente
- Se non si riesce con un'attività provare con un'altra
- Farsi complimenti per ogni attività portata a termine

Box 2 Suggerimenti per favorire la messa in atto delle attività

- Scegliere le condizioni ambientali che aiutino a realizzare quanto programmato
- Mettere in atto comportamenti facilitanti
- Impegnarsi pubblicamente *“Staserà laverò io i piatti”*
- Usare le autoistruzioni *“Anche se è difficile posso farcela”*, *“Fallo adesso, non serve a nulla rimandare”*, *“Anche se è dura poi starò meglio”*
- Pensare alle conseguenze a lungo termine del rinviare

Box 3 Domande per individuare i pensieri disfunzionali

- Che cosa mi passa per la mente?
- Cosa mi sentirei dire su di me se mi parlassi ad alta voce?
- Cosa mi sentirei dire sugli altri se mi parlassi ad alta voce?
- Cosa mi sentirei dire sul mio futuro se mi parlassi ad alta voce?
- Se non ci venisse in mente nulla chiedersi:
- Che pensieri mi possono portare a preoccuparmi così tanto?
- Che pensieri mi potrebbero rattristare così tanto?

Box 4 Domande da fare a se stessi per verificare la fondatezza dei pensieri

- Che prove abbiamo a favore di ciò che pensiamo? Che prove abbiamo contro?
- Stiamo facendo errori di osservazione e comprensione della realtà quali: ragionare in termini di bianco/nero, tutto o nulla, saltare alle conclusioni, sottostimare o sovrastimare alcuni aspetti, lasciare che i giudizi siano influenzati dalle emozioni?
- Vi sono nei nostri pensieri delle pretese assolute espresse nei termini *Devo assolutamente E' al 100% necessario che.*
- Questi pensieri, giudizi, immagini, ci fanno sentire come vorremmo?
- Questi pensieri, giudizi, immagini, ci aiutano a comportarci come vorremmo?
- Se anche ciò che pensiamo o crediamo fosse vero o ciò che temiamo si avverasse qual è la cosa peggiore che ci potrebbe davvero capitare? Sarebbe davvero così catastrofica e irrimediabile come può sembrare adesso?

Box 5 Domande utili per costruire pensieri funzionali alternativi

- Su 100 persone, quante in questa situazione reagirebbero nel mio stesso modo?
- Che cosa penserebbe in questa situazione un'altra persona che stimo?
- Che cosa direi ad un'altra persona che pensasse quello che penso io?
- Quali altri modi di considerare la situazione ci potrebbero essere, senza cadere negli errori di osservazione e comprensione della realtà?

Box 6 Domande utili per accertare la reale gravità delle proprie azioni e pensieri

- Gli altri considerano questa azione/questo pensiero grave come lo consideriamo noi?
- Quanto ci sembrerebbe grave questa azione/questo pensiero se a farla/averlo fosse stato il nostro migliore amico?
- Quanto ci sembrerebbe grave questa azione se ne fossimo noi la vittima?
- Conoscevamo in anticipo le conseguenze della nostra azione? Se adesso sapessimo solo quello che sapevamo allora ci comporteremmo allo stesso modo?
- È possibile porre rimedio in tutto o in parte al danno causato?
- Avremmo potuto fare qualcosa di ancora peggiore che invece siamo riusciti ad evitare?

Prima di concludere vorremmo ricordare che il programma è stato applicato con successo in alcuni centri italiani, particolarmente nell'Azienda ospedaliera di Treviglio (BG) e nel Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS n. 9 di Treviso e che studi controllati ne hanno testato l'efficacia.

BIBLIOGRAFIA

- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2003). *Il trattamento dei disturbi d'ansia*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Andrews G., Hunt C., Jarry M., Morosini P., Roncone R., Tibaldi G. (2004). *Disturbi mentali: competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Andrews G. (1996). Talk that works: the rise of cognitive-behaviour therapy. *British Medical Journal*, 313:1501-1502, cit. in Morosini P., Leveni D., Piacentini D., Michelin P., Gigantesco A. (2011). *Capire e superare la Depressione*, Grottaferrata (Roma): Avverbi Edizioni.
- Dalgard O.S. (2006). A randomized controlled trial of a Psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway. In *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 2, 15-23.
- Falloon I. (1998). *Intervento psicoeducativo familiare*. Trento: Ed. Erickson.
- Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L. (2003). Short Screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. In *Psychol. Med.*, 32 (6), 959-970.
- Morosini P., Piacentini D., Leveni D., Mc Donald G., Michielin P., (2004). *La Depressione. Che cosa è e come superarla. Manuale di psicoterapia cognitivo comportamentale per chi soffre di depressione, per chi è a rischio di soffrirne e per i suoi familiari*. Roma: Avverbi Editore.
- Morosini P., Leveni D., Piacentini D., Michielin P., Gigantesco A. (2011). *Capire e Superare la Depressione*. Roma: Avverbi Editore.

L'USO DELLA VOCE E DEL CANTO NELLA GESTIONE DELLE EMOZIONI E NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE

Roberto Picozzi¹

L'emissione vocale dipende dal respiro e la respirazione è il nostro più immediato indispensabile scambio con il mondo. E il respiro è la materia della voce, materia cui le corde vocali danno forma.

La nostra voce è il risultato della vibrazione delle corde vocali all'espiazione dell'aria e l'aria è il veicolo attraverso cui la voce, viaggia da noi nel mondo, risuonando. La voce è parte integrante dell'espressione di ogni essere umano, pertanto possedere una voce integrata con le nostre caratteristiche psicofisiche e capace di adattarsi alle esigenze di comunicazione del momento è un "diritto" di chiunque.

A causa delle immancabili tensioni fisiche e delle altrettanto presenti inibizioni emotive, la maggior parte delle persone non sviluppa pienamente una voce armoniosa, potente ed efficace: la forza espressiva della voce subisce un condizionamento negativo che ha le sue radici nei vari momenti della propria educazione. Spesso al bambino s'insegna a reprimere sia la voce che l'espressione delle proprie emozioni in generale, cosicché l'apparato vocale finisce per diventare un filtro che fa da censura e non, come dovrebbe essere, il veicolo per poter donare all'esterno la propria voce in maniera efficace ed armoniosa (Battaglia, Damiani, 2003).

Riacquistare pienamente il "possesso" della propria voce è quindi un processo che va al di là delle mere tecniche di controllo, è un percorso che ci porta a prendere coscienza di alcuni aspetti, anche molto profondi, del nostro essere nella sua interezza.

Vi sono molte discipline tradizionali che utilizzano la voce come strumento creativo, di armonizzazione e di unificazione: in alcune tra queste sono evidenziati gli aspetti terapeutici del suo uso. Ciò non dovrebbe stupire più di tanto, la voce è suono, vibrazione ed in quanto tale esplicita un'azione fisica non solo sul mondo esterno, ma anche sul corpo che la emette, ancor prima del suono, essendo un'azione motoria, comporta un coinvolgimento corporeo che, con determinati accorgimenti, può risultare benefico.

L'espressione vocale è a tutti gli effetti un prodotto corporeo, dovuto al movimento, è il primo strumento di comunicazione ed espressione di un dinamismo, il nostro primo strumento musicale e la musica è già di per se stessa una potente ed efficace forma di terapia.

¹ Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale (CRP); già Presidente Associazione Italiana Obesità (AIO) - Email: robertopicozzi@libero.it

Allo scopo di riappropriarsi della propria voce e di poterla utilizzare nella maniera efficace sia nella comunicazione, che nella gestione dello stress, delle emozioni e nel trattamento della depressione, è stato ideato dal sottoscritto un corso teorico-pratico articolato in 8 lezioni. Esso propone i seguenti obiettivi:

Un'utilizzazione corretta della propria voce. Ciò permette di stancarsi di meno nel parlare e di poter essere uditi senza particolare sforzo, anche a considerevole distanza.

Imparare ad articolare meglio l'apparato boccale-mandibolare, in modo da poter pronunciare in maniera più definita i suoni delle vocali. Inoltre ciò consente di acquisire una maggiore intonazione musicale.

Imparare a rilassarsi attraverso l'apprendimento di tecniche specifiche.

Un maggiore rilassamento psico-fisico predispone poi, ad apprendere con più facilità il modo corretto di respirare.

Un corretto uso del diaframma favorisce un buon transito dell'aria e la giusta funzionalità delle corde vocali.

Infine, l'emissione di determinati suoni e canti fornisce un importante aiuto nel superare stati depressivi e nel gestire la timidezza, l'ansia, la rabbia, lo stress e le conseguenti somatizzazioni.

Il corso si svolge in 8 lezioni della durata di un'ora e mezza ciascuna ed è articolato nel modo seguente:

1 lez. - Tecniche di rilassamento ed esercizi per le articolazioni fonetiche per la pronuncia corretta delle vocali.

2 lez. - Tecniche di rilassamento ed esercizi per le articolazioni fonetiche per la pronuncia delle vocali.

3-4 lez. - Tecniche di respirazione, di rilassamento ed utilizzo corretto delle corde vocali.

5 lez. - Esercizi per l'emissioni di suoni e canti.

6-7-8 lez. - Emissione di suoni e canti per il trattamento della depressione, la gestione delle emozioni e dello stress.

Cantare in coro

Cantare possibilmente non da soli, è un nuovo elisir di bellezza oltre che di salute. Costa poco, anzi non costa niente e alla lunga da miglioramenti alla salute ed anche estetici. Per esempio sostituisce l'ossigenoterapia praticata in tante Spa andando a ravvivare il colorito e a cancellare i segni di fatica e stanchezza.

Canta che ti passa: dice bene la saggezza popolare. Come teorizzò Cervantes, "chi canta spaventa tutti i mali!" Le ricerche scientifiche si moltiplicano e sono concordi, suffragate da dati

incoraggianti: cantare in coro allunga la vita (De Fonzo, 2010). A suggerire il canto di gruppo, neanche fosse una medicina, sono oggi le nuove linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* britannico, secondo cui a cantare in coro dovrebbero essere soprattutto gli anziani. Per loro, ma non solo, potrebbe essere, oltre a un modo per socializzare, un'assicurazione contro lo spettro della solitudine (e della depressione). Insomma chi canta è più felice. A seminare e a incrociare fra loro studi, rilevamenti, sondaggi si evince che l'impegno continuativo in un coro non solo fa bene al cuore ma è utile a ridurre stress ed ansia, a rafforzare il sistema immunitario e ad alzare il livello di endorfine e della serotonina che è fondamentale per migliorare il tono dell'umore, come quando si svolge un'intensa attività fisica, oppure si praticano discipline che armonizzano il corpo con la mente quali lo Yoga e il *training* autogeno.

E sono proprio i benefici derivanti da sedute di Yoga o di *training* autogeno che un recente studio dell'università di Goteborg (Linklater, 2008) chiama in causa, paragonandoli agli effetti positivi prodotti nell'organismo dal cantare in coro. Il segreto è non gorgheggiare da soli ma farlo all'unisono.

È proprio il picco uniforme e sincronizzato a scatenare, sin dalle primissime note, l'energia positiva.

BIBLIOGRAFIA

- Battaglia Damiani D. (2003). *Anatomia della voce. Tecnica, tradizione, scienza del canto*. Milano: Ricordi.
- De Fonzo M. (2010). *Cantoterapia. Il teorema del canto*. Roma: Armando Editore.
- Linklater K. (2008). *La voce naturale. Immagini e pratiche per un uso efficace della voce e del linguaggio*. Roma: Elliot Edizioni.

CONGRESSI INTERNAZIONALI



On behalf of the Bulgarian Association for Cognitive-Behavioral Psychotherapy, we have the honor and pleasure to welcome you to the **48th Annual Congress of the European Association (EABCT 2018)** which will be held on September 5 – 8, 2018.

48th CONGRESS of the EUROPEAN ASSOCIATION FOR BEHAVIOURAL AND COGNITIVE THERAPIES.

From Applied Research to Quality Treatment: Improving Cognitive Behavioural Therapy and Access to It Across the Lifespan.

5-8th September, 2018, Sofia, Bulgaria

<http://eabct2018.org>



COGNITIVE AND
BEHAVIOURAL
THERAPIES AT THE
CROSSROADS

WCBCT2019 | **Berlin**

www.wcbct2019.com

9th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies

COGNITIVE AND BEHAVIOURAL
THERAPIES AT THE **CROSSROADS**

17-20th July 2019 | The CityCube, Berlin, Germany

Advance Notice

JUNE 2018 | CALL FOR PAPERS OPEN

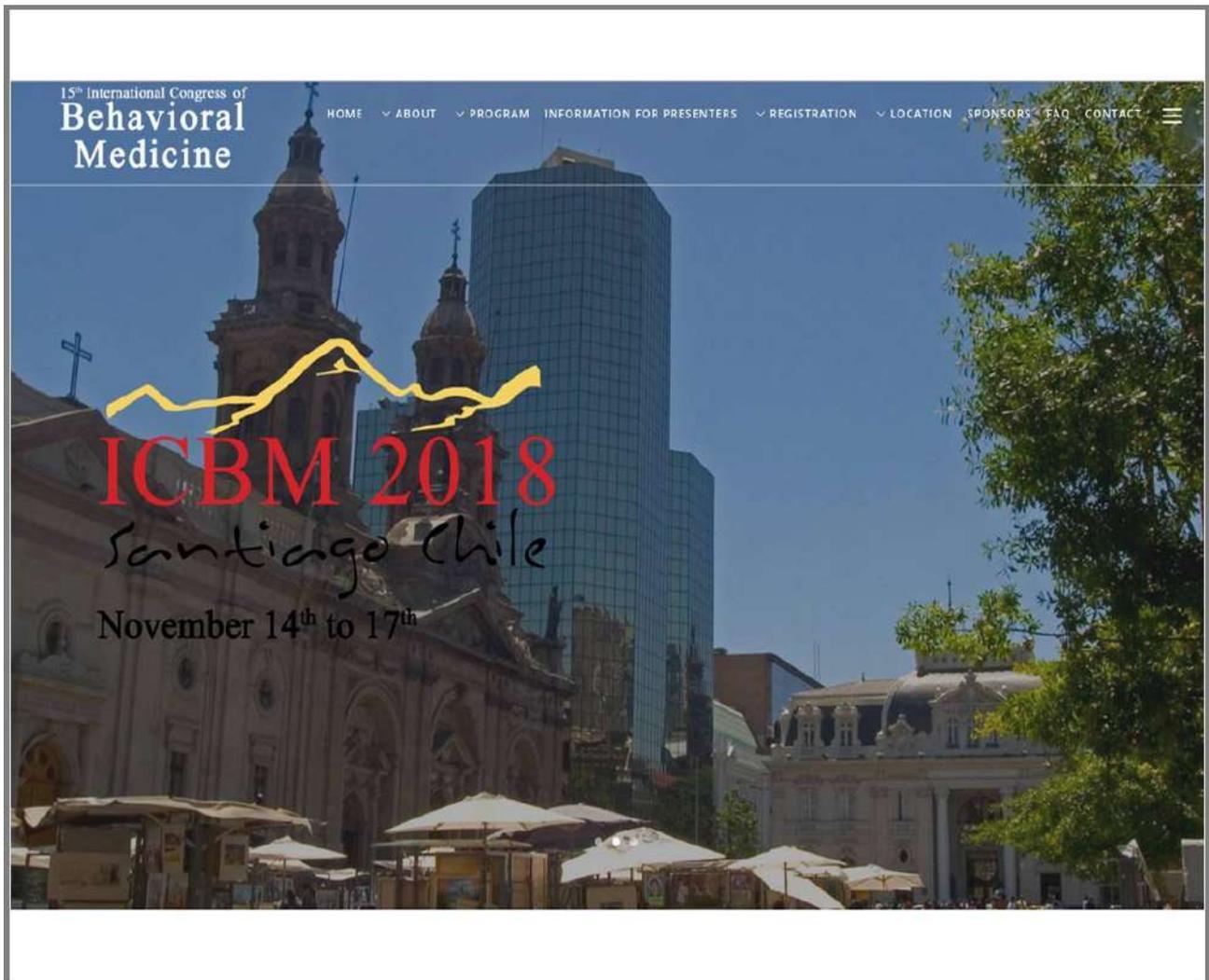
Symposia, full day and half day in-conference workshops, panel debates, clinical roundtables, open papers and poster presentations

JANUARY 2019 | CALL FOR PAPERS CLOSES

(All submissions other than Posters)

FEBRUARY 2019 | CALL FOR POSTERS CLOSES

<http://wcbct2019.org>



<http://www.icbm2018.cl/>

CONTRIBUTING TO PSYCHOMED

Psychomed is a triannual on-line journal on psychotherapy, behavioral medicine, health and preventive psychology, published by the Center for Research in Psychotherapy (CRP), jointly with the Italian Society of Psychosocial Medicine (SIMPS), the Italian Association for Preventive Psychology (AIPRE), LIBRA, ALETEIA.

All issues of Psychomed are available on-line at <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

Contributions for Psychomed can be sent by email in Italian or English to: Dr. Dimitra Kakaraki at: psychomed@crpitalia.eu.

For information about the editorial norms, please read <http://www.crpitalia.eu/normeautori.html>.

The works will be shortly read by the Editorial Committee and the sending Author will receive a prompt feed-back.