

Psychomed

Rivista telematica di psicoterapia, medicina psicosociale,
psicologia della salute e preventiva

Anno III n. 3 Giugno 2009

ISSN: 1828-1516

AUTORIZZAZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA N.243 DEL 12.6.2008



Direttore responsabile: Stefania Borgo

Condirettore: Lucio Sibia

<http://www.crpitalia.eu/psychomed.html>

INDICE

Editoriale	pag. 3
Modelli della depressione <i>di Stefania Borgo</i>	pag. 5
Il caso di Anna	pag. 16
L'approccio cognitivo-comportamentale nel caso di Anna <i>di Lucio Sibilìa</i>	pag. 18
Un caso clinico nella prospettiva della terapia centrata sul cliente (TCC) <i>di Gianni Sulprizio</i>	pag. 24
Area traumatica e claustrofilia: il punto di vista psicoanalitico sul caso di Anna <i>di Luigi Ianiri</i>	pag. 34
La prevenzione del disturbo depressivo in età evolutiva <i>di Mario Becciu, Anna Rita Colasanti, Maria Belea</i>	pag. 39
 <i>Contenuti speciali</i>	
Intervista breve al Dott. Luigi D'Elia, Coordinatore del servizio Osservatorio Psicologia nei Media. <i>Della dott.ssa Dimitra Kakaraki</i>	pag.51
Roberto Lorenzini e Brunella Coratti "La dimensione delirante" <i>Recensione di Stefania Borgo</i>	pag.55
Segnalazioni bibliografiche	pag. 56

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

Condirettore: Lucio Sibilìa 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 Bernardino, Gian Franco Goldwurm, Caterina Lombardo, Spiridione Masaraki, Roberto Picozzi, Carla Rafanelli, Giuseppe Sacco, Ezio Sanavio, Tullio Scrimali, Lucio Sibilìa, Claudio Sica

Comitato Redazionale:

Massimo Ambrosi, Dimitra. Kakaraki, Adriano Martello

Sito Internet: <http://www.crpitalia.eu/psychomed.html> Email: psychomed@crpitalia.eu

Editoriale

Cari lettori,

come forse sapete, *Psychomed* è una rivista che accoglie i contributi di varie associazioni scientifiche; tuttavia, come rivista ufficiale del Centro Ricerche in Psicoterapia, riflette ovviamente più gli interessi e le attività del CRP che di altri organismi. Tra le attività di rilievo del CRP vi è quella di diffusione scientifica e di confronto tra diversi orientamenti teorici, in cui spiccano appunto, oltre alla rivista che state leggendo, un Convegno su temi clinico - preventivi, che è stato organizzato annualmente a partire dal 2004 con un certo successo.

La principale iniziativa del 2008 è stata certamente il Convegno annuale, tenutosi per la seconda volta a Vitorchiano, dal 4 al 6 luglio, sul tema: "*La depressione nei percorsi di patologia*". L'intento era di mostrare come la depressione possa essere studiata ed affrontata sia per se stessa, come sintomo o come sindrome, sia come un momento di percorsi patogenetici, che sfociano in altre patologie, ovvero di percorsi salutogenetici, cioè come tappa nella direzione della guarigione. Non so se il Convegno abbia centrato i suoi obiettivi, tuttavia abbiamo ricevuto numerosi riscontri informali sia del suo gradimento da parte dei relatori invitati, sia dai partecipanti, sia del suo interesse.

Sembra aver riscosso particolare successo, come l'anno precedente, la sessione "clinica", cioè la discussione di un singolo caso clinico sottoposto a quattro relatori di altrettanti orientamenti. Abbiamo pensato perciò di fornirne un'ampia documentazione, ed in particolare dare un quadro di questa sessione clinica. Ai relatori era stata spedita circa due mesi prima la sintesi del caso che leggerete, senza ulteriori notizie, con la richiesta di illustrare l'approccio alla valutazione del caso, condotto secondo il proprio orientamento, nel tempo di mezz'ora. A questo avrebbe fatto seguito, come è stato, una discussione tra i relatori e l'uditorio.

Con tale proposta, la tematica della depressione, così come quella dell'ansia l'anno precedente, è stata affrontata da differenti prospettive teorico-pratiche e culturali. La prof.ssa S. Borgo ha presentato brevemente il caso clinico di "Anna", proposto ai relatori, e successivamente il prof. M. Casacchia ne ha dato una lettura (qui non riportata) in chiave di psichiatria biologica, comprese le implicazioni terapeutiche, il prof. L. Ianiri ne ha illustrato un approccio esplicitamente psicoanalitico, il dr. G. Sulprizio ha tratteggiato un'analisi del caso nella prospettiva della terapia centrata sul cliente, mentre il prof. L. Sibilia ha illustrato due diverse "formulazioni del caso", entrambe di tipo cognitivo-comportamentale, compatibili con i dati clinici forniti. Dopo la discussione ed i lavori di gruppo, ha concluso la giornata una catamnesi del caso stesso, fornita dalla dr.ssa Borgo. In questo numero, abbiamo voluto riportare la sintesi dei propri interventi, curata dai relatori stessi.

È stato giudicato di notevole interesse il dibattito che si è creato dalla valutazione dello stesso caso clinico, organizzato da ognuno dei relatori secondo il proprio *modus operandi*. È stato possibile infatti evidenziare in modo nettissimo le differenze tra i vari orientamenti, come spero emerga dalle sintesi riportate in queste pagine. L'applicazione pratica dei rispettivi modelli teorici, infatti, consente di comprendere, molto meglio di quanto non possano fare approfondimenti teorici più complessi, l'uso dei concetti e quindi il reale significato dei termini usati. Ma si sono potute scorgere anche alcune convergenze di fondo tra le differenti prospettive con cui i rappresentanti dei vari orientamenti si avvicinano, valutano e organizzano il caso discusso, come mi sembra risaltino anche dalla lettura degli interventi riportati, soprattutto nei contenuti, se non nella forma e negli strumenti utilizzati o negli obiettivi prefissati.

A qualcuno è piaciuto sottolineare anche il clima di collaborazione e confronto che operazioni come questa possono indurre in questo campo, alla pari di altri ambiti della comunità scientifica. Ci è inoltre sembrato, e qui parlo a nome della Redazione, che scambi di questo genere possano arricchire i partecipanti, fornendo esempi di chiavi di lettura ed ipotesi interpretative; queste, anche se non ortodosse rispetto al proprio approccio teorico, possono costituire una salutare salvaguardia contro il pericolo di involuzione ideologica della propria prospettiva. Queste “chiavi” o interpretazioni possono stimolare la propria capacità di riflessione e di formulare ipotesi cliniche originali, anche se non tutte egualmente accessibili alla verifica.

In questa sede sono stati presentati anche recenti studi in ambito psicosociale e sottoponiamo alla vostra attenzione il contributo del gruppo dell’A.I.P.R.E. sulla prevenzione nell’infanzia della depressione.

Buona lettura.

L. Sibilìa

Il nostro indirizzo e-mail per suggerimenti e contatti: psychomed@crpitalia.it

Modelli della depressione

Stefania Borgo, <http://www.crpitalia.eu/borgohome.html>

Negli ultimi trenta anni le teorie e i modelli della depressione, o meglio delle depressioni (ad es. come sinonimo di tristezza, come sintomo e come sindrome), sono man mano cambiati in seguito alla ricerca clinica e di base, arricchendosi di nuovi elementi d'analisi.

Negli anni '70 prevaleva una visione comportamentale, che, essendo basata su criteri ossevativi, rendeva più facile l'integrazione con la visione biologica e pertanto la formulazione di una ipotesi unitaria.

I fattori implicati nella genesi della depressione (Borgo et al., 1977) già allora erano molteplici e di ordine diverso (Tab.1).

Tab.1 - ANALISI COMPORTAMENTALE DELLA DEPRESSIONE (anni '70)

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. Somministrazione di sostanze farmacologicamente attive (dieta, farmaci, contraccettivi orali)**

La depressione veniva vista come la via finale comune di differenti percorsi legati ad uno stesso meccanismo neuropsicologico (Borgo, Casacchia, Fazio, 1975). In sostanza veniva ipotizzata la perdita di equilibrio tra i circuiti del GO (noradrenergici, collegati ai centri del piacere) e dello STOP (serotonergici, collegati ai centri del dolore). Variabili chiave erano considerate: un sistema dello STOP ipofunzionante e un repertorio comportamentale scarsamente funzionale (scarse abilità e comportamenti di evitamento preponderanti). In questo modo veniva persa la valenza adattativa della tristezza come momento di arresto e di riflessione, una chiusura funzionale alla ricerca di soluzioni migliori.

La farmacologia ha seguito questa strada: attualmente i farmaci antidepressivi più usati sono proprio gli inibitori della ricaptazione della serotonina e quelli inibiscono la ricaptazione della serotonina e della noradrenalina.

Non vengono considerate nel modello comportamentale le variabili cognitive ed emozionali, come si può notare dalle direttive d'intervento (Tab.2)

Tab. 2 - DIRETTIVE DI INTERVENTO (Analisi comportamentale)

- 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
- c. Valore comunicativo del comportamento depressivo
 - ◆ Rinforzo selettivo dei comportamenti alternativi

Negli anni ottanta l'affermarsi della terapia cognitivo-comportamentale (Borgo, 1981) introduce molti elementi nuovi (Tab.3) e rende molto più articolato il trattamento (Tab.4).

Tab. 3 - ANALISI COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DELLA DEPRESSIONE (anni '80)

- 1) Ampliamento del paradigma comportamentale: l'utilizzazione delle esperienze interne (pensieri, immagini) come dati clinici
- 2) Nucleo cognitivo della depressione: la triade di Beck (immagine negativa del sé, visione negativa del mondo, previsione negativa del futuro)
- 3) Catena di reazioni che portano all'istaurarsi della depressione: esperienza di perdita, processi di "attribuzione", svalutazione del sé, generalizzazione della visione negativa (meccanismi logici, idee irrazionali), aspettative negative
- 4) Correlazione degli aspetti cognitivi e sintomatologici
- 5) La percezione dei sintomi come elemento stabilizzante
- 6) L'attenzione selettiva agli eventi negativi

Tab. 4 - DIRETTIVE D'INTERVENTO

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

Tuttavia gli aspetti emozionali, che sono poi l'essenza stessa della depressione, acquistano un ruolo preponderante solo negli anni '90 quando si evidenzia che non solo le cognizioni influenzano le emozioni ma anche le emozioni influenzano le cognizioni, e in particolare le componenti immaginative.

“Imagery may play a part, then, in prolonging depressed mood (since we know that negative imagery can induced depressed mood) and may be one factor involved in activating a vicious circle of depression – that is, depressed mood leads to negative cognitions which in turn worsen the depressed mood, and so on.....”

Subjects scoring high on the BDI ... reported weaker imagery to positive cues and stronger imagery to negative cues when induced into a depressed-mood. Low BDI subjects, on the other hand, may counteract a depressed mood effect by strengthening positive imagery.”

(Martin e Williams, 1990, pag. 294)

Viene qui descritto un circolo vizioso tra un umore negativo e cognizioni negative, confermato da esperimenti in cui i soggetti normali rispondevano a eventi negativi con immagini positive mentre i

soggetti depressi (alti punteggi al Beck Depression Inventory) avevano in risposta una preponderante immaginazione negativa.

Da un punto di vista evolutivo le emozioni hanno un importante valore adattivo, quando è che divengono disfunzionali per durata, frequenza, intensità o stimoli che la suscitano? E quali emozioni possiamo collegare alla depressione?

La nostra ricerca negli anni '90 si è proprio concentrata sulle emozioni e più precisamente sul vissuto emozionale (Borgo, 2008) per comprendere come si passi dalla emozione fisiologica alle emozione patologica e quali siano le emozioni implicate nelle diverse psicopatologie.

Per la depressione due emozioni sembrano essere centrali: la tristezza e il dolore.

Nella tristezza l'antecedente tipico è la perdita (Fig.1), in accordo con il modello comportamentale anni '70, le sensazioni sono sovrapponibili ai più frequenti sintomi depressivi (Fig.2) così come gli aspetti comportamentali che mostrano una prevalente staticità (Fig.3).

Fig. 1 Spettro delle situazioni

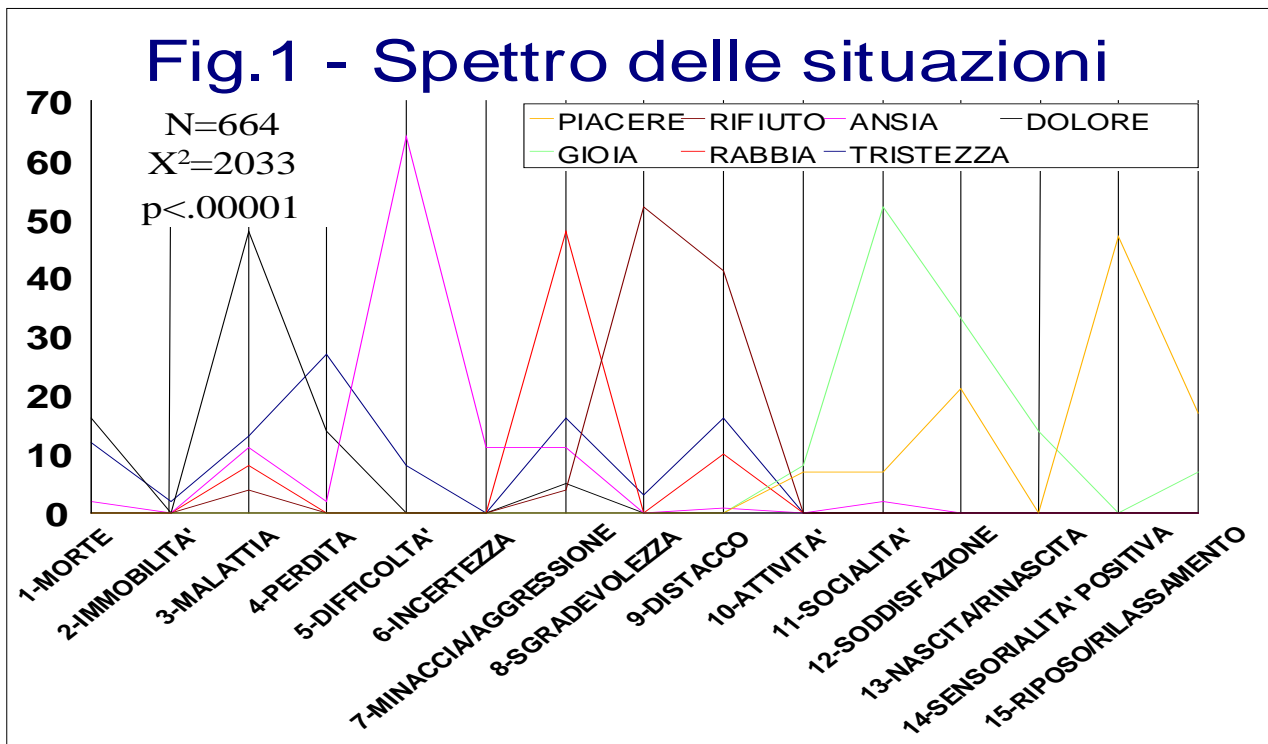


Fig. 2 Spettro delle sensazioni

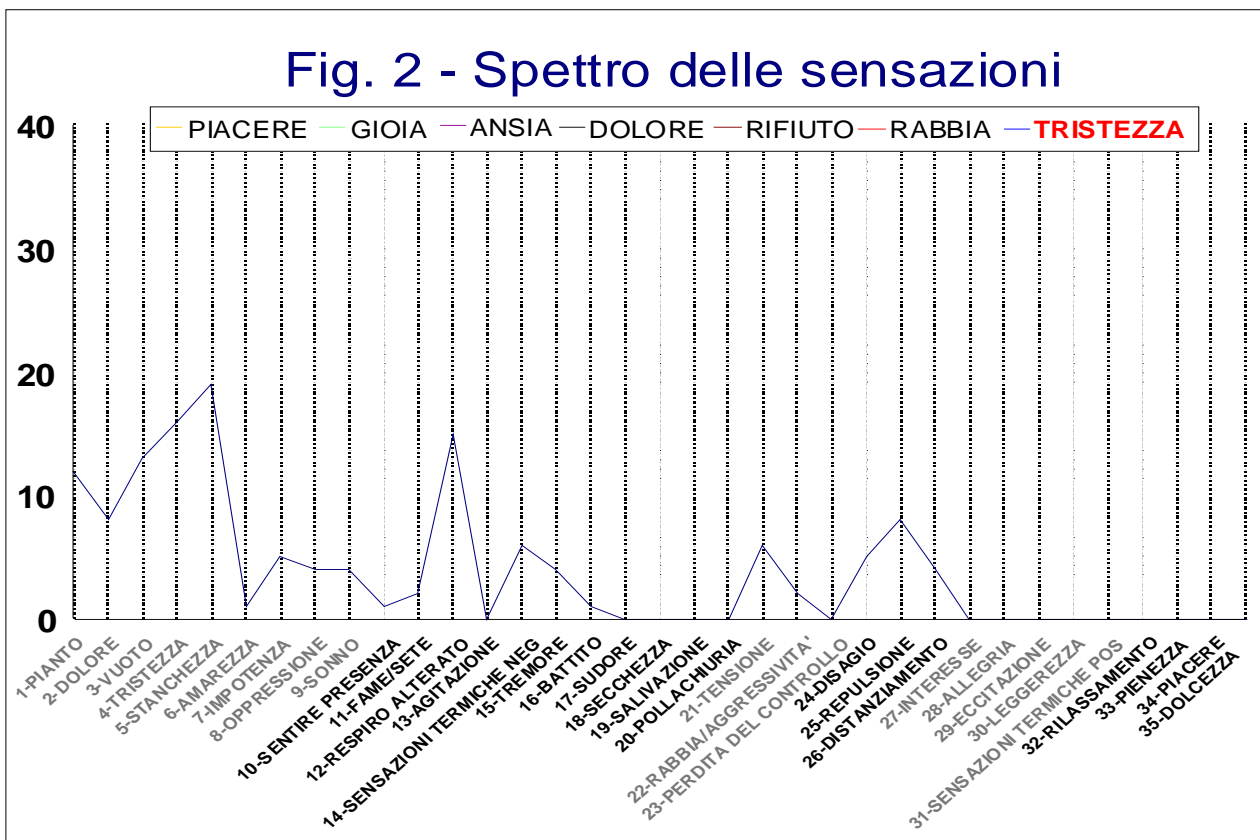
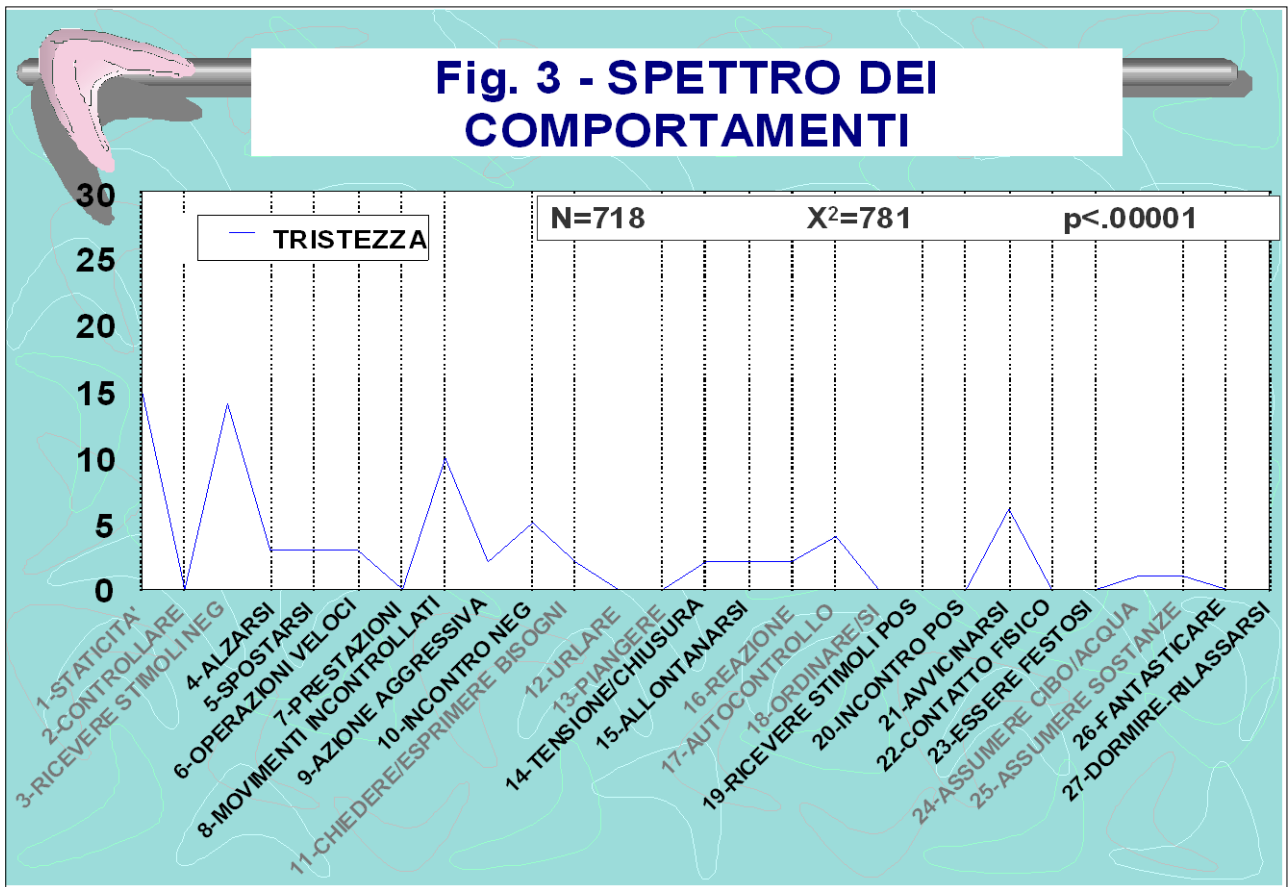


Fig. 3 Spettro dei comportamenti



A livello cognitivo si hanno ulteriori evidenze: nei protocolli autoservativi si può identificare la triade di Beck (Tab.5), anche se la visione negativa del futuro pone un dubbio (“Sarà sempre così?”).

Tab. 5 – PROTOCOLLO AUTOSSERVATIVO (TRISTEZZA)

PRIMA

Non riesco ad andare avanti, non riesco a studiare
Ma non riesci neanche a farti valere
 Sarà sempre così?

DOPO

Ah come soffri, ti piangi proprio addosso....
Ma reagisci, Cristo!
 Non ce la faccio....è difficile
Dai, dai, fai qualcosa di pratico, esci da questa spirale

IMMAGINE

Sono bambino dentro il letto con il mio orsacchiotto: lo abbraccio forte. Là fuori sono tutti cattivi.
 Sto male, mio padre ha buttato via l'orsacchiotto. Sono solo.

Prevalgono immagini mentali di morte, immobilità e vuoto sia nella tristezza che nel dolore (Fig.4), anzi nel dolore sono ancora più accentuate, così come il collegamento con la

malattia (Fig.5), le sensazioni penose (Fig.6) e la staticità a livello comportamentale (Fig.7).

Fig. 4 Immagini mentali

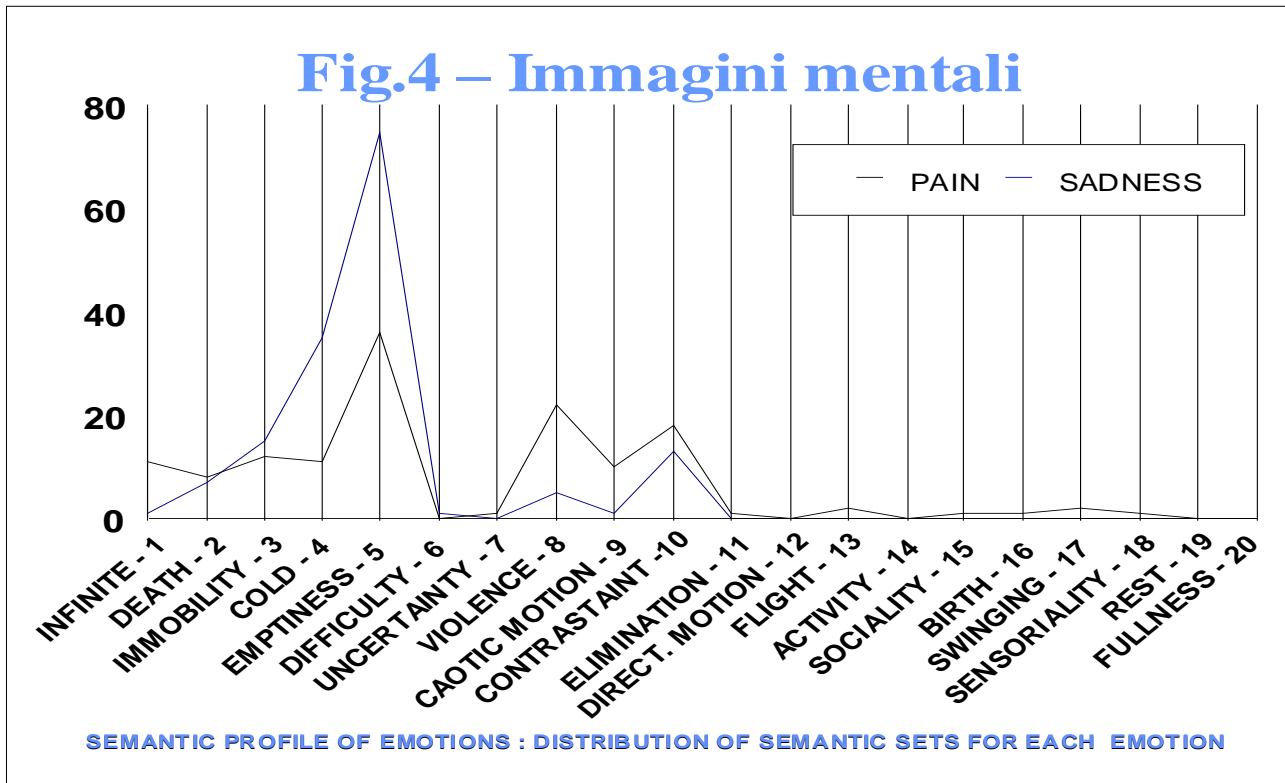


Fig. 5 Spettro delle situazioni

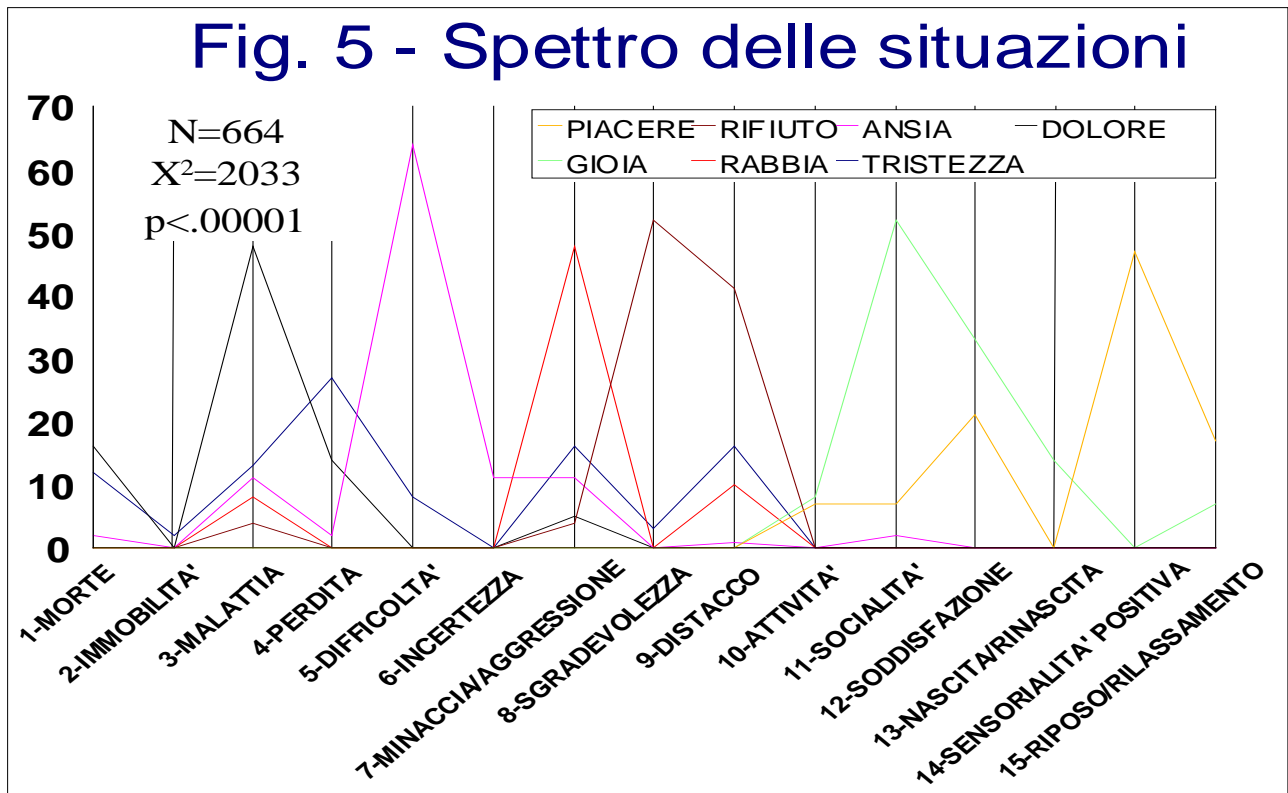


Fig. 6 Spettro delle sensazioni

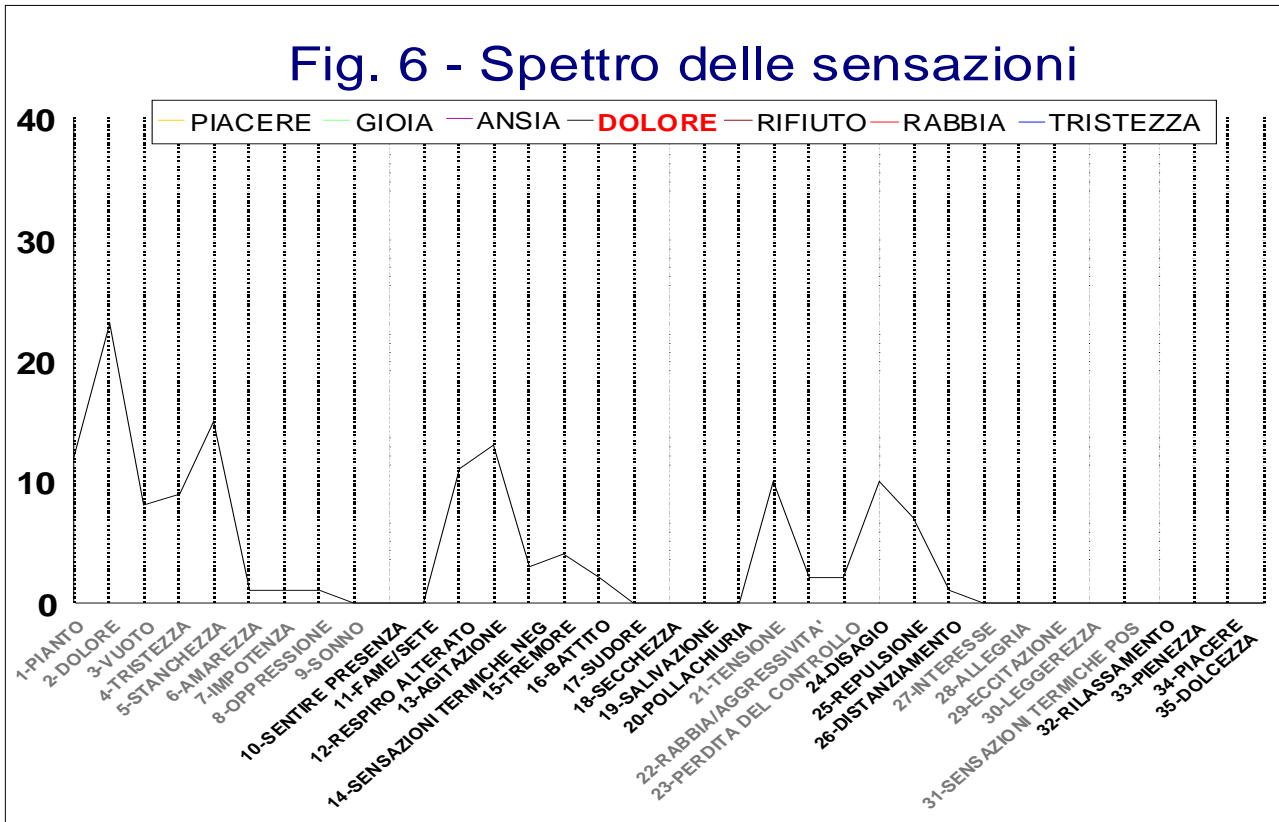
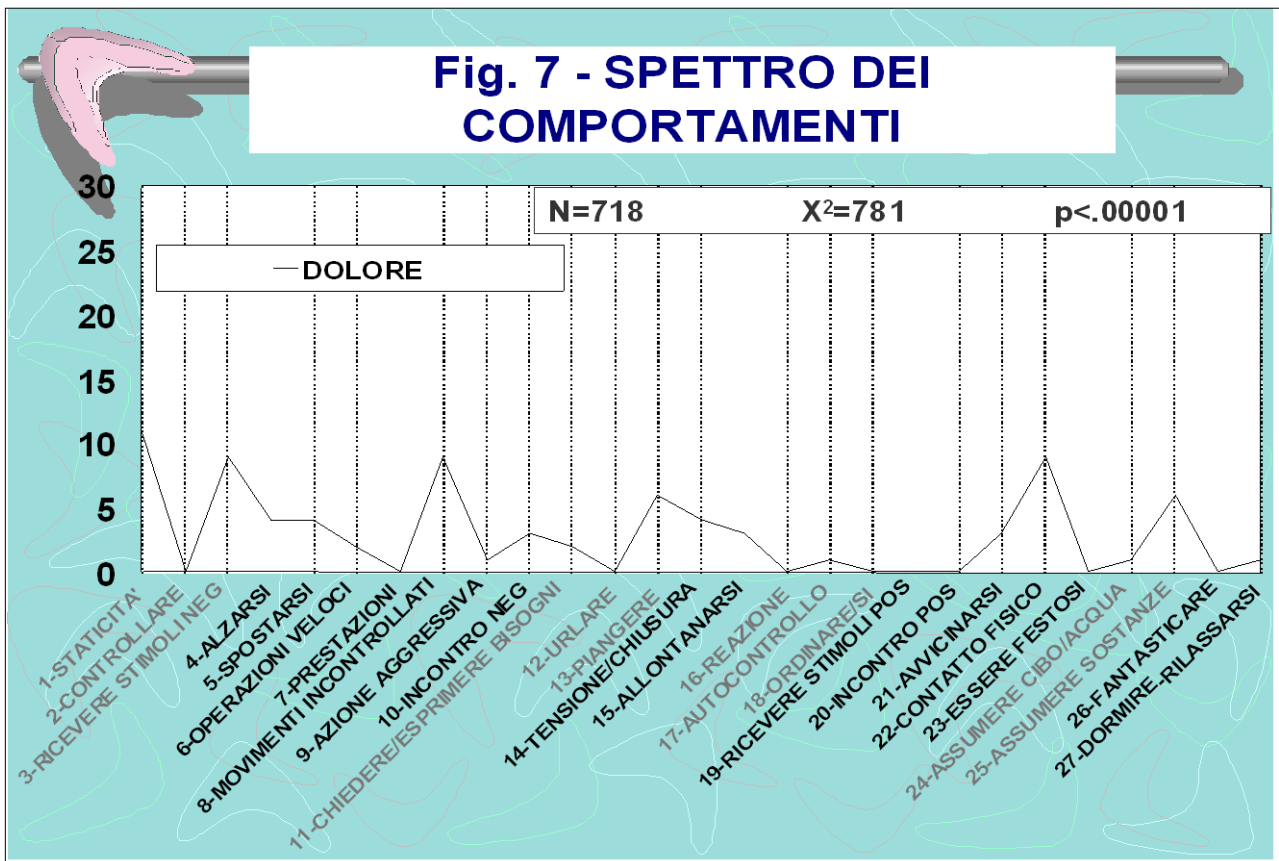


Fig. 7 Spettro dei comportamenti



E' interessante notare che una analisi comparativa tra il dolore fisico e il dolore psichico non ha evidenziato differenze significative nelle sensazioni (Fig.8), nei comportamenti (Fig.9), nelle immagini mentali (Fig.10). Una "sovrapposizione" tra dolore fisico e dolore, in accordo con studi di *brain imaging* che mostrano l'attivazione delle stesse aree corticali, potrebbe spiegare le somatizzazioni dolorose negli stati depressivi.

Fig. 8 Sensazioni

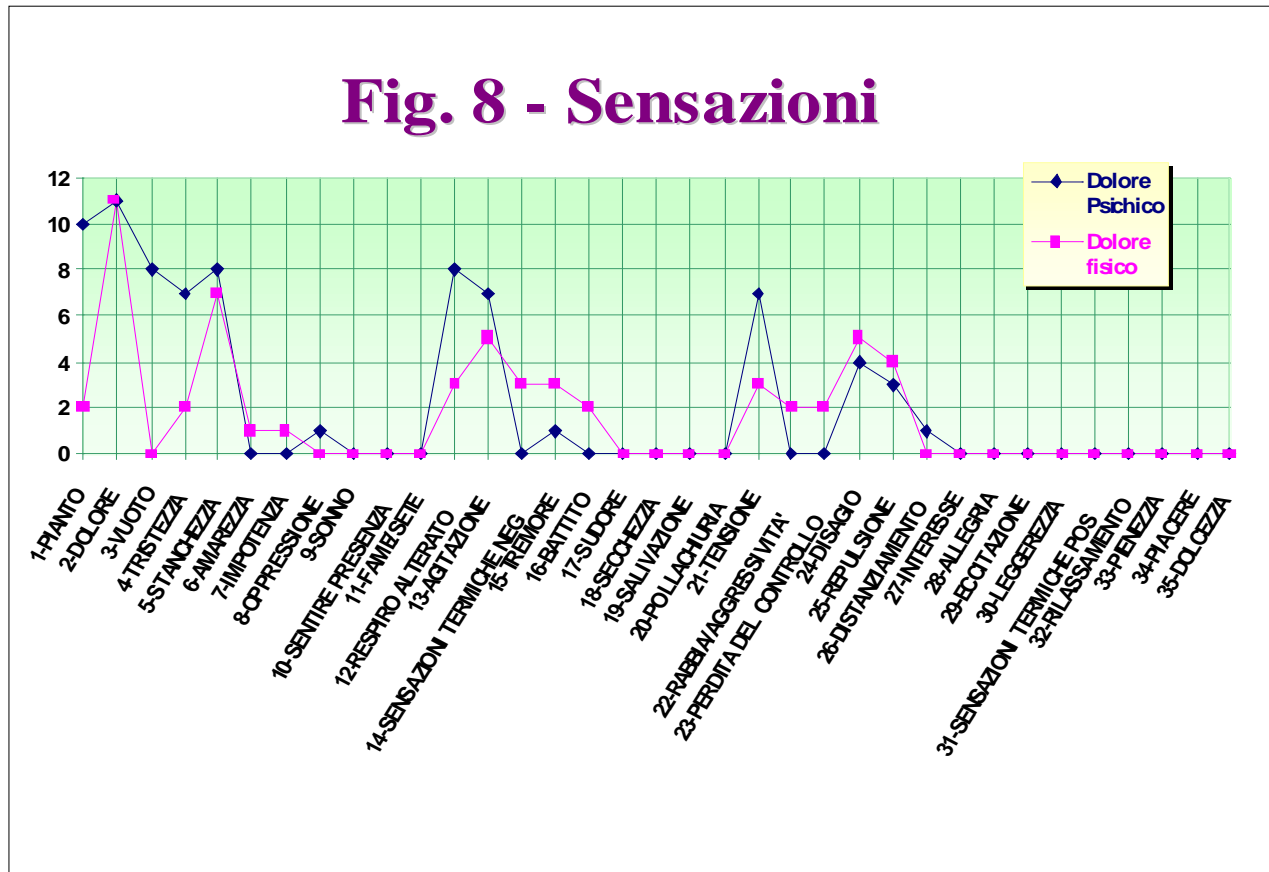


Fig. 9 Comportamenti

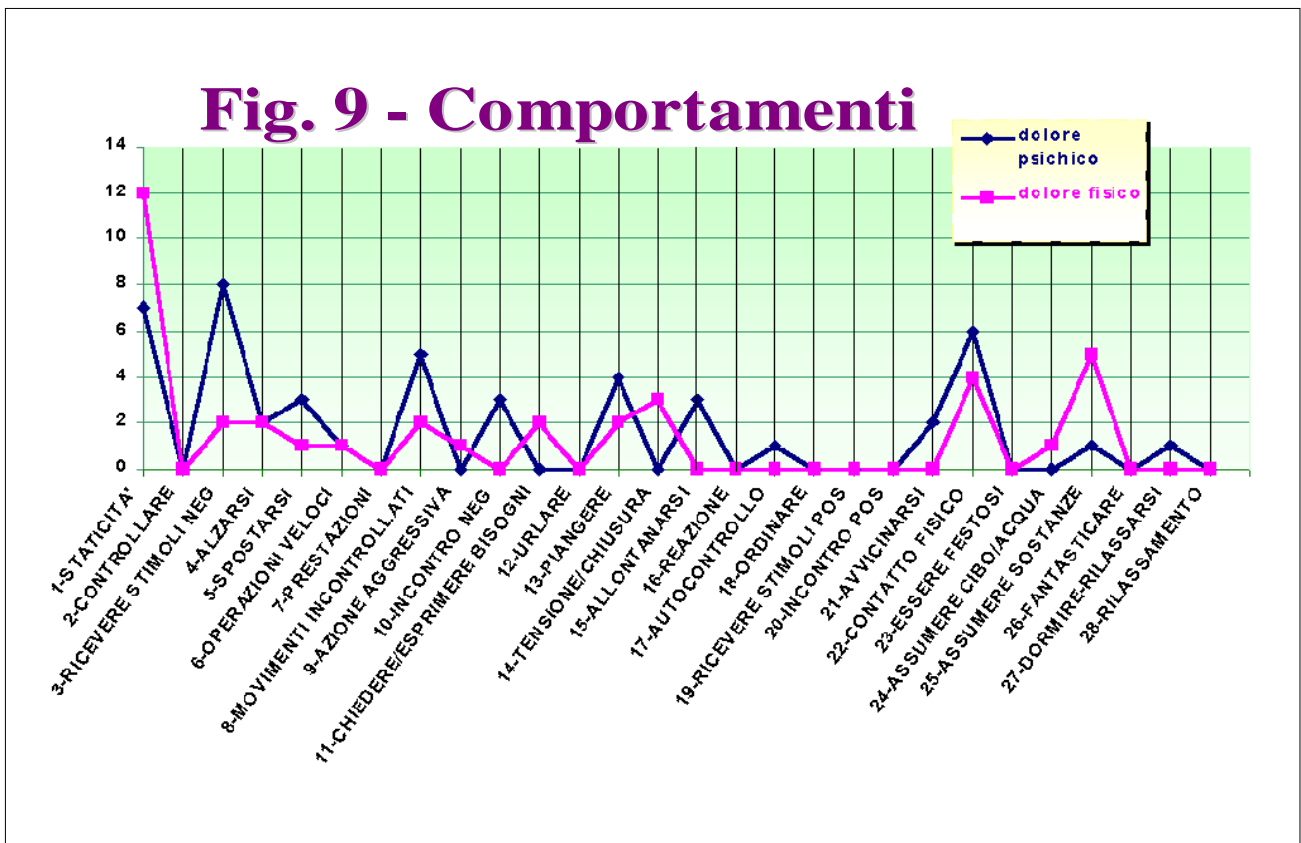
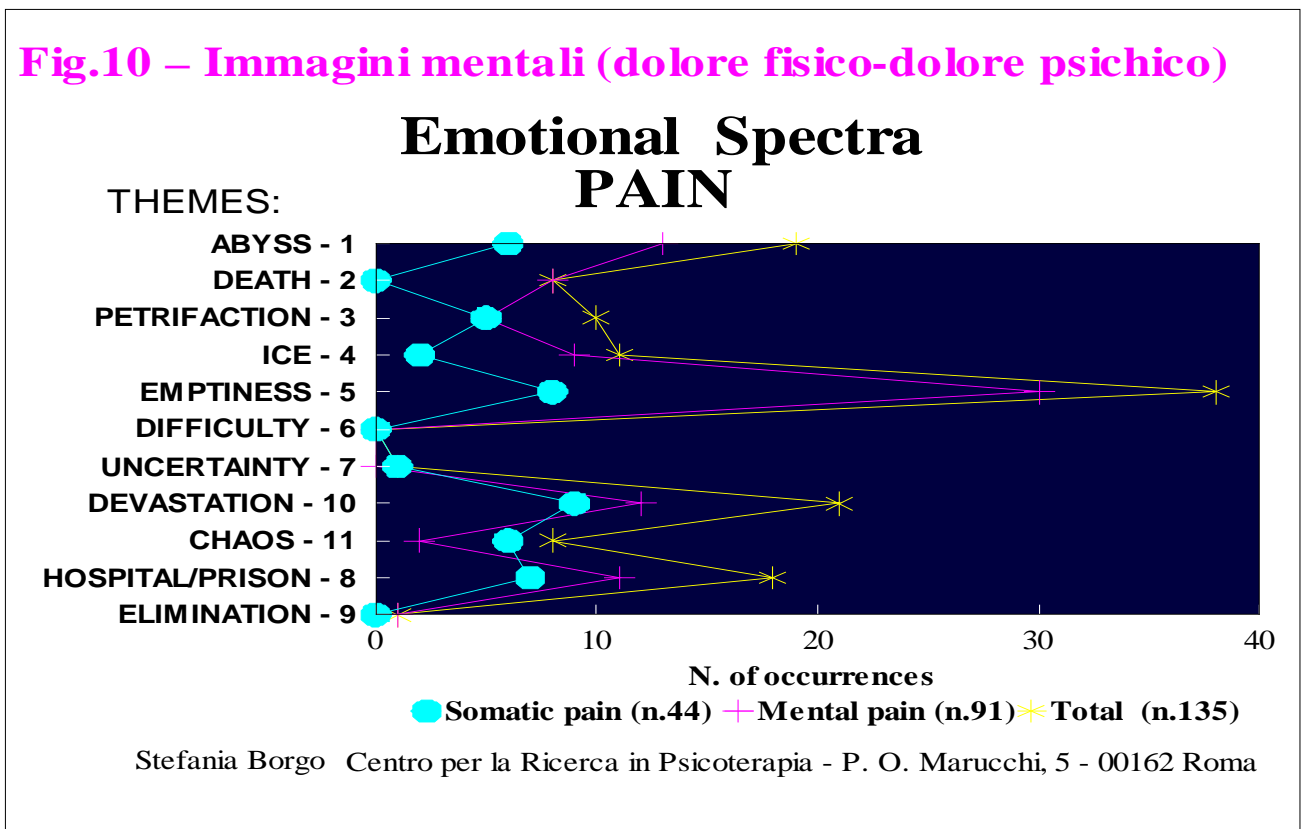


Fig. 10 Immagini mentali



I protocolli autosservativi (Tab.6) evidenziano irreversibilità e mancanza di proiezione nel futuro (discontinuità, frattura).

Tab.6 - PROTOCOLLO AUTOSSERVATIVI (DOLORE)

SITUAZIONE	DIALOGO INTERNO	SENSAZIONI	COMPORAMENTI	IMMAGINI
Separazione	quando sarà finito non sarò più quella di prima si e' rotto qualcosa dentro	sentirsi spezzare dentro si stringe la gola sofferenza senza fondo che toglie la possibilità di pensare	piangere	buio

Questo dato si conferma in una ricerca sulla proiezione temporale nella verbalizzazione interna in diversi stati emozionali

“La tristezza non sembra dunque un’emozione statica ferma sul presente e sulla rimarginazione del passato, come spesso viene considerata, ma piuttosto come un momento di raccoglimento e di ritiro volto all’elaborazione di possibili strategie alternative. La tristezza quindi, sebbene classificata come un’emozione negativa, dal punto di vista terapeutico si può considerare come quella fase di passaggio che predispone gli individui al superamento degli eventi negativi, grazie alla formulazione di pensieri ed immagini proiettati nel futuro. Questo aspetto la differenzia molto dall’emozione dolore in cui i tempi futuro ed ipotetico hanno medie molto basse e dove invece passato e presente sono preponderanti...

Dal punto di vista terapeutico questo potrebbe spiegare perché uno stato di umore depresso è più difficilmente superabile se l’emozione preponderante è il dolore. Possiamo ipotizzare che nel dolore i pensieri oscillino tra passato, quello cioè che si possedeva, ed il presente, cioè quello che non si ha o che si vorrebbe riavere, a differenza della tristezza dove con l’idea del futuro si ha la rappresentazione di quel che si avrà o si potrebbe avere. Si potrebbe anche pensare che il dolore, emozione centrale nelle psicosi, con la sua oscillazione tra quel che era e quel che è possa portare alla perdita della distinzione tra le due entità e quindi alla perdita del senso di realtà.”

(Ambrosi et al., 2007, pag. 21)

Inoltre la tristezza si associa spesso ad altre emozioni come sottofondo emozionale negativo (*mood*).

I disturbi d’ansia possono essere sostenuti da una anticipazione negativa. Il rifiuto (fase di negazione) e la rabbia (fase reattiva) sono frequenti nella elaborazione del lutto. Insieme alla disperazione indicano un rischio suicidarlo. Infine il rifiuto collegato a meccanismi di “eliminazione” mentale delle immagini disturbanti potrebbe giocare un ruolo chiave nel DOC e nel PTSD.

Le direttive d’intervento attuali, pur includendo quelle delle formulazioni precedenti, sono molto più articolate sul piano emozionale (Tab.7).

Tab. 7 - DIRETTIVE D'INTERVENTO ATTUALI

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

In particolare viene data più importanza alla relazione terapeutica (Borgo, 2008) e alla acquisizione di una autoregolazione emozionale (Borgo, 2006) nonché vengono introdotte tecniche cognitive di tipo immaginativo (Borgo, 1994) che permettono un accesso più diretto al mondo emozionale.

Bibliografia

- Ambrosi M., F. Busso, D. Kakaraki, A. Martello, C. Pagliariccio, S. Borgo (2007), La Proiezione Temporale nella Verbalizzazione Interna in *Psychomed* 4-6, 21.
- Borgo S., Casacchia M., Fazio C. (1975), Depression and oral contraceptives: a neuropsychological hypothesis, in *Totus Homo* 6, 1-3.
- Borgo S., Casacchia M., Sibilia L., Carchedi F. (1977), Rassegna dei fattori implicati nella genesi delle depressioni in *Riv. sper. freniat.*, 5.
- Borgo S., La depressione: analisi comportamentale e cognitiva (1981) in S. Fiorelli e G. Rezzonico (Eds.), *La modificazione del comportamento*, Milano: Franco Angeli.
- Borgo S. (1994), The use of Images in Therapeutic Communication in Borgo S., Sibilia L. (Eds.) *The patient-therapist relationship: Its Many Dimensions*, Roma: CNR.
- Borgo S. (2006), Strategie comportamentali nella autoregolazione emozionale in *Psychomed* 1-3, 11-15.
- Borgo S., Petrini P. (2008), La relazione nella supervisione clinica in Petrini P., Zucconi A. (Eds.) *La relazione che cura*, Roma: Ed.Alpes.
- Martin M. e Williams R. (1990), Imagery and emotion: clinical and experimental approaches in P.J. Hampson, D.F. Marks, J.T.E. Richardson (Eds.) *Imagery*, London: Routledge.

Il caso di Anna

Anna è una ragazza minuta di 38 anni dall'espressione un po' scontrosa e l'atteggiamento vagamente maschile (sembra uno "scugnizzo"): chiede trattamento per un stato di sofferenza emozionale divenuto ormai insostenibile.

Il problema è iniziato recentemente: alcuni mesi fa è stata "abbandonata" dal ragazzo con cui conviveva "felicitemente" da 9 anni.

Racconta con sdegno che si è eclissato mentre era ricoverata in ospedale per una operazione chirurgica (l'ultimo di una serie di interventi resisi necessari per una endometriosi insorta due anni prima).

Considera questo gesto un "vile" tradimento (non si era accorta proprio di niente!), ma non riesce a non pensare a questa storia anche perché, quando si parlano per telefono (raramente) lui, forse per il senso di colpa, è molto gentile e disponibile ad aiutarla. Tuttavia non accenna alla possibilità di incontrarla, di venire a prendere le sue cose ancora in casa, né, tantomeno, di riprendere il rapporto.

Questa situazione "chiusa ma non chiusa" genera uno stato di sofferenza notevole accompagnato da difficoltà ad alimentarsi e disturbi ansiosi di tipo vario (claustrofobia, agorafobia, paura dei ladri...). Quando non riesce a dormire, legge, talora fino all'alba.

La situazione viene descritta come insopportabile e allo stesso tempo insolubile: il problema della casa viene considerato emblematico.

Vive da sola in una casa fuori città, scelta da lui che amava la campagna, lavorava abbastanza vicino e invitava spesso amici a cena. Mentre ora la casa è sempre silenziosa, con le serrande abbassate (per paura di intrusi) e molto lontana dai familiari ma soprattutto dal luogo di lavoro dove per arrivare, con il traffico, impiega sempre più tempo, a volte un'ora e mezza!

Ha avuto attacchi di panico in auto e ora guida con difficoltà ("me lo impongo, non ho altra scelta!"); inoltre recentemente si è manifestato un neurinoma di Morton (pianta del piede) che rende doloroso l'uso dei pedali e controindica la guida. Le difficoltà di spostamento sono un ulteriore limite alla vita di relazione già ridotta dalla chiusura interpersonale.

L'appartamento è in comproprietà con l'ex, piccolo e gravato di un mutuo: Anna non ha il denaro per rilevare l'altra parte e, d'altro canto, se lui le desse il conguaglio, la piccola somma sarebbe insufficiente per qualunque acquisto.

La casa è l'unico suo bene. Però continuando a vivere lì, teme di non riuscire più ad andare a lavoro e di perdere il posto, unica fonte economica.

Lavora da alcuni anni alle Poste (ha un diploma di scuola secondaria) dove tuttavia si sente "sfruttata". Cita come esempio il fatto che, non avendo figli, deve regolarmente fare la "chiusura" dell'ufficio con un orario che si protrae (quando i conti non quadrano) fin dopo le 21. E a fine anno non ha avuto neanche il premio di produzione, invece andato a una collega che si dice essere la "amica" del direttore. Inoltre le rapine negli uffici postali sono sempre più frequenti: spera solo di non esserci, quando avverrà.

Anche in famiglia si sente sfruttata, per lo stesso motivo: non avendo figli, come le 2 sorelle più grandi e il fratello, deve occuparsi della madre invalida, in particolare delle pratiche sanitarie. Ma ora ha crescenti notevoli difficoltà a svolgere questa mansione.

- Notizie anamnestiche

Quando Anna aveva 11 anni, al padre fu diagnosticato un tumore all'intestino. Ricorda un calvario nei successivi 6 anni fino alla morte di lui: "dentro e fuori gli ospedali, tra tubicini, sacchetti e gente moribonda". Costretta ad andare in ospedale, spesso sveniva.

La madre di Anna è stata operata 15 anni fa per un tumore al cervello (meningioma), con esito positivo, anche se attualmente richiede assistenza per altra invalidità (non riesce a

camminare, necessiterebbe di un intervento alle articolazioni delle anche, rinviato per via del diabete). Ebbe allora la sensazione di perdere un appoggio e che il rapporto con la madre si fosse rovesciato. Viveva, inoltre, un relazione difficile con un ragazzo. Si manifestarono in quel periodo disturbi nervosi, colite spastica e intolleranze alimentari.

Circa 6 anni fa è insorta una tiroidite autoimmune (trattata con cortisonici e iodio).

A seguito di “coliche addominali” è stata diagnosticata 2 anni fa una endometriosi diffusa che ha comportato numerosi interventi chirurgici e una terapia medica, la pillola, presa con continuità tranne brevi intervalli, nonostante i numerosi fastidi (irritabilità, cefalea, disturbi venosi).

Recentemente si è manifestata la sintomatologia dolorosa del neurinoma di Morton.

- Altre situazioni riferite come “traumatiche”

Alla età di 8 anni è svenuta perché “temeva di essere uccisa dai genitori”: la sorellina di tre anni era caduta dalle scale mentre lei cercava di portarla a casa, la vedeva a terra sanguinante e temeva che fosse morta.

A 11 anni molestie sessuali da parte dello zio, “che ha approfittato del fatto che mio padre era ricoverato”. E' riuscita a tenerlo a bada e a evitarlo successivamente. L'esperienza non sembra aver influito sulla sessualità ma ha lasciato una considerazione amara: “una persona adulta che ti dovrebbe proteggere, una persona di famiglia...”.

A 14 anni Anna è stata lasciata dal suo primo ragazzo. Successivamente i ragazzi li ha sempre lasciati lei, senza coinvolgersi molto, fino ad arrivare all'ultimo rapporto in cui “aveva deciso di fidarsi...”. Ora si fida solo di se stessa.

Recentemente è rimasta chiusa nell'ascensore e da allora non è più riuscita a prenderlo: all'interno insorge la “paura di essere seppellita viva”.

Fa spesso fantasie negative (morte o incidente di un familiare) e sogni di morte come quelli che seguono:

- 1) Le pareti si muovono: è un terremoto. C'è un bimbo piccolo, piccolo, forse morto. Cerco di scaldarlo.
- 2) Il padre sta male in casa: è scheletrico. Mi chiama - so che è morto - mi dà un bacio e cade morto.

Al lavoro è intrattabile, ma almeno si distrae. Il tormento è in casa, luogo insicuro, vuoto e al contempo pieno del suo ex.: le cose di lui in giro, le foto, i ricordi...e non poter andare via.

Un giorno ha quasi avuto un attacco di panico all'idea di diventare vecchia, lì.

L'approccio cognitivo-comportamentale nel caso di Anna

Lucio Sibilìa, psichiatra, Dipartimento di Scienze Cliniche, Università di Roma Sapienza, Didatta del Centro per la Ricerca in Psicoterapia, Roma.

lucio.sibilìa@uniroma1.it

Premesse generali

L'approccio cognitivo-comportamentale al caso clinico richiede alcune premesse generali. La psicoterapia cognitivo-comportamentale (PCC) si fonda su di un sistema di assunti teorici generali relativi alla genesi e al mantenimento della psicopatologia, fondati sulla ricerca sperimentale di base, di assunti specifici relativi all'emergenza e persistenza di specifici problemi clinici (sintomi o sindromi), nonché di protocolli pratici, giustificati da tali assunti, per guidare il terapeuta nell'affrontare i singoli problemi clinici. Tali protocolli, tradotti in manuali, vengono poi sottoposti ad un esame empirico per valutarne l'efficacia. In quanto avente queste caratteristiche, la PCC è considerata un vero e proprio *sistema* di psicoterapia (Beck AT & al., 1984).

Una caratteristica ben nota della PCC, alla pari della terapia del comportamento da cui proviene, è quella di essere *strategica*. Ciò significa, ad esempio, che il terapeuta deve saper esplicitare quali obiettivi stia perseguendo con il suo intervento, tecnica, o insieme di tecniche (programma o progetto terapeutico). Ciò richiede, ovviamente, la selezione di obiettivi, che dovranno essere - allorquando possibile - condivisi con il paziente¹. Per obiettivi si intendono dei cambiamenti desiderabili nelle modalità abituali di pensare, sentire o comportarsi in contesti specifici.

Una caratteristica meno nota della PCC, è quella di essere "conseguenziale": gli obiettivi degli interventi, delle tecniche e dei programmi terapeutici, oltre ad essere compartecipati con il paziente, dovranno scaturire dalla cosiddetta *formulazione* cognitivo-comportamentale del caso clinico, di cui verrà fornito un esempio. Gli obiettivi terapeutici, quindi, non verranno selezionati in base alla diagnosi del paziente, anche se questa può essere di orientamento, e neanche in base ai sintomi presentati, quanto piuttosto da tale formulazione. E' questa che ci dirà in che modo i vari elementi, tratti dalla *valutazione cognitivo-comportamentale* (VCC) del paziente e del suo contesto, devono essere ordinati in un insieme logico e diacronico (Bruch M. e Bond F.W., 2000).

Poiché, soprattutto nei casi complessi, gli obiettivi sono generalmente più di uno, un programma terapeutico ottimale dovrà essere sequenziale, cioè indicare le priorità nel perseguirli. Ciò implica che, di solito, sia necessario formulare un "programma terapeutico", cioè un percorso che implica l'uso di una varietà di tecniche. Ogni PCC si presenta quindi come un "pacchetto" confezionato su misura del singolo paziente, ovvero, se si vuole, costituisce una ricerca-intervento idiografica sul caso singolo.

Da quanto detto sopra è già evidente come la VCC sia un processo profondamente diverso dalla diagnosi. Mentre la diagnosi, qualunque sia il sistema nosografico preferito², mira a collocare il paziente in una predeterminata categoria psicopatologica, la valutazione mira a fornire un quadro comprensibile (formulazione) della genesi e del mantenimento della problematica clinica, tale da consentire al clinico di proporsi e proporre obiettivi terapeutici. Nella VCC, il terapeuta utilizzerà l'*analisi comportamentale funzionale* e dei

1 Questa caratteristica, tra l'altro, richiede che gli obiettivi terapeutici siano comunicabili al paziente con il linguaggio corrente.

2 Non dimentichiamo che anche il DSM, nonostante i suoi "Assi", è un sistema categoriale, alla pari dell'ICD-10.

contenuti cognitivi, integrata con alcuni strumenti clinimetrici (test, scale, questionari). Tale analisi sarà sia trasversale che longitudinale.

La VCC è quindi una fase fondamentale e indispensabile della PCC. Non bisogna tuttavia dimenticare, per inciso, che durante la terapia, essendo questa un processo ricorsivo, il terapeuta dovrà verificare insieme al paziente i risultati *in itinere* di interventi e metodi attuati, rispetto agli scopi previsti. La valutazione quindi costituisce sia una fase preliminare nella PCC, sia un momento del processo di attuazione dell'intervento. Tale verifica si farà riproponendo alcuni metodi e strumenti tipici della valutazione iniziale, spesso con domande mirate. Essa può portare, come vedremo, anche ad una modifica della iniziale formulazione del caso, nonché della diagnosi stessa.

Pertanto, le stesse notizie anamnestiche ed osservazioni cliniche tratte dai primi colloqui sono compatibili con formulazioni diverse del caso clinico, anche se dovessero puntare ad una stessa diagnosi. Le differenze deriveranno appunto dalle risultanze della valutazione.

Il caso di Anna

Nella impossibilità di eseguire una VCC nel caso di Anna, ritengo utile mostrare come lo stesso caso clinico possa dare adito a diverse *formulazioni* cognitivo - comportamentali. Immaginerò a questo scopo di raccogliere *elementi nuovi* in fase di valutazione, non presenti nel resoconto fornito del caso. Tali elementi sono da intendersi quindi come puramente immaginari, cioè assolutamente *non deducibili* dal resoconto, per quanto ritengo non si possano neanche considerare inverosimili. Vedremo così come siano possibili almeno due diverse formulazioni della problematica di Anna, così come è illustrata nel resoconto. Senza dimenticare che, a seconda degli elementi raccolti, le formulazioni possibili dello stesso "caso" potrebbero essere molto più numerose.

Sintesi anamnestica e clinica

Anzitutto elencherò in sintesi le variabili rilevanti per una VCC, tratte dalle informazioni disponibili.

Evento scatenante (dichiarato). Abbandono affettivo.

Disturbi psicoemotivi attuali. A) Disturbi ansiosi di tipo vario, soprattutto fobico (claustrofobia, agorafobia, paura dei ladri), B) Attacchi di panico, C) Difficoltà ad alimentarsi, D) Disturbi del sonno (non riesce a dormire), E) Chiusura relazionale.

Problemi organici. A) Endometriosi, B) Tiroidite autoimmune, C) Neurinoma di Morton, D) Disturbi secondari da pillola (pregressi): irritabilità, cefalea, E) Disturbi venosi.

Psicopatologia cognitivo-comportamentale:

I. Ruminazioni ansiogene. A) non riuscire più ad andare a lavoro e perdere il posto, B) diventare vecchia nella casa attuale,

II. Fantasie catastrofiche. A) morte o incidente di un familiare, B) paura di essere seppellita viva in ascensore, C) essere coinvolta in una rapina all'ufficio postale (?).

III. Ruminazioni a contenuto ostile. A) Essere sfruttata sul lavoro e in famiglia, B) Essere tradita.

IV. Convinzioni irrazionali. A) Insopportabilità (*Incantstanditness* di A. Ellis), B) Insolubilità (*hopelessness*, secondo M. Seligman).

Stile di vita. A) Lavora fino a tarda sera, B) Legge fino all'alba.

Rapporti familiari. E' la più piccola di 3 sorelle (ha perduto una sorellina più piccola) ed ha un fratello; si occupa della madre invalida.

Eventi pregressi ritenuti traumatici. A) Sorellina che cade dalle scale (8aa.), B) Molestie sessuali dello zio (11aa.), C) Abbandonata dal primo ragazzo (14aa.), D) Perdita del padre (17aa.).

Disturbi pregressi. A) Svenimento per la paura di essere punita dai genitori con la morte (8aa.),

B) Svenimento in (o prima di andare in?) ospedale (11-17aa.), C) Disturbi "nervosi", D) Colite spastica, E) Intolleranze alimentari, F) Disturbi secondari da pillola (irritabilità, cefalea, disturbi venosi).

Relazione interpersonale (e terapeutica). Espressione "scontrosa".

Due esempi di "formulazione del caso" di Anna

Qui seguono due esempi, tra i diversi possibili, di formulazioni del caso di Anna, entrambi compatibili con le informazioni fornite, ognuno con l'aggiunta di informazioni tratte da una diversa *valutazione cognitivo-comportamentale* immaginaria. Le due VCC, per brevità, vengono omesse. In corsivo vengono evidenziati i concetti specifici dell'approccio o rilevanti dal punto di vista CC. Per meglio comprendere le implicazioni pragmatiche di ciascuna formulazione vengono anche forniti esempi di obiettivi terapeutici congruenti.

3) Esempio 1 (Anna A.)

Anna A. risulta un soggetto con *personalità introversa*³ (legge tutta la notte, risponde con chiusura relazionale) ma *impulsivo* (ha accettato di acquistare una casa lontano dal posto di lavoro, arriva rapidamente a conclusioni estreme), con forte *reattività emozionale* (ha paura di essere uccisa dai genitori a 8 anni, è "intrattabile" a 38).

Non ha acquisito nell'adolescenza *atteggiamenti assertivi*, ma ha acquisito, per *modeling* materno, una *risposta* di svenimento allo *stress emozionale* (costrizione) o in *funzione evitativa* dell'impegno sgradito. Inoltre ha sviluppato un forte *attaccamento* verso il padre, ma ha vissuto la *perdita* di lui come un *abbandono*, con forte vissuto di *rabbia* (protesta-rifiuto) non ben indirizzato.

In particolare dopo aver tenuto a bada lo zio seduttore, inizia a mal sopportare nell'adolescenza il *ruolo assegnatole* dalla famiglia di sostegno ai genitori, sviluppando un *copione*⁴ *oppositivo-vittimistico* (sarà abbandonata oppure tradita, perfino dalle persone care: padre, sorellina, zio e "costretta a fare ciò che non vuole"; alle Poste si sente "sfruttata").

Questo *copione* le procura la perdita del primo ragazzo (*profezia che si autodetermina*); ciò la induce ad una *determinazione adolescenziale* (dovrà "*fidarsi solo di sé stessa*!"), poi dimenticata, con cui salva comunque la propria *autostima*.

Rabbia e *rifiuto* diventano quindi *riposte* emotive *dominanti* ma misconosciute. La *sessualità* diventa allora *difficile*, per la difficoltà di coinvolgimento emozionale e sensoriale

³ Ci si riferisce alla teoria Eysenckiana della personalità.

⁴ Il concetto di "copione" di vita è stato elaborato da E. Berne, ma si sovrappone ampiamente con quello di "programma comportamentale" di AE Sheflen.

(*evitamento* per rifiuto), le amicizie pur disponibili si diradano ed aumenta la *vulnerabilità all'evento abbandono*.

I *disturbi* organici sono ampiamente *sfruttati* (come lo svenimento da piccola) per *evitare* rischi o future responsabilità (quali ad es. la gravidanza o l'intimità erotica).

Anna intuisce per sé un *destino*⁵ di persona sola, ma non vede il suo contributo a questo destino. Inizia quindi ad aver *paura*, ma - non comprendendone l'origine - le accade che normali situazioni di temporaneo isolamento le appaiono pericolose: così sviluppa sintomi fobici⁶ e ruminazioni.

Il fidanzato, nonostante ricevesse da lei molte attenzioni di tipo materno, dopo innumerevoli discussioni, conclude che la loro relazione non ha futuro e la lascia.

L'abbandono la getta nella *disperazione*⁷ in quanto vacilla anche la sua *autostima*, basata ampiamente sulla capacità di tenere legate a sé le persone e stornare futuri pericoli o impegni.

La situazione perciò le appare *insopportabile* e *insolubile*.

Obiettivi terapeutici per Anna A.

Possiamo distinguerli in obiettivi strategici ed iniziali.

Obiettivi strategici:

1. Imparare a fidarsi degli altri ed accettarne il sostegno (di fratello e sorelle, degli altri, del terapeuta, etc.)⁸.

2. Imparare ad autodeterminarsi, apprezzando le caratteristiche personali (⁹), scegliendo obiettivi realistici e perseguendoli¹⁰, adottando comportamenti assertivi¹¹.

Obiettivi iniziali:

- ◆ Benessere (sonno sufficiente, cure appropriate per i disturbi fisici, rilassamento)
- ◆ Ricerca di soluzioni ai problemi pratici finora escluse¹²
- ◆ Autocontrollo dell'ideazione catastrofica e ansiogena¹³ e arresto delle ruminazioni ansiose¹⁴

4) Esempio 2 (Anna B.)

Di personalità impulsiva, con forte *reattività emozionale* (è "intrattabile" a 38 anni, etc.), Anna B. ha avuto una madre molto rigida e punitiva (ha avuto paura di essere uccisa dai genitori a 8 anni!) mentre il padre era poco presente.

Tende quindi nell'infanzia prima a nascondere i propri impulsi, intenzioni ed emozioni [*schema evitativo*], per timore di *punizioni*, poi nell'adolescenza ha *dubbi* circa la loro *accettabilità* [*meta-cognizione negativa*], inizia a *disconoscerli* e quindi *dimenticarli*, infine

5 Il concetto di "destino" non è di matrice Jungiana, per quanto possa essere compatibile con esso, piuttosto definibile in termini di aspettative a lungo termine.

6 Anche gli attacchi di panico sono da considerarsi, in una prospettiva cognitiva, disturbi di tipo fobico.

7 Nel senso del concetto di *helplessness*, secondo M. Seligman (1976).

8 A questo scopo si può fare uso della relazione terapeutica o direttive specifiche.

9 Ad esempio con metodi di potenziamento dell'autostima.

10 Ad esempio con l'aiuto della "pianificazione comportamentale".

11 Tramite ad esempio un "addestramento assertivo".

12 Attraverso procedure di *problem solving*

13 Attraverso procedure di lavoro sul dialogo interno, ovvero analisi ABC (terapia razionale-emotiva alla A. Ellis)

14 Ad esempio, mediante metodi di "*thought stopping*".

coltiva dubbi circa la propria desiderabilità e dignità come persona [*generalizzazione al concetto di sé*].

Le sorelle - incaricate di badare a lei - ricevono dalla madre più attenzioni di lei: ne ricava che può essere amata solo se dedica [*schema cognitivo*] a qualcuno.

Osservando che ciò non vale per il fratello (ugualmente amato anche se non si dedica a nessuno), ne ricava il desiderio di comportarsi da maschio (acquista per *modeling* un atteggiamento scontroso da "scugnizzo"). Sviluppa quindi due opposti *schemi interpersonali*¹⁵:

1. Dedita agli altri (*schema sacrificale*), al punto di sacrificarsi trascurando i propri bisogni e desideri (si occuperà della madre), lascerà che gli altri prendano decisioni importanti per sé (accetterà di vivere lontano dal posto di lavoro).

2. Incurante degli altri, si potrà o dovrà occupare solo di sé (*schema autonomista*), con conseguenti difficoltà nei rapporti affettivi, intimità erotica, etc.

Questi 2 *schemi* si alternano senza integrarsi. Il che produce una profonda incertezza circa il concetto di sé, di tipo "*borderline*". Infatti, di fronte a traumi e perdite (o minaccia di perdite) reagisce con: *senso di colpa*, *rabbia* e *rifiuto*. *Spaventata* dalle sensazioni che accompagnano emozioni così forti, sviluppa prima attacchi di panico, poi agorafobia, temendo che gli attacchi si ripetano (agorafobia secondaria agli AdP).

Per lo schema 1), ricorre spesso ad una delle sorelle per lamentare la sua situazione, ricevendone rassicurazioni; queste rassicurazioni *rinforzano* e quindi mantengono delle fantasie ansiogene. Per lo schema 2), si chiude in sé, rifiutando l'aiuto esterno e privandosi così delle proprie *risorse sociali*. Gli schemi dipendente-sacrificale e autonomista si alternano senza comporsi, provocando angoscia debilitante. Le *ruminazioni ansiogene e catastrofiche* le forniscono rappresentazioni concrete di tale angoscia.

Obiettivi terapeutici per Anna B.

Anche nel caso di Anna B. avremo obiettivi iniziali ed obiettivi strategici.

Obiettivi iniziali:

- ◆ Simili a quelli della formulazione A, nonché
- ◆ Riduzione dell'attivabilità emotiva¹⁶.

Obiettivi strategici:

1. Riconoscere ed integrare i due schemi relazionali: dipendente-sacrificale e autonomista;
2. Riconoscere e accettare la propria emozionalità come normalmente prodotta da fattori comprensibili (interni ed esterni) ed indispensabile per orientarsi nei rapporti sociali¹⁷.

Commento

Come risulta evidente, le due diverse formulazioni cognitivo - comportamentali (A e B) del caso di Anna possono considerarsi delle "teorie idiografiche", secondo il concetto introdotto da Persons e Davidson (2002). In queste due teorie, così come sopra esposte, sono impliciti, anche se evidenti per chi li conosce, alcuni assunti dell'approccio cognitivo-comportamentale, quali ad esempio i principi sperimentali dell'apprendimento (acquisizione, generalizzazione, ecc...), che si applicano al comportamento problematico come a quello normale. La psicopatologia della paziente, dunque, non si pone più (come nel modello medico o psicodinamico) come "sintomatica" di una patologia sottostante,

15 Nel senso di M.W. Baldwin (1992), elaborato da L. Sibilìa (1994).

16 Ad es. con uso di psicofarmaci a bassa dose (amitriptilina + neurolettico) o con bio-feedback

17 Metodi di controllo cognitivo, quali la ricostruzione anamnestica guidata o il dialogo socratico.

piuttosto invece come prodotta da esperienze di vita, ricostruibili con una adeguata analisi longitudinale, alla pari dei comportamenti e delle reazioni emotive adattative.

Le due formulazioni daranno luogo comunque a obiettivi terapeutici diversi, sovrapponibili solo in piccola parte. Ma anche le ipotesi diagnostiche della tradizionale nosografia psichiatrica potranno essere diverse. Nel caso di Anna A. ad esempio potremmo chiaramente orientarci nell'ambito dei disturbi fobici (ad es. agorafobia con attacchi di panico) o del disturbo di ansia generalizzato; nel caso di Anna B., invece, sembrerebbe più opportuno pensare ad un disturbo di personalità. In ogni caso, la psicoterapia cognitivo-comportamentale non verrebbe ad esserne modificata, essendo guidata, per ognuno dei due casi, dagli obiettivi ricavati dalle rispettive valutazioni e non dalle diagnosi.

Bibliografia

- Baldwin M.W. (1992) Relational schemas and the processing of social information. *Psychol. Bull.*, 112, 3: 461-484.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1987) *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Boringhieri.
- Borgo S., Della Giusta G., Sibilìa L., a cura di (2001) *Dizionario di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale*. Milano: Mc-Graw-Hill Italia.
- Bruch M. e Bond F.W. (2000) *Oltre la diagnosi - Nuovi percorsi per la formulazione del caso*. Milano: Mc-Graw-Hill Italia.
- Ellis A. (1989) *Ragione ed emozione in psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Persons J. P. e Davidson J. (2002) Formulazione cognitivo-comportamentale del caso clinico. In: *Psicoterapia cognitivo-comportamentale, - Teorie, trattamenti, efficacia: lo stato dell'arte*, a cura di Dobson K. (Ed. Ital. a cura di Vincelli F.). Milano: Mc-Graw-Hill Italia. p.79.
- Schefflen A.E. (1977) *Il linguaggio del comportamento*, Roma: Astrolabio.
- Maier S.F. e Seligman M.E.P. (1976) Learned Helplessness: Theory and Evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, Mar 76, vol. 105, n.1, 3-46.
- Sibilìa L. (1994). An etho-cognitive analysis of the patient-therapist relationship. In: Borgo S. & Sibilìa L. (a cura di) *The Patient-Therapist Relationship: its Many Dimensions*. CNR, Roma.

Un caso clinico nella prospettiva della terapia centrata sul cliente (TCC)

Gianni Sulprizio, psicologo, psicoterapeuta, didatta dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona.

Una premessa: la Terapia Centrata sul Cliente

Alla base della teoria della personalità di Carl Rogers, in accordo con la teoria del sé da cui è derivata, è l'ipotesi che tutti gli esseri umani hanno una forza direzionale, una *tendenza attualizzante* (Rogers, 1980) definita come "l'innata tendenza dell'organismo a sviluppare tutte le sue capacità in modalità che servono a far sopravvivere o sviluppare l'organismo stesso" (Rogers, 1959) che comprende la capacità di valutare le proprie esperienze e da cui originano motivazioni e comportamenti autorealizzanti. La tendenza attualizzante è, in termini funzionali, un assioma che si riferisce all'innata predisposizione degli organismi dotati di vita (compresi gli esseri umani) alla crescita, sviluppo, differenziazione, espansione, mantenimento, risanamento e realizzazione della loro natura nel miglior modo possibile in relazione al contesto. La tendenza attualizzante è pertanto una caratteristica di base della vita organica, inclusa la vita umana.

Coerentemente con il principio di attualizzazione del sé, nella Terapia Centrata sul Cliente (TCC) il terapeuta fornisce le condizioni che facilitano e promuovono nella persona il funzionamento ottimale delle tendenze innate alla crescita (ossia promuovono empowerment). In altri termini, se si assume che ogni organismo umano ha innate capacità di autoconsapevolezza e autoregolazione, può essere ipotizzato un processo psicoterapeutico che faciliti in un individuo, il *cliente* (¹⁸), il riappropriarsi delle sue potenzialità quando esse siano ostacolate dalla simbolizzazione distorta o incompleta dell'esperienza (definita da Rogers con il termine di "incongruenza"). Per Rogers la funzionalità viene perduta dall'organismo quando, alienandosi da sé stesso, esso perde contatto con l'innato *internal locus of evaluation* da cui scaturiscono le motivazioni e i comportamenti derivanti dalla tendenza attualizzante (Zucconi, Dattola, 2008).

Peraltro Rogers già nel 1947 scriveva sull'importanza dell'autopercezione: nel suo libro *Terapia Centrata sul Cliente*, pubblicato nel 1951, la percezione è al centro della prima proposizione in cui Rogers operazionalizza i suoi costrutti teorici. Questo perché la teoria della personalità di Rogers riflette la fenomenologia statunitense (Snigg e Combs, 1949) che afferma che la migliore prospettiva per comprendere le persone è quella da cui esse stesse esperiscono il loro mondo.

In altre parole il cambiamento terapeutico della personalità trae origine dalla natura stessa della persona e il ruolo del terapeuta consiste nel supportare il cliente nel liberare ed accrescere tale caratteristica naturale. Questo compito è svolto non con l'applicazione di tecniche bensì realizzando determinate condizioni facilitanti che sono contestualizzate nella specifica situazione interpersonale (definita come *setting implicito*). Tali condizioni, presentate come ipotesi fondanti della teoria della terapia centrata sul cliente (Rogers, 1957, 1959), implicano che un cliente deve essere in contatto psicologico con un terapeuta che (a) in modo congruente sia in grado di (b) manifestare in condizionalità e riconoscimento positivo e (c) esprimere comprensione empatica nei confronti del cliente (comprensione - nella forma "come se" - intesa come capacità di assumere la prospettiva

¹⁸ In linea con tale visione, è importante sottolineare come Rogers, rifiutando di vedere i propri utenti come *pazienti* che *passivamente* ricevono diagnosi e cura, adottò il termine di *cliente* che comprende implicitamente il concetto di *individuo come agenzia attiva*. (Zucconi, 1982; 1986; 2004; Zucconi, Dattola, 2008).

propria della sua cornice interna di riferimento). Se tali condizioni sono soddisfatte, allora un cambiamento è possibile che si verifichi nella forma di processo di attualizzazione del sé del cliente (Rogers, 1959).

Emerge che il comportamento del terapeuta centrato sul cliente è caratterizzato da una attitudine definita come "non direttiva" (Raskin, 1947) verso il cliente e il processo terapeutico. Questo termine, oggi peraltro obsoleto, nel contesto della psicoterapia indica solitamente la rinuncia da parte del terapeuta di controllare egli stesso la direzione del processo: nella terapia centrata sul cliente tale pratica è sostituita, in ottica partecipativa, dall'intenzionalità a condividere col cliente il controllo della situazione. Il terapeuta centrato sul cliente, infatti, lavora costantemente sulla base dell'ipotesi che il cliente abbia la capacità innata di scegliere direzioni costruttive nella sua vita (e quindi in terapia). Tale ipotesi si fonda sulla convinzione che il cliente sia il migliore "esperto" di sé stesso. È interessante notare come questo assunto sia in contrasto con il modello clinico tradizionale secondo il quale il terapeuta dovrebbe mantenere il controllo sulla terapia e, fin dove è possibile, determinare la costruzione dell'esperienza del cliente nell'ambito del setting terapeutico.

L'elevato grado di fiducia nel cliente è una caratteristica peculiare della Terapia Centrata sul Cliente. Questa fiducia deriva dal fatto che la relazione terapeutica non nega ma anzi si fonda sul riconoscimento dell'insieme dei valori, sentimenti e principi personali del cliente, i quali contribuiscono ad improntare l'atteggiamento e il comportamento del terapeuta, entrambi necessari a creare le condizioni per il cambiamento. Tali assunti si traducono nella disposizione del terapeuta a non sostituirsi al cliente nel tracciare il processo ma a comportarsi al contrario in modo da essere guidato dall'accettazione positiva incondizionata e dalla comprensione empatica, manifestate in modo che possano essere percepite dal cliente.

In questa situazione relazionale l'*essere compreso* significa, infatti, per il cliente che egli è in grado di percepire e sperimentare la comprensione empatica del suo modo di essere in quanto sentita e manifestata dal terapeuta. Coerentemente sul piano epistemologico con il paradigma di riferimento solo questa comprensione, qualora genuinamente sperimentata dal terapeuta, profondamente connaturata con la sua realtà soggettiva del terapeuta nella relazione e coesistente con l'accettazione positiva incondizionata verso la persona del cliente, ad avere la funzione di provocare il cambiamento e l'aumento del benessere di quest'ultimo. La comprensione empatica, in particolare, si traduce operativamente nell'accompagnare il cliente in un percorso di autoesplorazione nelle dimensioni emozionale e cognitiva, una narrativa connotata da ricordi, percezioni, sentimenti, desideri e prospettive. Nel suo "accompagnare empaticamente" il cliente, il terapeuta si pone metaforicamente come il termine stesso "therapon" nella sua accezione originaria suggerisce.

In linea con le premesse fenomenologiche che connotano il paradigma dell'approccio centrato sulla persona, l'assunto che sostiene l'importanza del comprendere e accompagnare empaticamente il cliente è che i processi ed i contenuti sperimentati ed espressi dal cliente sono specifici del cliente stesso. Non c'è alcun processo determinato né peraltro alcuna particolare categoria predeterminata di contenuti è prevista per il cambiamento terapeutico. A conferma di questo la descrizione che Rogers fa dello sviluppo del processo nel corso della terapia (Rogers, 1958), a cui è stato dato particolare rilievo nell'interpretazione di Gendlin sulla terapia centrata sul cliente, va inteso come la descrizione del modo in cui nel cliente muta la capacità di verbalizzazione dei sentimenti e descrizione dei vissuti col procedere della terapia (accuratezza della capacità di simbolizzazione, intesa come prova dell'aumento della congruenza).

La valutazione del processo e il funzionamento ottimale

Nel lavoro presentato al convegno chi scrive ha utilizzato come parametri di valutazione del processo una serie di indicatori di funzionamento ottimale in modo da avere una sorta di griglia entro la quale fosse possibile definire ed individuare in ogni momento il percorso e il processo del soggetto del caso clinico, tenendo conto che:

l'obiettivo della terapia centrata sul cliente è ristabilire la congruenza attraverso una migliore integrazione fra esperienza e concetto di sé; ciò può avvenire in un contesto relazionale facilitante caratterizzato dalle tre condizioni e in un processo che rappresenta un continuo tendere verso una maggiore autoconsapevolezza e una maggiore autoaccettazione.

la definizione di funzionamento ottimale è che il concetto di sé sia prossimo all'esperienza in quanto in grado di simbolizzarla correttamente senza negarla e senza distorcerla e riducendo al minimo il livello di disaccordo fra sé reale e sé ideale (e quindi fra il concetto di sé e l'esperienza stessa). In tale stato il concetto di sé appare flessibile, continuamente adattabile e modificabile, disponibile ad accogliere l'esperienza (concetto di congruenza) (Rogers, Kinget, 1965).

Il funzionamento ottimale implica quindi che siano verificate le condizioni che seguono.

Il cliente attualizza le sue potenzialità (**espressione di sé**)

Il cliente rappresenta sua esperienza in modo corretto (**percezione e simbolizzazione**)

Si verifica nel cliente un accordo tra concetto di sé ed esperienza (**accordo fra sé ideale e sé reale**)

Il cliente riconosce di avere **bisogno di considerazione positiva** ed accetta che sia così anche per gli altri; riesce a soddisfare per sé questo bisogno e accetta che sia soddisfatto anche per gli altri.

E'aperto all'esperienza, ossia è aperto alle **relazioni** e agli **eventi**; vive con gli altri in modo più armonico; è in grado di **percepire** la gamma delle emozioni, è in relazione con i propri **sentimenti** e attraverso lo loro corretta **simbolizzazione** rappresenta la sua esperienza in modo corretto; manifesta un abbassamento delle **barriere difensive**

Il suo concetto di sé ha **costrutti** fluidi e plastici; la sua **valutazione** è autonoma, degna di fiducia e capace di guidarlo verso comportamenti generatori di soddisfazione; attualizza le sue potenzialità come **espressione di sé**

Esprime un **modo di essere al mondo** creativo, adattivo verso le nuove situazioni; verifica un accordo tra concetto di sé ed esperienza (**accordo fra sé ideale e sé reale**) che si manifesta nella **convergenza verso il sé organismico**

Le conseguenze del suo **comportamento** sono accessibili alla coscienza; manifesta responsabilità verso le conseguenze del suo comportamento ed usa i suoi errori per correggerlo; fronteggia le situazioni di difficoltà manifestando una capacità di **coping efficace**

Le condizioni sopra descritte sono alla base della "griglia" che segue e che ha costituito l'insieme degli indicatori per la lettura del processo impiegati per mappare il "caso di Anna".

Grado di **differenziazione, autonomia, attualizzazione delle potenzialità** (espressione di sé)

Grado di **percezione e rappresentazione** dell'esperienza

Capacità di **simbolizzazione** (corretta, parziale o distorta)

Contatto con le **emozioni**

Concetto di sé (relazione tra sé ideale e sé reale)

Stato di **accordo interno** (accordo tra concetto di sé ed esperienza)

Livello delle **barriere difensive**

Sistema dei **costrutti** che definiscono il concetto di sé

Bisogno di **considerazione positiva**

Capacità di **valutazione autonoma**

Grado di **apertura** (o **chiusura**) alle relazioni e agli eventi

L'analisi del caso di Anna nella prospettiva della TCC

- Differenziazione e autonomia – attualizzazione del sé

In Anna la differenziazione appare bassa. Traspare un bisogno di “legittimazione” ma anche il senso di essere vittima di ingiustizie.

- *deve regolarmente fare la “chiusura” dell'ufficio ... E a fine anno non ha avuto neanche il premio di produzione.*

- *A 14 anni Anna è stata lasciata dal suo primo ragazzo.*

- *Successivamente i ragazzi ...li ha sempre lasciati lei, senza coinvolgersi molto.*

Ha attraversato eventi morbosi complessi e in parte invalidanti. L'ultimo si sovrappone alle conseguenze della separazione, ma anche se con difficoltà sembra gestirlo.

- *...recentemente si è manifestato un neurinoma di Morton.*

Tuttavia Anna mantiene il lavoro e continua ad accudire la famiglia. Vive nella casa del suo ex compagno.

Lavora da alcuni anni alle Poste dove tuttavia si sente “sfruttata”.

...deve occuparsi della madre invalida, in particolare delle pratiche sanitarie.

Esprime inoltre tenacia e l'intenzionalità nel proseguire la sua vita nonostante il fallimento del rapporto.

- *Ha avuto attacchi di panico in auto e ora guida con difficoltà (“me lo impongo, non ho altra scelta!”).*

Un basso livello di autonomia appare correlato alla relazione disfunzionale da lei descritta e in grado di generare incongruenza (espressa ad esempio da sentimenti contraddittori di tradimento, abbandono, solitudine, mancanza).

Il problema è iniziato recentemente: alcuni mesi fa è stata “abbandonata” dal ragazzo con cui conviveva “felicitemente” da 9 anni.

...casa, luogo ... pieno del suo ex.: le cose di lui in giro, le foto, i ricordi.

Ha così deciso di iniziare una terapia motivata dalla consapevolezza di vivere in una condizione esistenziale non più sostenibile.

- Percezione e simbolizzazione – contatto con le emozioni

L'esperienza sembra prevalentemente riferita al passato e ne appare condizionata (come appare dai numerosi riferimenti alla vita familiare).

Dalla percezione limitata delle emozioni e dalla simbolizzazione distorta dei sentimenti consegue un basso livello di contatto con i bisogni e la tendenza a presentare situazioni senza via di uscita. Di qui l'emergere di uno stato di ansia, episodi di panico e “chiusura” (ne consegue il classico meccanismo delle *profezie autorealizzanti*).

Questa situazione “chiusa ma non chiusa” genera uno stato di sofferenza notevole accompagnato da difficoltà ad alimentarsi e disturbi ansiosi.

...ora la casa è sempre silenziosa, con le serrande abbassate (per paura di intrusi).

- Accordo interno tra concetto di sé ed esperienza

Lo schema interno di riferimento appare rigido e si manifesta nella tendenza a spostare sull'altro il *locus of evaluation* (eteronomico). Anna è portata, infatti, ad attribuire all'esterno la responsabilità delle sue difficoltà e sofferenze (in tutte le situazioni: lavoro, famiglia, e coppia).

- *Lavora alle Poste dove si sente "sfruttata".*

- *Anche in famiglia si sente sfruttata.*

Anche nella riletture dello svilupparsi degli eventi collegati al fallimento del rapporto nessun riferimento emerge riguardo alla sua responsabilità (*la colpa è dell'altro*).

- *Racconta con sdegno che si è eclissato mentre era ricoverata*

- *Considera questo gesto un "vile" tradimento (non si era accorta proprio di niente!), ma non riesce a non pensare a questa storia.*

In complesso una bassa percezione del potere personale si traduce in un basso livello di assertività e autoefficacia.

- Accordo interno tra concetto di sé ed esperienza

Il contatto con le emozioni appare limitato e stereotipato: se pure è espressa la sofferenza, la rabbia non appare esplicitata e forse non è percepita né simbolizzata. Domina un sentimento di paura generalizzato che si esprime in manifestazioni d'ansia e in un senso di minaccia che appare pervasivo.

- *difficoltà ad alimentarsi e disturbi ansiosi di tipo vario (claustrofobia, agorafobia, paura dei ladri...) - le serrande abbassate (per paura di intrusi).*

- *...chiusa nell'ascensore e da allora non è più riuscita a prenderlo ... "paura di essere seppellita viva".*

Anna, infatti, descrive la situazione che lei sta vivendo come insopportabile e allo stesso tempo insolubile: il problema della casa può essere considerato rappresentativo di questa contraddizione. Appare evidente l'incongruenza nella relazione con la casa: non può lasciarla (anche perché le consente apparentemente di mantenere il legame con un passato da cui non sa o non intende distaccarsi) ma la vive come una prigioniera.

- *La casa è l'unico suo bene. Però continuando a vivere lì, teme di non riuscire più ad andare a lavoro e di perdere il posto, unica fonte economica.*

Specialmente nel rapporto di coppia (ma anche nelle altre relazioni), Anna tende a spostare sull'altro le responsabilità che l'ostacolano nell'elaborazione della separazione. Un fragile concetto di sé non le consente di riconoscersi potere personale.

- *Si sente impotente e vittima delle circostanze (lei come buona, sfruttata e abbandonata) - continua a mantenere i suoi impegni (lavoro, famiglia, casa) come necessità oggettive.*

- Bisogno di considerazione positiva

La relazione con la famiglia di origine sembra rappresentare una dimensione di solitudine e di vissuti abbandonici.

- *Ebbe la sensazione di perdere un appoggio e che il rapporto con la madre si fosse rovesciato.*

Di conseguenza il passato appare solo come una costellazione di vissuti di sofferenza e di disconferma.

- *Alla età di 8 anni è svenuta perché "temeva di essere uccisa dai genitori".*

- *A 11 anni molestie sessuali da parte dello zio.*

- *A 14 anni Anna è stata lasciata dal suo primo ragazzo.*

La solitudine si ripresenta anche adesso come una costante.

- Al lavoro è intrattabile... Il tormento è in casa, luogo insicuro, vuoto e al contempo pieno del suo ex.

- Un giorno ha quasi avuto un attacco di panico all'idea di diventare vecchia, lì.

Si delinea il bisogno di sostegno per la risoluzione della solitudine. Traspaiono indizi di un pattern di attaccamento insicuro/evitante.

- Barriere difensive – Chiusura alle relazioni e agli eventi – Costrutti rigidi

Si manifestano sistemi difensivi che ostacolano la costruzione e la conservazione di relazioni. Il vissuto di Anna è pervaso da un elevato senso di minaccia.

- Fa spesso fantasie negative... e sogni di morte.

I costrutti appaiono rigidi, non riconosciuti come tali, ma considerati "dati di fatto" e oggettivizzati.

- Capacità di valutazione

E' possibile dedurre dalle considerazioni fatte fin qui una bassa capacità di valutazione autonoma (prevalenza di valutazioni eteronomiche).

La valutazione del caso di Anna nella prospettiva della TCC

E' possibile ipotizzare la seguente **motivazione** per la richiesta di supporto terapeutico:

Evento traumatico (abbandono del partner)

Effetti (ansia, panico, "chiusura")

La cliente infatti manifesta:

uno stato emotivo di impotenza e mancanza di speranza: Anna si sente allo stremo delle forze, incapace di far fronte. Si percepisce incapace di intraprendere una qualsiasi iniziativa per risolvere il suo stato di disagio.

una perdita di autostima: non si sente più competente o in grado di esercitare il controllo. Si sente danneggiata, diminuita, umiliata.

una perdita di gratificazione nelle relazioni interpersonali e nei ruoli della vita: esprime insoddisfazione per le sue relazioni e sente fallire le proprie aspirazioni.

una discontinuità nella percezione tra passato, presente e futuro: il futuro le appare oscuro, minaccioso e senza speranza. Il passato una condanna senza riabilitazione.

un ricordo doloroso degli eventi collegati alla diminuzione dell'autostima e del senso di benessere: prova sentimenti di rinuncia e risentimento diretti verso altre persone o verso sé stessa.

Da questa costellazione di fattori è possibile dedurre un quadro di **depressione situazionale (depressione reattiva)** per la quale è da considerare la **psicoterapia** come trattamento di elezione. E' da prevedere la possibilità di attuare un **trattamento farmacologico** di supporto, ma solo dopo che sia accertato che è stata instaurata una solida alleanza terapeutica.

Trattamento della depressione con la TCC

In una recente panoramica apparsa nel *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy* (curato da M. Lambert, 5 ed., 2003) Elliott, Greenberg e Lietaer citano centinaia di ricerche effettuate negli ultimi dieci anni che attestano **l'efficacia della Terapia Centrata sul Cliente nel trattamento della depressione e dei problemi legati all'ansia, a traumi e**

dei problemi relazionali (vedi A. Zucconi in *Fondamenti comuni e diversità di approccio in psicoterapia* a cura di R. Zerbetto, Angeli editore).¹⁹

L'obiettivo

L'obiettivo della terapia consiste nel **ristabilire la congruenza** tramite una migliore integrazione fra esperienza e concetto di sé:
in **un ambito relazionale facilitante** caratterizzato da tre condizioni (comprensione empatica, riconoscimento positivo, congruenza)
mediante **un processo di cambiamento** costituito da esperienze emozionali correttive, insight, ristrutturazione di costrutti disfunzionali.

L'obiettivo è realizzato quando **nella valutazione congiunta del terapeuta e del cliente** gli indicatori forniscono risultati qualitativi coerenti con l'idea di adeguata funzionalità (stato di benessere).

La metodologia

Componenti strutturali del processo terapeutico:

alleanza terapeutica (*base sicura*)
riconoscimento e modificazione dei costrutti
attualizzazione del sé attraverso la differenziazione e l'autonomia
centramento su sé (*locus of evaluation*)
concetto di sé (congruenza)

Strategia:

facilitare l'aumento della **consapevolezza dei punti forza**
facilitare lo **sviluppo delle aree funzionali** (potere personale)

Risultati attesi:

una diminuzione del grado di *disaccordo interno* (convergenza tra sé ideale e sé reale)
una conseguente diminuzione dell'*ansia* e della *depressione*
una conseguente riduzione dei *sintomi*
l'aumento della *autostima*, della *autoefficacia* e della *assertività*
un cambiamento dell'*immagine di sé* (essere degni di essere amati)
realizzazione di un più esteso *gruppo di supporto* (relazioni efficaci)

Considerazioni conclusive

Le ricerche odierne confermano le premesse concettuali che sono alla base dell'Approccio Centrato sulla Persona e della Terapia centrata sul Cliente. Facilitare i clienti a perseguire

¹⁹ Vedi anche:

- J. Watson et al., *Comparing PE with CBT in Treatment of Depression*, APA 2003
- Kolko et al., *Cognitive and family therapies for adolescent depression*, 2000
- N. Watson et al., *The Relations of Self-Discrepancies to Depression and Anxiety as Psychotherapy*, 2006 (<http://www.wm.edu/research/watson>)
- International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (<http://www.ipeppt.net>)

obiettivi coerenti con i loro valori e le loro aspirazioni è correlato con il raggiungimento di elevati livelli di benessere (Sheldon, Elliott, 1999; Sheldon, Kasser, 2001).

In uno studio comparativo sulle ricerche in psicoterapia (Smith, Glass, Miller, 1980) l'efficacia della Terapia Centrata sul Cliente è risultata simile a quella degli altri approcci psicoterapici; successivamente numerosi altri ricercatori sono giunti a conclusioni analoghe (Greenberg et al., 1994; Elliott, 1996; Elliott, 2002; Elliott, 2003). Oggi nel mondo i terapeuti che si ispirano all'approccio fondato da Carl Rogers aiutano persone a gestire efficacemente problematiche molteplici, come ad esempio quelle connesse alla depressione, ai disturbi post-traumatici da stress, ai disturbi della personalità borderline, alla psicosi, al ritardo mentale (Prouty, 1990; Teusch, 1990; Eckert & Wuchner, 1996). La Terapia Centrata sul Cliente si è rivelata efficace, ottenendo risultati analoghi a quelli ottenuti dalle terapie comportamentali o cognitive, nel trattamento dell'ansia (Borkovec et al., 1987; Borkovec, Mathews, 1988; Elliott et al., 1990; Terrier et al., 2000). In una recente panoramica apparsa nella quinta edizione del "Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy", Elliott, Greenberg & Lietaer (2003) citano numerose ricerche effettuate negli ultimi dieci anni che attestano l'efficacia della Terapia Centrata sul Cliente e delle terapie esperienziali (quelle terapie che hanno come base le ipotesi formulate da Rogers).

Michael Lambert una delle figure più note nel campo della ricerca in psicoterapia (1986) afferma che *"per anni la teoria della Terapia Centrata sul Cliente è stata una forza influente nel campo della pratica della psicoterapia. Al contrario della maggioranza delle psicoterapie non comportamentistiche la Terapia Centrata sul Cliente ha sviluppato una considerevole mole di ricerche, riuscendo a combinare in modo significativo la pratica clinica con la rigorosa ricerca. Poche scuole di psicoterapia possono vantare simili risultati che sono costituiti da un vitale corpo di conoscenze che ha avuto un forte impatto ed è stato largamente disseminato."*

Bibliografia

- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76,(43, Whole No. 562).
- Borkovec, T. D., Matthews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., & Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or non-directive therapy and the role of relaxation-induction of anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Borkovec, T.D., Matthews, A.M. (1988) *Treatment of nonphobic anxiety disorder: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy* in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-884.
- Butler, J. M., & Haigh, G. V. (1954). Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change: Coordinated research studies in the client-centered approach* (pp. 55-75). Chicago: University of Chicago Press.
- Eckert, J., Wuchner, M. (1996) *Long-term development of borderline personality disorder* in Hutterer, R., Pawlowsky, G., Schmid, P.E., Stipsits, R. Eds. *Client-centered and experiential psychotherapy. A paradigm in motion* pp. 213-233.. Peter Lang, Frankfurt.
- Elliott, R. (1996) *Are client-centered/experiential therapies effective? A meta-analysis of outcome research*, in Esser, U., Pabst, H., Speierer, G-W Eds. *The power of the Person-*

- Centered-Approach: New challenges-perspectives-answers* (pp. 125-138), GwG Verlag, Köln, Germany.
- Elliott, R. (2002) *Research on the effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis*, in Cain, D., Seeman, J. Eds. *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, pp. 57-81, APA, Washington, D.C.
- Elliott, R., Greenberg, S.L., Lietaer, G. (2003) *Research on Experiential Psychotherapies*, Lambert, M.J. Ed. *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) pp. 493-539, Wiley, New York.
- Elliott, R., Davis, K. & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for post-traumatic stress difficulties. In L. S.Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 249-271), New York: Guilford Press.
- Grawe, K. (1991). University of Bern: Differential psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- Greenberg, L.S., Elliott, R., Lietaer, G. (1994) Research on humanistic and experiential psychotherapies, in Bergin, A., Garfield, S. Eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 th ed.), Wiley, New York.
- Lambert, M.J. (1986) Future directions for research in Client-Centered Psychotherapy, *Person Centered Review*, Vol. 1 No.2 pp. 85-200.
- Lambert, M., a cura di (2003) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy*, 5 ed., John Wiley and Sons, Incorporated
- LeDoux, J. (2002) *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*, Viking Penguin, New York, Trad. It. *Il Sé sinaptico: Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*, Raffaello Cortina Editore, Milano (2002)
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 81-207.
- Prouty, G.F. (1990) *Pre-therapy: A theoretical evolution in the person centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation*, in Lietaer, G., Rombauts, I., Van Balen, R. Eds. *Client-centered and experiential psychotherapies in the nineties*, Leuven University Press, Leuven, Belgium.
- Raskin, N. (1947). *The nondirective attitude*. Unpublished manuscript.
- Rogers, C.R. (1951), *Client-centered therapy*, Houghton-Mifflin, Boston; trad. it. *Terapia centrata sul cliente*, La nuova Italia, Roma, 1997.
- Rogers, C.R. (1957) "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change", *Journal Consulting Psychology*, 21.
- Rogers, C. R. (1958). A process conception of psychotherapy. *American Psychologist*, 13, 142-48.
- Rogers, C.R. (1959) "A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework", in S.KOCH (ed.), *Formulations of the person and the social context, Psychology. A study of a science*, vol.III, Mc Graw-Hill, New York.
- Rogers, C.R., Kinget, M.G. (1965) *Psychothérapie et relations humaines*; trad. it. *Psicoterapia e relazioni umane.*, Boringhieri, Torino, 1970.
- Rogers, C.R. (1980) *A Way of Being*, Boston, Ma. Houghton Mifflin Co.; trad. it.: *Un modo di essere*, Martinelli, Firenze, 1983.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: an unappreciated way of being, *The Counseling Psychologist*, 5 (2), pp.2-10.

- Sheldon, K.M., Elliott, A.J. (1999) Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 482-497.
- Sheldon, K.M., Kasser, T. (2001) Goals, congruence, and positive well-being: New empirical validation for humanistic theories. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 30-50.
- Shlien, J. M. (1957). Time-limited psychotherapy: An experimental investigation of practical values and theoretical implications. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 318-322.
- Shlien, J. M., Mosak, H. H., Dreikurs, R. (1962). Effect of time limits: A comparison of two psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 31-34.
- Smith, R.E., Glass, G.V., Miller T.I. (1980) *The benefits of psychotherapy*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Snygg, D., Combs, A. W., (1949), *Individual Behavior: a New Frame of Reference for Psychology*, New York: Harper and Bros
- Terrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittowski, A., Morris, J. (2000) *Two-year follow-up of cognitive behavioural therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia* in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 917-922.
- Teusch, L. (1990) *Positive effects and limitations of client-centered therapy with schizophrenic patients*, in Lietaer, G., Rombauts, I., Van Balen, R., Eds. *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven, University Press, Leuven, Belgium.
- Watson, N., Elliott, K.L., Bryan, B.C., (2006). *The Relations of Self-Discrepancies to Depression and Anxiety as Psychotherapy Change Measures: Interim Results*, College of William & Mary and Virginia Consortium Program in Clinical Psychology Williamsburg, VA, USA, <http://www.wm.edu/research/watson>
- Zucconi, A. (1982) *Denominatori comuni di tutte le forme di Psicoterapia*, Congresso di Psicologia Umanistica, Firenze.
- Zucconi, A. (1986) Capitolo VI in: *Immagini dell'uomo. Psicologia rogersiana*, ed. Rosini, Firenze.
- Zucconi, A. (2004) La necessità di una medicina centrata sulla persona, *Da Persona a Persona. Rivista di Studi Rogersiani*, Ottobre pp. 88-94.
- Zucconi, A., Dattola, G. (2008) Capitolo 29 in *La Relazione Che Cura*, Alpes Italia srl, Roma.

Area traumatica e claustrofilia: il punto di vista psicoanalitico sul caso di Anna

Luigi Ianiri, psicoanalista, Istituto di Psichiatria e Psicologia, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Il caso è sicuramente molto suggestivo e mi ha stimolato alcune tracce di pensiero che adesso cercherò di illustrare.

Sono uno psicoanalista freudiano e quindi sono particolarmente contento, da un punto di vista clinico e scientifico, che in questo caso sia stata messa in risalto l'area traumatica. Vorrei iniziare da tale ambito sintomatico, perché dai sintomi bisogna pur partire per interpretare il quadro in chiave dinamica e per questa via arrivare tentativamente a descrivere una personalità, un'organizzazione mentale o una modalità di funzionamento psichico.

La prima questione è la dimensione claustrofobica - agorafobica. Noi partiamo da uno stimolo, un evento stressante, in questa storia "chiusa e non chiusa". Quindi è chiaro che l'ambivalenza, l'ambiguità intrinseca della situazione relazionale conduce, sul piano sintomatologico, potremmo dire determina (anche se questo termine in psicoanalisi non è molto usato) uno stato di claustrofobia – agorafobia. La paziente presenta aspetti claustrofobici, ad esempio la paura di prendere l'ascensore, e aspetti agorafobici, per cui il traffico diventa un problema, gli attacchi di panico sono sempre in agguato, ma anche il confinamento e l'isolamento in un ambiente angusto costituiscono un problema. Bisogna tuttavia riflettere sul fatto che la claustrofobia è una dimensione che spesso si associa ad una dimensione complementare e per certi versi opposta, che va oltre la manifestazione superficiale fobica e ne rivela invece la soggiacente natura di attrazione. Elvio Fachinelli (Claustrofilia, Adelphi, Milano, 1983) aveva magistralmente descritto questa condizione nel processo psicoanalitico e l'aveva chiamata claustrofilia, postulando per essa un ruolo nel ritorno regressivo alla "unità duale" madre-bambino all'interno della relazione analista-paziente. Tale attrazione per il *claustrum*, il luogo chiuso ma più in generale la situazione di restare chiusi (o racchiusi) dentro un contenitore che è equivalente simbolico di quello uterino, è ciò che sopraggiunge nell'interminabilità dell'analisi, ma può anche configurarsi come stato o rifugio della mente.

La nostra paziente oltre che claustrofobica sembra essere veramente claustrofilica: il suo cercare l'isolamento, il chiudersi nelle relazioni interpersonali, così come la paura dei ladri e la paura degli intrusi, sembrano un po' rinviare ad una situazione in cui questa casa in realtà è una casa sua ma non è poi una casa sua. La casa, suo unico bene, è un bene ambiguo, in cui appunto ci si può aspettare da un momento all'altro l'entrata traumatica di un estraneo. L'estraneo è anche il suo ex partner, questa persona familiare, che proprio perché diventato così familiare dopo 9 anni di rapporto, diventa un estraneo, in grado di intrudere in modo così pesante e dannoso dentro la casa, cioè nel simbolo della vita del soggetto. Ecco dove allora l'ambiguità diventa conflitto nevrotico, tra tensione regressiva verso un luogo delle origini, in cui rinchiudersi, e la minaccia (strutturalmente edipica) dell'intrusione, evidentemente pericolosa anche perché camuffata, pendente su questa beatitudine. Il rischio, cioè, è che l'utero, un utero – si badi bene – diviso a metà e fino a poco tempo fa condiviso, si trasformi in prigione e che la perfezione della "unità duale" si trasformi in una trappola mortale.

La paziente non si decide, come prima correttamente ha osservato il Prof. Casacchia, è ferma e provoca a sé un danno enorme, facendosi sopraffare da un peso che è però simultaneamente il suo unico tesoro. Situazione che si esprime anche sul piano sintomatologico in un senso di profonda ambiguità.

Un altro problema che emerge, anche dalla descrizione fisica della paziente, dalla sua vaga mascolinità, è quello per cui ella si è chiesta perché il suo compagno se ne sia andato dopo 9 anni, e qui possiamo dire che il caso presenta degli elementi insaturi su cui ognuno di noi ha il diritto di proiettare le proprie fantasie. Ora, appunto, perché quest'uomo se ne sia andato, noi non lo possiamo sapere ma lo possiamo immaginare: una mia fantasia è quella che magari a 38 anni egli volesse qualcosa in più di un "sodalizio". L'aspetto fisico di lei potrebbe far pensare ad una identità sessuale non risolta e anche ad aspetti forse - ritorniamo sul discorso della personalità - auto-frustranti. Potremmo definirli, in termini più propriamente psicoanalitici, masochistici, ma molto profondi, un problema antico che è esprimibile attraverso quella che io chiamerei una "diagnosi psicosomatica", cioè un problema di vulnerabilità psicosomatica. Per esempio l'endometriosi, che ovviamente limita la fertilità della nostra paziente, così come il neurinoma di Morton ne limita chiaramente l'autonomia, essendo quest'ultimo anche funzionale ad un guadagno secondario della malattia, lascia pensare a tali profondi tratti masochistici.(e regressivi) che si sono manifestati, dapprima con valenza di vulnerabilità, in una malattia auto-frustrante della sfera sessuale.

Dunque ritorna la questione della claustrofobia, nel senso di un volersi chiudere anche nell'ambito della sessualità procreativa. Essa rappresenta un sintomo che si va mano a mano espandendo, ad esempio in ufficio: mi riferisco al fatto che alla fine della giornata lavorativa debba chiudere lei, arrivando così a non sopportare l'idea che anche lì è chiusa; ritorna il tema della rapina, dei ladri e delle persone che da fuori possono intrudere e quindi violare la sua intimità, la sua sfera più intima affettivamente.

Certamente la paziente prova, nei confronti della donna che sarebbe la presunta amante del capo ufficio, una sensazione di invidia, perché costei ha avuto almeno la possibilità di ricevere dall'amante un bene non ambiguo, il denaro, mentre ella ha scelto un bene completamente ambiguo: non sa che farsene di questa casa a metà, che, non disponendo di una somma adeguata, non può riscattare. La casa non è ancora sua; d'altronde, se vendesse la sua parte e ne ricavasse qualcosa, di nuovo non saprebbe cosa farsene, ciò non basterebbe per nulla. Il fatto è che questa donna non ha figli - il discorso dell'endometriosi che dalla fantasia si proietta nella realtà - e non so se ella potrebbe averne.

L'altra questione accennata è quella relativa al guadagno secondario: teniamo presente che la nostra paziente è proprio limitata pesantemente, con i suoi attacchi di panico, con la sua agorafobia, con le sue difficoltà di spostamento, con il neurinoma di Morton che non le permette di guidare la macchina: così ella può non occuparsi della madre malata. Quindi a livello razionale, consapevole, responsabile, dovrebbe occuparsene, ma certamente a un livello più profondo, irrazionale, inconscio le sorge la rabbia, la ribellione: perché dovrebbe occuparsene solo lei? Ci sono le due sorelle maggiori, le quali è vero che sono sposate, ma comunque sono in condizioni di occuparsi della madre, invece è lei a essere penalizzata, a doversene occupare. Ecco dunque che la sua invalidità, la sua immobilità, il suo handicap diventa l'espressione tacita e sintomatica della sua rabbia e della sua critica radicale, forse invidiosa, alla realtà familiare.

Qui si apre tutto lo scenario familiare, che mi ha posto molti quesiti e mi ha molto interessato, perché sappiamo che ci sono queste due sorelle, sappiamo che c'è un fratello maggiore ma non sappiamo in che rapporti la paziente sia con lui. C'è anche una sorellina più piccola, che è la pietra dello scandalo, motivo per il quale la paziente ha sviluppato la fantasia di poter essere addirittura uccisa dai genitori. Credo che lo squarcio sulla famiglia e sull'infanzia della paziente sia eloquente, anche ai fini dell'interpretazione secondo il binomio claustrofobia – claustrofilia. Parlerei in tal caso di angoscia claustrofobica, perché ho percepito nettamente uno schiacciamento da parte delle sorelle, ma anche da parte dei

genitori. E' davvero penoso constatare come questa persona sia stata, per certi versi, gettata nell'angolo, in un angoletto della sua infanzia, con le sue scarse capacità di coping, dalle figure gigantesche che campeggiano nella sua famiglia, dalle sorelle che ovviamente hanno saputo farci di più nella vita rispetto a lei, ai genitori che addirittura l'avrebbero potuta uccidere per la disattenzione nei confronti della sorellina. Non sappiamo molto sul rapporto che la paziente ha potuto intrattenere con la madre, sarebbe interessante saperlo. Abbiamo un dato in negativo, cioè sappiamo che ad un certo punto si è verificato il rovesciamento nell'accudimento, quando la paziente aveva 23 anni, quindi in età già avanzata: a questo punto ella è diventata la madre di sua madre, e quindi ciò ci fa supporre che ci sia stato un certo rapporto precedente di interdipendenza, se non di fusionalità.

Allora possiamo sostenere che se l'angoscia claustrofobica è il frutto dello schiacciamento, della riduzione o costrizione in un angolo del soggetto, da qualche altra parte nella mente del medesimo soggetto alberga la tendenza claustrofilica al ritorno al paradiso perduto, o forse mai pienamente conosciuto e goduto, dell'unione con la madre, tendenza profondamente intrisa di nostalgia e anche, se guardiamo alle dinamiche familiari, di gelosia. C'è l'idea, in queste vicissitudini della relazione primaria, di volere recuperare un rapporto esclusivo con la figura della madre, ma di non essere mai sicura, a causa della competizione fraterna, di raggiungere un *claustrum* al riparo dagli attacchi gelosi e invidiosi degli altri.

Dicevamo della questione della diagnosi psicosomatica, che a mio parere si deve porre per almeno due malattie: l'endometriosi, già discussa, e la colite spastica. Nella prospettiva di una vera aggressione al proprio sé, acquista un particolare rilievo quest'ultima configurazione psicosomatica. D'altronde la colite ci rimanda ad un certa vulnerabilità dell'organo, nella terminologia medica ad una *meiopragia*. Siamo nel discorso dell'intestino, che sarebbe l'organo ammalato di tumore del padre: è una particolare associazione che dobbiamo tenere presente perché l'analogia, secondo me, non è assolutamente casuale. Credo che il discorso (nel senso del *logos*) intestinale sia molto in risonanza con la dimensione claustrofobico – claustrofilica e dunque con la dinamica relativa al trattenimento – espulsione, che è tipica della colite spastica, una dinamica di contenuti instabili della mente che vengono, appunto, trasferiti sul corpo con una modalità non più ambivalente e quindi co-presente, bensì mutuamente esclusiva e conflittuale.

L'area traumatica è sicuramente segnata dalla molestia dello zio, quando aveva 11 anni: trattasi di fatto di un abuso in età abbastanza avanzata, non precoce ma comunque in grado di indurre una diffidenza nei confronti degli adulti. Diffidenza che si è ovviamente espressa anche nei confronti dei partner: si può dire che tutta l'esperienza che la donna ha avuto con i suoi vari partner e fidanzati, compreso l'ultimo sopra menzionato e che ha apparentemente causato tutto questo disastro, è intrisa di profonda diffidenza, tanto è vero che è sempre stata lei ad aver lasciato, perché lasciare vuol dire non dare la possibilità all'altro di lasciare per primo.

Possiamo anche ipotizzare, forse osando un po' troppo, che questo zio sia addirittura un sostituto paterno e che nell'immaginario possa essere il padre l'autore della molestia sessuale. Vorrei aggiungere che l'area edipica, cioè l'area relativa alla triangolazione con la figura paterna, è abbastanza caratterizzata nel sogno in cui il bacio del padre, bacio da lui in realtà mai concesso, è in grado di farlo morire subito dopo. Se bacia la figlia, il padre subito dopo muore: tale assioma senz'altro rimanda all'area edipica e, evidentemente, anche all'area della colpa, probabilmente la colpa stessa che la paziente ha assunto su di sé in occasione della morte del padre. Di certo tale perdita si configura come un *life stressing event*, un punto traumatico in questa storia di depressione, elemento che è indubbiamente rimasto profondo e inconscio, ma anche

latente e subdolo. Molto spesso, tra l'altro, i ricordi traumatici sono dei ricordi di copertura. Non so come un ricordo del genere sia stato rievocato, per quale via si sia potuto esprimere coscientemente, magari dopo un lungo periodo di rimozione, però è esperienza comune che molti pazienti fin dall'inizio della terapia ci parlano di traumi subiti, spesso di traumi sessuali, anche se non violenti, ma proprio per questo più equivoci, confusivi, lascivi, subdoli. Le esperienze e i vissuti traumatici, se riportati precocemente, sanno molto di ricordi di copertura, laddove il vero trauma è qualcosa che si scopre durante il trattamento, cioè durante l'analisi. Quindi tale ricordo, che potrei considerare come di copertura, mi fa ancora più pensare all'esperienza dello "schiacciamento", che forse è il trauma più importante che la donna ha subito dall'infanzia.

L'altra esperienza traumatica, quella dell'ascensore, molto più recente, è un'esperienza in cui la claustrofobia si associa a un vissuto di esclusione. Ciò rinvia all'angoscia del tumore intestinale del padre, proprio per la dinamica del dentro-fuori, soprattutto del dentro in ottica di chiusura, di qualcosa che è avvolto in quattro pareti e ha a che fare con dinamiche aggressive. Ora non sappiamo come l'aggressività nella famiglia della paziente sia stata vissuta e sia stata trasmessa, non sappiamo nulla neanche dell'aggressività di lei, che sembra molto sensibile, oltre che soggetta, all'aggressività altrui e sembra inoltre esprimere una sua propria auto-aggressività. Probabilmente è aggressiva per proiettare la colpa fuori di sé, ma è anche aggressiva nel farsi carico in modo colpevole e nevrotico della colpa di non poter seguire la madre, nonostante non sia in condizione di farlo. Lo stesso guadagno secondario comporta sentimenti di colpa e aggressività reattiva, che si traducono nel gioco delle dinamiche psicosomatiche intestinali.

Sia la questione della colpa e dell'aggressività, sia il problema clinico della tensione, sono intimamente associati e confluiscono nella sintomatologia depressiva della paziente, non soltanto depressa, ma anche molto ansiosa. L'ansia, a mio parere, in tutte queste forme claustrofobiche e agorafobiche, denota un preciso nodo conflittuale di tipo nevrotico e la nostra paziente vive così dinamiche conflittuali con le figure parentali e con i partner.

C'è poi l'idea della morte, la morte nel sogno, prima accennato, del bacio del padre. Ciò ci fa pensare senz'altro ad un Edipo irrisolto, una problematica edipica evidentemente abbastanza complessa e grave, oltretutto perché si ricollega alla morte, e quindi alla colpa. In un altro sogno molto interessante è l'immagine del terremoto, una fenomenologia onirica tipica di sogno nei pazienti che soffrono di panico e di agorafobia e hanno spesso sensazioni, qui addirittura sognate, di terra che trema sotto i piedi. Il sogno del terremoto allude anche alla vertigine: quando la terra trema sotto i piedi non si hanno più punti di riferimento e viene meno l'equilibrio delle sensazioni coordinate. Ci sono casi descritti molto bene (Michelle Quinodoz, *Le vertigini tra angoscia e piacere*, Franco Angeli, Milano, 2005) sul senso psicodinamico – analitico della vertigine, che di fatto molto spesso è associata a rappresentazioni di terremoto; qui non abbiamo il sintomo della vertigine, ma dalla lettura dell'icona-simbolo del terremoto deriviamo la presenza di angoscia catastrofica. Ciò significa che questa paziente ha un panico più radicato nel profondo, più grave del classico attacco di panico di livello ansioso-nevrotico. Io credo che nell'attacco di panico possiamo trovare diverse gravità del sintomo, dal livello psicotico a quello nevrotico. Non voglio dire che qui si tratti di una gravità di tipo psicotico, ma certamente di una considerevole profondità del panico, desunta dall'occorrenza delle sensazioni di mancanza di terreno sotto i piedi, che stanno a significare angoscia catastrofica, cioè angoscia di andare a pezzi, di frammentarsi.

Un'ultima cosa vorrei aggiungere sul bambino da rianimare nel sogno, che rappresenta simbolicamente una parte della paziente e che fa ben sperare perché io ora dovrei concludere chiedendomi: "bene, allora alla fine su che cosa dobbiamo lavorare su

questa paziente da un punto di vista dinamico e soprattutto si può lavorare su qualche elemento in particolare: sulla melanconia, sulla depressione devitalizzata, sulla depressione maggiore ...?” Credo che qui ci sia un bambino non completamente morto, tuttavia è un bambino da rianimare, quindi ci dà qualche speranza. La speranza è che la devitalizzazione in questa paziente non sia proprio così completa, radicale e grave e a ciò mi aggancerei terapeuticamente per poi risalire e affrontare e lavorare sulle tematiche espresse con i sintomi d'ansia. Certamente se si resta su un piano nevrotico, per un psicoanalista che deve affrontare un terreno più insidioso, si cammina su un terreno percepito come meno oscuro. Infatti potrebbe capitare anche all'analista di sentire mancare il terreno sotto i piedi affrontando la psicosi o situazioni pre-psicotiche o borderline che sicuramente incutono inquietudine nonché smarrimento di confini.

La prevenzione del disturbo depressivo in età evolutiva

Mario Becciu, psicologo, psicoterapeuta, docente al CRP²⁰, presidente AIPRE²¹

Anna Rita Colasanti, psicologa, psicoterapeuta; docente di Psicologia di comunità, Psicologia della salute, Psicologia preventiva all'Università Pontificia Salesiana di Roma, AIPRE

Maria Belea, psicologa, Dottorato di Ricerca presso l'Università Pontificia Salesiana di Roma, AIPRE

Introduzione

La depressione è una condizione emotiva che non è raro incontrare in soggetti in età evolutiva, sebbene non sia così facilmente riconosciuta. Essa, infatti, passa spesso inosservata agli occhi degli agenti educativi (genitori, insegnanti) in quanto i bambini depressi, a differenza dei loro coetanei che presentano comportamenti di turbolenza, di opposizione, di disciplina, non suscitano particolare attenzione. Appaiono per lo più ragazzi tranquilli, ben educati, sensibili che cercano di compiacere gli adulti. Talvolta la loro mancanza di iniziativa viene interpretata come pigrizia dando vita ad un circolo vizioso ancora più negativo.

A questo riguardo, diventa quindi molto importante individuare i segnali precursori della depressione per poter agire preventivamente.

In questo nostro intervento vorremmo dapprima delineare la natura della depressione in età evolutiva, fornire alcuni dati circa la sua prevalenza ed incidenza, considerare i principali fattori di rischio e di protezione, per poi soffermarci sui principali interventi preventivi.

1. La natura della depressione in età evolutiva

Fondamentalmente distinguiamo tre categorie di disturbi depressivi: la depressione maggiore, i disturbi distimici e i disturbi depressivi non altrimenti specificati (ossia quei disturbi che, pur presentando molte caratteristiche dei due precedenti, non ne soddisfanno tutti i criteri di inclusione).

Ciò che differenzia le tre categorie sono il numero, la gravità e la durata dei sintomi (Stark, 1995, 16-39).

Questi ultimi possono essere distinti in :

Emozionali

Cognitivi

Motivazionali

Fisici e neurovegetativi

1.1. Sintomi Emozionali

I principali sintomi emozionali sono:

Umore disforico. Rispetto ad esso occorre però precisare che è un sintomo *non specifico* dal momento che è possibile ritrovarlo anche in altre forme di disagio psicologico; inoltre non tutti i bambini depressi manifestano umore disforico.

²⁰ CRP Centro per la Ricerca in Psicoterapia

²¹ AIPRE Associazione Italiana di Psicologia Preventiva.

Tab. 1. Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

Sintomi	Depressione maggiore	Distimia	Disturbi depressivi non altrimenti specificati	Popolazione in generale
Umore disforico	91	70	40	1

In riferimento all'umore disforico sono importanti alcuni parametri:
 esperienza fenomenologica del sentimento di tristezza (come reazione ad una perdita/tristezza come dolore psichico)
 durata temporale dell'esperienza (esperienza transitoria / permanente per la maggior parte della veglia)
 durata temporale dell'episodio depressivo (giorni, settimane, mesi)
 influsso degli eventi ambientali (tristezza associata o meno ad eventi ambientali; reattività maggiore o minore ad esperienze piacevoli)
 fluttuazione dell'umore durante il giorno (si modifica in specifici momenti della giornata e per qualche tempo)

Umore collerico e irritabile. Tra i bambini depressi è facile riscontrare sentimenti di rabbia clinicamente rilevanti. La rabbia varia in riferimento agli stessi parametri che abbiamo considerato per la tristezza (intensità, durata, frequenza, associazione ad eventi ambientali, reattività all'ambiente, variazione durante la giornata).

Tab. 2. Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

Sintomi	Depressione maggiore	Distimia	Disturbi depressivi non altrimenti specificati	Popolazione in generale
Irritabilità/rabbia	45	30	23	2

Anedonia. È la perdita della risposta di piacere. Il bambino non sperimenta più piacere nelle attività di cui godeva prima. In particolare si osservano:
 un decremento delle attività che il bambino trova piacevoli
 un decremento della quantità di piacere che da esse deriva.

Tab. 3. Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

Sintomi	Depressione maggiore	Distimia	Disturbi depressivi non altrimenti specificati	Popolazione in generale
Anedonia	54	7	6	0

Tendenza al pianto. I bambini depressi piangono più frequentemente degli altri e il loro pianto non sembra correlarsi ad eventi ambientali. C'è inoltre una soglia più bassa di fronte ad eventi ambientali negativi.

Perdita di allegria. I bambini depressi rispondono con freddezza a ciò che farebbe sorridere la maggior parte dei bambini e non trova divertenti la maggior parte delle cose.

Non sentirsi amati. Alcuni bambini depressi sono preoccupati dalla sensazione e dalla convinzione che nessuno li ami ed è molto difficile rassicurarli del contrario.

Tab. 4. Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

<i>Sintomi</i>	<i>Depressione maggiore</i>	<i>Distimia</i>	<i>Disturbi depressivi non altrimenti specificati</i>	<i>Popolazione in generale</i>
<i>Non sentirsi amati</i>	54	33	20	1

Autocommiserazione. Alcuni bambini depressi si sentono più sfortunati degli altri e sperimentano sofferenza nella convinzione che la vita sia stata con loro più ingiusta, meno appagante, piena di ostacoli e privazioni.

Tab. 5. Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

<i>Sintomi</i>	<i>Depressione maggiore</i>	<i>Distimia</i>	<i>Disturbi depressivi non altrimenti specificati</i>	<i>Popolazione in generale</i>
<i>Autocommiserazione</i>	18	27	9	1

1.2. Sintomi Cognitivi

Autovalutazioni negative. I bambini depressi tendono a valutare negativamente le loro prestazioni, le loro capacità e altre qualità personali significative. Percepiscono se stessi come inadeguati e le loro *performance* inaccettabili anche di fronte ad informazioni contraddittorie; ciò contribuisce significativamente ad un basso livello di autostima. La gravità di questo sintomo è stimata in base al numero di caratteristiche personali valutate negativamente e alla profondità delle autovalutazioni negative delle medesime. Gli ambiti di autovalutazione per lo più concernono intelligenza, aspetto fisico, personalità profitto scolastico, abilità atletica. Le autovalutazioni negative sembrano associarsi a tentativi suicidari.

Tab. 6 Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

<i>Sintomi</i>	<i>Depressione maggiore</i>	<i>Distimia</i>	<i>Disturbi depressivi non altrimenti specificati</i>	<i>Popolazione in generale</i>
<i>Autoimmagine negativa</i>	91	60	37	7

Senso di colpa. Inteso come rimorso eccessivo dopo un comportamento inadeguato, il senso di colpa viene inserito tra i sintomi cognitivi in quanto si ritiene rifletta lo stile attributivo del bambino. I bambini depressi hanno un'attribuzione interna, stabile e globale per gli eventi negativi e talvolta si sentono responsabili anche di eventi rispetto ai quali non hanno avuto alcun ruolo oggettivo. Secondo Kashani, Barbero, Bolander, (cit in Stark, 1995, 28) circa il 62% dei bambini depressi riferisce un senso di colpa eccessivo e inappropriato.

Tab. 7 Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

<i>Sintomi</i>	<i>Depressione maggiore</i>	<i>Distimia</i>	<i>Disturbi depressivi non altrimenti specificati</i>	<i>Popolazione in generale</i>
<i>Senso di colpa eccessivo</i>	36	13	20	1

Disperazione. Viene anch'essa inserita tra i sintomi depressivi in quanto fortemente correlata al pensiero che il futuro non migliorerà o potrà solo peggiorare la situazione. I bambini depressi non vedono alcuna possibilità di soluzione dei loro problemi rispetto ai quali ritengono che non ci sia via di uscita. Come fanno notare Kadzin et al. (cit in Stark, 1995, 28) l'ideazione e il comportamento suicidario sono più associati alla disperazione che alla depressione

Tab. 8 Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

<i>Sintomi</i>	<i>Depressione maggiore</i>	<i>Distimia</i>	<i>Disturbi depressivi non altrimenti specificati</i>	<i>Popolazione in generale</i>
<i>Disperazione</i>	36	33	0	1

Difficoltà di concentrazione. I bambini depressi trascorrono molto tempo autocentrati perdendosi nel mondo dei loro pensieri negativi e ciò interferisce consistentemente con la possibilità di concentrarsi su stimoli esterni.

Tab. 9 Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

<i>Sintomi</i>	<i>Depressione maggiore</i>	<i>Distimia</i>	<i>Disturbi depressivi non altrimenti specificati</i>	<i>Popolazione in generale</i>
<i>Difficoltà di concentrazione</i>	73	60	40	4

Indecisione. I bambini depressi, a causa dello scoraggiamento che presentano, possono incontrare difficoltà nel prendere anche le più piccole decisioni e ciò, oltre a interferire con le prestazioni scolastiche, rende loro eccessivamente dipendenti dagli adulti.

Ideazione morbosa circa la morte. Talvolta i bambini depressi possono manifestare una vera e propria ossessione per una morte realmente avvenuta o per la possibilità che questa possa colpire qualcuno dei familiari , un animale domestico e persino loro stessi.

1.3. Sintomi Motivazionali

Chiusura sociale. Si riferisce al progressivo declinarsi dei contatti e della profondità dei coinvolgimenti con i pari e con gli adulti. Ossia il bambino che prima dell'episodio depressivo era attivo sotto il profilo delle interazioni, decrementa consistentemente frequenza e intensità dei contatti.

Tab. 10 Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

Sintomi	Depressione maggiore	Distimia	Disturbi depressivi non altrimenti specificati	Popolazione in generale
Chiusura sociale	73	27	11	1

Ideazione e comportamento suicidari. Tali sintomi sono molto rari prima dei 10 anni, tuttavia dopo questa età non è inconsueto riscontrare nei bambini depressi idee quali “I miei genitori sarebbero più felici se fossi morto” oppure “starei meglio se fossi morto”. Talvolta, sono presenti piani suicidari più o meno dettagliati.

Peggioramento delle prestazioni scolastiche. Contingentemente all'insorgere della malattia i bambini evidenziano un calo di rendimento scolastico e una sorta di demotivazione ad apprendere accompagnate da pensieri di inadeguatezza e di incapacità personali. Alcuni sintomi associati alla depressione influiscono sia sulla motivazione sia sui processi cognitivi compromettendo seriamente la riuscita scolastica.

1.4. Sintomi fisici e neurovegetativi

Affaticamento. Il bambino può accusare sensazione di stanchezza o mancanza di energia necessaria per agire. Eseguire i compiti consueti richiede più tempo e talvolta, nei casi più gravi, il bambino vive una sorta di letargia per buona parte del giorno.

Tab. 11 Percentuali di bambini depressi che riferiscono livelli clinicamente rilevanti di sintomi depressivi

Sintomi	Depressione maggiore	Distimia	Disturbi depressivi non altrimenti specificati	Popolazione in generale
Affaticamento	73	53	31	6

Cambiamento nell'appetito e nel peso. Non è raro registrare nei bambini depressi un cambiamento nell'appetito e conseguentemente nel peso. Per lo più il cambiamento è nella direzione di una diminuzione, si può verificare però - sebbene meno comunemente - anche nella direzione opposta.

Dolori e malesseri. È frequente che i bambini depressi lamentino disturbi somatici, quali: cefalee, dolori allo stomaco, alla schiena, alle gambe.

Disturbi del sonno. Tra i sintomi più comuni sul piano fisico si riscontrano i disturbi del sonno sotto forma di insonnia, ipersonnia, sonno disturbato e sensazione soggettiva di sonnolenza.

Cambiamenti a livello psicomotorio. Nei bambini depressi si possono osservare cambiamenti importanti a livello psicomotorio sia nella direzione di un rallentamento (per cui movimenti corporei, linguaggio e tempi di reazione sono molto più lenti) sia nella direzione opposta, dell'agitazione, con eccessi comportamentali accompagnati da irritabilità e aggressività.

2. Prevalenza ed incidenza

Come dicevamo all'inizio, la prevalenza della depressione in età evolutiva è stata sottovalutata per anni. I dati offerti da alcune ricerche, per altro non numerose, si diversificano consistentemente gli uni dagli altri con percentuali che talvolta variano dal 2% al 33%. Tale variabilità è connessa a diverse ragioni (Stark, 1995, 52):

sono state studiate popolazioni differenti

sono stati utilizzati diversi metodi e criteri diagnostici

sono state usate misure differenti per valutare la gravità e l'intensità dei sintomi.

Tuttavia, confrontando i dati più recenti il tasso si attesta intorno al 2,2% per soggetti in età prepuberale e intorno al 5% in adolescenza.

Più specificatamente, negli Stati Uniti, la depressione interessa l'1– 2% dei bambini in fase prepuberale e oscilla dal 3% all'8% tra gli adolescenti (Horowitz – Garber, 2006, 401).

Decisamente più elevata la percentuale australiana; secondo recenti studi circa il 25% dei giovani al di sotto dei 18 anni ha sperimentato episodi clinici significativi di depressione (Farrell–Barrett, 2007, 58).

La situazione italiana non discosta da quella statunitense: la prevalenza dei disturbi depressivi è del 2-3% al di sotto dei 10 anni e del 5-7% tra i 14 e i 19 anni²².

Da notare che mentre in età prepuberale non si registrano differenze significative tra i due sessi, in adolescenza il fenomeno è decisamente più femminile. Dai 13 ai 15 anni e fino all'età adulta, le femmine manifestano sintomi depressivi due o tre volte di più rispetto ai maschi. Di contro, i comportamenti suicidari sono più maschili che femminili.

Circa l'incidenza, le ricerche statunitensi sulla depressione mettono in evidenza che nel giro di un anno si è passati dal 2% al 3% tra i 6 e gli 11 anni e dal 3% all' 8% tra gli 11 e i 15 anni. Nel periodo della vita tra i 15 e i 18 anni, l'incidenza dei sintomi depressivi è passata dal 20% al 25%. L'incremento è più marcato nel caso delle ragazze rispetto ai ragazzi a partire dalla prima adolescenza (Chaplin, 2006, 111).

3. Fattori di rischio

La depressione sembra essere il risultato di una complessità di fattori di natura biologica, psicosociale, ambientale; pertanto ci si trova di fronte ad una struttura causale complessa, multifattoriale (Garber, 2006, 105).

Tra i principali fattori di rischio di natura individuale sono da menzionare:

²² Per maggiori informazioni a questo riguardo, si veda il sito <http://dpss.psy.unipd.it/link/bussola.php>.

Il sesso. Le ricerche epidemiologiche mettono in evidenza il fatto che l'essere femmine è associato in maniera significativa con la depressione sia nell'età adolescenziale che nell'età adulta. (Cole, 2002, 162; Garber, 2006, 105-106; Hankin et. al, 98-128; Twenge – Nolen Hoeksema, 2002, 579). A tale riguardo, alcuni studi sottolineano che i cambiamenti ormonali e dell'immagine corporea, l'incremento dello stress e la mancanza di risposte adattive, la tendenza verso la ruminazione nonché le difficoltà nell'orientamento interpersonale e in particolare le relazioni conflittuali con i genitori sono maggiormente presenti nel caso delle femmine.

I fattori genetici e neurobiologici. Gli studi psicobiologici hanno permesso di individuare nei giovani con disturbi depressivi una disfunzione nel sistema neuroendocrino e ormonale, una sensibilità ai meccanismi biologici dello stress e un disturbo nel ritmo del sonno (Garber, 2006, 105-109). Inoltre, una ipoattività dei lobi frontali sembra essere correlata con una riduzione delle emozioni positive contrassegnando una vulnerabilità per la depressione.

Altre ricerche hanno messo in evidenza che un polimorfismo funzionale nella regione responsabile del trasporto di serotonina può moderare l'effetto dello stress in caso di depressione. Questo fatto ha una sua rilevanza dal momento che è molto probabile che la depressione sia più significativa in seguito ad un evento stressante.

In sintesi, i fattori biologici potrebbero interessare indirettamente la depressione attraverso la loro influenza sulla sensibilità del bambino agli eventi negativi (Garber, 2006, 105-107).

L'ansia. Dalle ricerche risulta sempre più che l'ansia precede spesso la comparsa dei disturbi dell'umore, motivo per cui alcuni interventi preventivi si propongono di ridurre la comorbidità esistente tra ansia e depressione. (Garber, 2006, 108).

I fattori temperamentali e di personalità. Tra le caratteristiche temperamentali maggiormente associate alla depressione si riscontrano una regolazione emozionale disfunzionale, la propensione verso un'affettività negativa (sensibilità verso gli stimoli negativi, stato di allerta emotivo) il neuroticismo, l'inibizione comportamentale (timidezza, comportamenti di ritiro, comunicazione inibita) la reattività allo stress, il temperamento difficile (Pössel – Seemann – Hautzinger, 2008, 107, Garber, 2006, 109).

Il deficit nelle abilità sociali. Diversi studi assegnano all'incompetenza sociale un ruolo importante nell'eziologia della depressione. Infatti, il deficit nelle abilità sociali può comportare il rifiuto da parte dei pari, degli insegnanti o della famiglia aumentando e mantenendo i sintomi depressivi (Eberhart–Hammen, 2006, 196; Garber, 2006, 113-114).

La carenza di abilità di coping rispetto agli eventi negativi. Compas e altri autori (2004, 21-31) hanno trovato che punteggi elevati nel coping attivo centrato sul problema si correlano a bassi livelli di sintomi internalizzati (ansia e depressione), al contrario le strategie di coping centrate sull'evitamento e sull'emozione tendono a correlarsi con alti livelli di sintomi internalizzati. In quest'ultimo caso, le risposte allo stress sono caratterizzate da evitamento cognitivo e comportamentale, isolamento sociale e rassegnazione, elevato arousal emotivo, autoaccusa, autocritica e ruminazione.

I pensieri negativi. Come già detto in precedenza, coloro che sono a rischio di depressione hanno convinzioni negative circa se stessi, il mondo e il futuro e uno stile attributivo

interno, stabile e globale per gli eventi negativi. Le cognizioni negative predicono la depressione nel caso degli adolescenti più che dei bambini (Garber, 2006, 110).

Accanto a questi fattori di rischio possiamo aggiungere l'esistenza di una bassa autostima, un'immagine corporea negativa e una scarsa autoefficacia (MacPhee – Andrews, 2006, 435, 453-455)

Tra i principali fattori di rischio di natura situazionale sono da menzionare:

La famiglia di appartenenza Uno dei più forti fattori di rischio per la depressione infantile è la *depressione genitoriale*. Infatti, dalle ricerche risulta che i figli di genitori depressi presentano il rischio di sviluppare disturbi di umore in misura tre o quattro volte maggiore rispetto ai figli di genitori non depressi; essi, inoltre, possono sviluppare con maggiore frequenza disturbi internalizzati, difficoltà scolastiche e comportamentali, tentativi di suicidio, abuso di sostanze e un calo del funzionamento globale (Garber, 2006, 105-107). Inoltre i genitori depressi spesso hanno difficoltà a gestire l'aggressività e l'ostilità che finiscono per dirigere verso i figli, metacomunicando rifiuto e non accettazione.

Altro fattore di rischio che merita di essere menzionato è *l'essere orfano di madre* (Seligman, 2005, 145).

Un altro fattore di rischio di natura familiare concerne lo *stile educativo genitoriale*. Spesso si riscontra nei bambini depressi la presenza di un genitore fortemente critico e intollerante nei confronti dei comportamenti che deviano dalle norme genitoriali, un genitore che utilizza il senso di colpa, la vergogna e le minacce di abbandono come strumenti di controllo sul proprio figlio; ciò costituisce un fattore di rischio maggiore quando ad utilizzare tali comportamenti è la madre (Arieti – Bemporad cit in Stark, 1995, 66). Altre volte si possono riscontrare comportamenti di iper premura che veicolano al bambino l'idea che non può farcela da solo.

Un ulteriore fattore di rischio è rappresentato da forte *disaccordo coniugale* spesso esibito in presenza del figlio (Grossman et al. cit in Stark, 1995, 66).

Le ricerche sulla depressione dei bambini in età prescolare, anche se tra i bambini di questa età la depressione è estremamente rara, hanno evidenziato la presenza di un ambiente familiare caratterizzato da caos, negligenza, conflitto e violenza familiare, psicopatologia dei genitori e uso di sostanze stupefacenti da parte di uno o di entrambi i genitori. In questi casi, i bambini vengono trascurati nelle loro necessità fondamentali e di conseguenza, possono sviluppare un concetto negativo di sé e una sensazione del mondo come luogo ostile (Stark, 1995, 67).

Inoltre, le famiglie di bambini con disturbi depressivi sono anche caratterizzate da minor coinvolgimento nelle attività sociali, ricreative o intellettuali/culturali. A causa della limitazione dei contatti con l'esterno, il bambino non può sottrarsi temporaneamente all'ambiente familiare, non ha la possibilità di svilupparsi sotto il profilo psicosociale, di occupare i propri pensieri con qualcosa di piacevole e di sviluppare un'efficacia personale nel gestire il proprio mondo (Stark, 1995, 71, 87).

Anche il basso livello socio-economico dei genitori può costituire un fattore di rischio per la depressione dei figli (MacPhee – Andrews, 2006, 435).

Nonostante questi risultati va ribadito che non si dovrebbe automaticamente presumere che un bambino depresso venga necessariamente da un famiglia disturbata o che l'esistenza di una famiglia problematica comporti assolutamente il fatto di avere un figlio depresso.

Le esperienze stressanti. Anche le esperienze stressanti possono incrementare il rischio di depressione (Pössel – Seemann – Hautzinger, 2008, 107; Garber, 2006, 111). Non esiste

uno specifico evento stressante che conduca alla depressione, ma un insieme costante di eventi negativi che possono essere associati alla depressione come l'insoddisfazione personale, l'insuccesso e la perdita, l'abuso e il maltrattamento durante l'infanzia, i problemi interpersonali, il divorzio dei genitori, la morte del genitore o dei fratelli, le patologie mentali dei genitori, le cure genitoriali inadeguate, le difficoltà socio-economiche.

L'appartenenza etnica. Un'interessante studio di Twenge – Nolen Hoeksema (2002, 585-586) circa le determinanti della depressione ha messo in evidenza come anche le *differenze etniche* possono influire sullo sviluppo della depressione. Tali studiosi in una ricerca su 310 bambini ispanici, bianchi e negri hanno riscontrato che i bambini ispanici riportavano sintomi depressivi in misura maggiore rispetto ai bambini bianchi e negri. Gli autori riconducono tali differenze alla cultura e allo stile di vita, ma certamente l'argomento dovrebbe essere maggiormente approfondito.

4. Fattori di protezione

Sinteticamente ricordiamo che, per quanto riguarda il ruolo dei fattori di protezione nella prevenzione della psicopatologia, le ricerche hanno identificato diversi fattori che appartengono alla persona, alla famiglia, al gruppo dei pari e più in generale all'ambiente/comunità, fattori che possono promuovere lo sviluppo e proteggere il soggetto dagli effetti del rischio.

Le caratteristiche individuali. Alcuni aspetti come le abilità cognitive, la competenza sociale, buona autostima e soddisfazione rispetto alla propria immagine corporea, il temperamento facile servono come fattori di protezione.

L'interazione con gli altri. In questa direzione, i fattori protettivi includono: l'attaccamento sicuro, monitoraggio del comportamento da parte dei genitori, relazioni con pari e adulti basate su un modello di valori prosociali e su comportamenti positivi per la salute, accettazione e supporto da parte dei pari.

L'ambiente e la comunità. I fattori protettivi a questo livello sono rappresentati soprattutto da buone relazioni scuola-genitori e qualità dell'ambiente scolastico (Farrell – Barrett, 2007, 60).

Quindi, diventa molto importante per le ricerche in materia di prevenzione, focalizzarsi sulla valutazione dell'associazione dei fattori di rischio con il disordine psicologico e di quelli protettivi con la salute, in modo da stabilire il ruolo di questi mediatori sull'efficacia dell'intervento.

5. Interventi preventivi

Sebbene la psicoterapia rappresenti un buon intervento in presenza di depressione, le ricerche indicano che attualmente la maggior parte di coloro che ne soffrono non usufruiscono di questo tipo di aiuto; inoltre, i pochi che intraprendono un trattamento hanno un'alta probabilità di interromperlo prematuramente, dati i costi elevati che comporta e i tempi prolungati che richiede.

In tal senso, l'intervento preventivo si pone come un'alternativa valida che non esclude, ma integra quella più strettamente terapeutica. Esso, che vede come prioritari i servizi destinati ai bambini e ai giovani, tiene conto dell'interdipendenza rischio-protezione nello sviluppo dei disturbi psicopatologici e interviene prima che questi si manifestino, attraverso

la promozione del benessere emozionale all'interno della comunità e il depotenziamento della carica patogena dei fattori di rischio.

Una recente meta-analisi dei principali interventi preventivi (universali, selettivi e indicati) è stata realizzata da Horowitz – Garber (2006, 401-415). Gli autori sintetizzano ciascun intervento in base alle seguenti voci: tipologia, autori, destinatari, durata, effetti (immediati, al primo e all'ultimo follow-up), breve descrizione delle attività proposte. Riportiamo brevemente alcune conclusioni che scaturiscono dalla loro meta-analisi.

La maggior parte degli interventi (43%) sono universali, il 27% sono selettivi ed il restante 30% sono indicati.

Gli interventi universali sono applicati, in genere, per un periodo di un anno scolastico, mentre gli interventi selettivi e quelli indicati durano da un minimo di 8 incontri ad un massimo di 14. I programmi di prevenzione universali, che sono rivolti a tutta la popolazione indipendentemente dallo stato di rischio e mirano a promuovere salute, si focalizzano per lo più su:

- informazioni circa i sintomi, le cause e i trattamenti della depressione.
- incremento delle relazioni interpersonali e delle abilità sociali, apprendimento di strategie per modificare i pensieri negativi e monitorare le emozioni.
- strategie cognitive, emozionali e comportamentali per rispondere attivamente allo stress, tra cui il *problem solving* e il *coping* centrato sull'emozione, il rilassamento.
- tecniche rivolte ai genitori centrate sulla risoluzione dei conflitti familiari, abilità di autoregolazione e di autocontrollo.

Gli interventi selettivi, che mirano ad agire sui fattori di rischio associati alla depressione come conseguenza di qualche caratteristica specifica propria dell'individuo o dell'ambiente e che vedono come destinatari figli di genitori separati e single, figli di genitori alcolisti o deceduti, figli di genitori con disturbi dell'umore, nonché ai ragazzi con uno stile attributivo disfunzionale, si basano soprattutto su:

- supporto educativo, incoraggiamento dell'espressione delle emozioni, promozione delle abilità di problem solving, miglioramento delle relazioni con i genitori, attività di autocontrollo.
- promozione dell'autostima e gestione delle emozioni.
- gestione ed elaborazione del dolore, individuazione di eventi positivi e conseguente incoraggiamento.
- strategie di controllo, incremento della comprensione nella famiglia, educazione circa i disturbi dell'umore.
- insegnamento di tecniche di ristrutturazione cognitiva, attivazione comportamentale, training sulle abilità interpersonali.

Gli interventi indicati, indirizzati a soggetti ad alto rischio che sperimentano già sintomi soggettivi e oggettivi moderati di depressione o gravi conflitti familiari (Sheffield, 2006, 66), in genere insegnano loro a:

- porsi obiettivi e prendere decisioni.
- risolvere i problemi interpersonali.
- identificare, mettere in discussione e modificare i pensieri negativi automatici.
- adoperare strategie di coping attive.

Rispetto ai 30 programmi di prevenzione presi in considerazione da Horowitz si è visto che:

- in generale, gli interventi selettivi e indicati sono più efficaci rispetto agli interventi universali sia nel post-intervento immediato che nei follow-up.
- gli effetti degli interventi selettivi e indicati tendono ad essere da piccoli a moderati nell'immediato post-intervento e medi nel primo follow-up;

Una spiegazione del fatto che gli interventi selettivi e indicati siano più efficaci rispetto agli interventi universali, sia nel post-intervento immediato che nei successivi follow-up, viene offerta da Sheffield (2006, 66-67), secondo il quale i programmi universali di prevenzione che vengono realizzati nelle scuole, essendo diretti all'intera classe, utilizzano contenuti generici applicabili a tutte le categorie di studenti. Al contrario, gli interventi selettivi ed indicati sono condotti in piccoli gruppi di ragazzi che presentano qualche fattore di rischio comune, per cui i contenuti dell'intervento sono più specifici e più rispondenti ai bisogni dei destinatari. L'approccio universale, non prevedendo un focus e un insegnamento sufficientemente forte ed individualizzato come richiesto nel caso dei ragazzi che sono maggiormente a rischio di sviluppare la depressione, può risultare meno efficace.

Un'altra spiegazione circa la diversa efficacia degli interventi è suggerita da Horowitz (2006, 409-410), secondo il quale essa potrebbe essere ascrivibile alla differenza esistente tra i livelli di sintomatologia presente nei gruppi di controllo. Più precisamente, negli interventi universali, i partecipanti al gruppo di controllo non mostrano nel follow-up sufficienti segni di depressione per poter dimostrare un effetto preventivo di tali interventi. Al contrario, negli interventi selettivi ed indicati, il campione è scelto tra chi manifesta uno stato di rischio o sintomi subclinici, e dopo l'intervento è più probabile che i soggetti del gruppo di controllo dimostrino un maggiore livello di depressione rispetto al gruppo sperimentale.

Inoltre, 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 indicati. Infatti, alcuni studiosi sostengono che la correlazione tra interventi universali basati su programmi cognitivo - comportamentali diretti all'intera classe, seguiti da un approccio più intensivo, indicato, 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 allievi considerati non a rischio di sviluppare la depressione che hanno partecipato ad un intervento universale e allievi 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).

I suggerimenti per le future ricerche mettono l'accento sulla necessità di una maggiore considerazione delle variabili quali età, sesso, differenze culturali, ansia e depressione genitoriale. Inoltre, sarebbe opportuno fare uso di follow-up a lungo termine nonché di misure e metodi molteplici per stimare i sintomi e procedere ad una valutazione

Bibliografia

Barrera M., *Directions for Expanding the Prevention of Depression in Children and Adolescents*, in «American Journal of Preventive Medicine», vol. 31 (2006), n. 6S1, S182-S183.

Chaplin T. M., *Depression prevention for early adolescent girls: A pilot study of all girls versus co-ed groups*, in «Journal of Early Adolescence», Vol 26, 2006, n. 1, pp. 110-126.

Clarke, G. N., *Prevention of depression in at-risk samples of Adolescents*, in C. A. Essau – F. Petermann (Eds.), *Depressive disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors, and treatment*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 1999, 341–360.

Cole D.A., *Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of parent and child reports*, in «Journal of Abnormal Psychology», vol. 111 (2002), n. 1, 156-165.

- Compas B. E. - Connor-Smith J. - Jaser S.S., *Temperament, stress reactivity, and coping: implication for depression in childhood and adolescence*, in «[Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology](#)», vol. 33 (2004), 21-31.
- Eberhart N.T. - Hammen C.L., *Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood*, in «Personal Relationships», vol. 13 (2006), n. 195-206.
- Farrell L. J. - Barrett P. M., *Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression*, in "Child and Adolescent Mental Health", Vol 12, 2007, n.2, pp. 58-65.
- Garber J., *Depression in Children and Adolescents: Linking Risk Research and Prevention*, in "American Journal of Preventive Medicine", Vol 31, 2006, n. 6S1, pp. S104-S125.
- Hankin, B. L. et al., *Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study*, in «Journal of Abnormal Psychology», vol. 107 (1998), n. 1, 128–140.
- Horowitz J.L. - Garber L., *The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», vol. 74 (2006), n. 3, 401-415.
- MacPhee A. – Andrews J.J.W., *Risk factors of depression in early adolescence*, in «Adolescence», vol. 41 (2006), n. 163, 435-466.
- Pössel P. – Seemann S – Hautzinger M, *Impact of Comorbidity in Prevention of Adolescent Depressive Symptoms*, in Journal of Counseling Psychology, Vol. 55 (2008), n. 1, 106–117.
- Sheffield J. K. et al., *Evaluation of Universal, Indicated, and Combined Cognitive-Behavioral Approaches to the Prevention of Depression Among Adolescents*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», Vol. 74 (2006), n. 1, 66–79.
- Seligman M., *Come crescere un bambino ottimista*, Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1995
- Stark K., *La depressione infantile. Intervento psicologico nella scuola*, Erickson, Trento, 1995.
- Twenge J. M. – Nolen-Hoeksema S., *Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort difference on the children's depression inventory: A meta-analysis* in Journal of Abnormal Psychology, vol. 111(2002), n. 4, 578-588.

Osservatorio Psicologia nei Media: un nuovo servizio per la tutela della professione psicologica. www.osservatoriopsicologia.it

Intervista breve al coordinatore del servizio Dott. Luigi D'Elia raccolta dalla Dott.ssa Dimitra Kakaraki.

Che cosa è l'Osservatorio Psicologia nei Media e come nasce l'idea di istituire uno?

L'Osservatorio Psicologia nei Media (OPM) è un gruppo di colleghi che si è dato il compito di monitorare l'informazione/divulgazione giornalistica sulla psicologia ed in generale sui temi di rilevanza psicologica in tutti i mass-media. Esiste un principio scientifico di fondo che sostiene l'opera dell'OPM: è che ogni azione osservativa modifica il contesto osservato attraverso una retroazione, che ci auguriamo maturativa per tutti (in questo caso utenza, informazione, professioni psy).

L'idea nasce dall'esigenza di farsi presenti come comunità professionale nei circuiti informativi laddove invece si è registrata in questi anni un'assenza ed un silenzio imbarazzanti da parte delle nostre rappresentanze istituzionali. Il nostro lavoro non vuole però sostituirsi al compito istituzionale dei nostri Ordini, ma possibilmente assisterlo e sostenerlo.

Quali sono gli obiettivi dell'Osservatorio?

Tre obiettivi principali:

- tutelare i cittadini ed il loro diritto di ricevere informazioni corrette in psicologia
- difendere la dignità scientifica e operativa della psicologia professionale
- prestare servizio ai mass-media per innalzare la qualità dei servizi informativi in psicologia

Altri obiettivi collaterali quali: creare un laboratorio identitario di cultura psy a partire dall'analisi delle rappresentazioni sociali e mediatiche delle nostre professioni; creare un contesto permanente di ricerca-azione; mettere in rete le conoscenze e le opinioni, come le competenze interprofessionali; etc.

A chi è rivolto?

A tutti

Da chi è formato l'Osservatorio?

Attualmente da una redazione di circa 20 colleghi e una trentina di esperti di un comitato scientifico disponibili a ricevere ed esprimere pareri sulle segnalazioni in arrivo.

Come viene gestita una segnalazione presentata all'Osservatorio?

I visitatori del nostro sito segnalano attraverso una specifica pagina del sito "<http://www.osservatoriopsicologia.it/invia-una-segnalazione/> le loro osservazioni spontanee di quei mass-media sui quali a loro parere viene prodotta un'informazione errata, parziale, inesatta su temi psicologici.

La redazione seleziona le segnalazioni ritenute corrette e verificabili. Importante a tal

proposito che la segnalazione sia corredata da quante più informazioni (specie riferimenti web) possibile.

sottopone a parere la segnalazione presso un esperto del comitato o direttamente tramite lavoro redazionale.

Il tutto nei tempi necessari allo svolgimento di tutti i passaggi, talora più lunghi di quanto vorremmo, ma inevitabili.

Che tipo di segnalazioni arrivano solitamente alla redazione e quali mezzi di comunicazione sono maggiormente coinvolti?

In questa prima fase (parliamo di questi primi due mesi) sono arrivate segnalazioni riguardanti soprattutto quello che in una definizione sintetica abbiamo chiamato "il marketing professionale e/o farmaceutico" da parte di testate giornalistiche (soprattutto tv e poi anche stampa). Mi riferisco alla consueta disinformazione legata ad interessi nel campo della salute psicologica fondata sulla monocultura medicalistica/farmacologica.

Questa iniziale prevalenza di segnalazioni indica sicuramente una tendenza culturale in atto verso la quale l'OPM cerca di proporre una dialettica evolutiva.

Quali sono i rapporti dell'Osservatorio con le istituzioni che rappresentano la categoria?

Per il momento nessun Ordine ha ritenuto opportuno contattarci per collaborare. E questa non è di certo una buona notizia.

Presto però l'OPM chiederà a tutti gli Ordini di patrocinare le sue attività e di partecipare al lavoro della redazione o del comitato di esperti.

L'OPM si propone infatti come trasversale (tra tutte le anime e tutte le professioni psy) ed è aperto infatti alla collaborazione di tutte le realtà, pubbliche e private, che ne condividano le finalità e i metodi.

Quali sono le prospettive dell'Osservatorio? Come immaginate il futuro dell'Osservatorio?

Il futuro dell'OPM lo vedo personalmente come strutturale alla comunità scientifico-professionale degli psicologi italiani e di tutti gli altri professionisti che si riconoscono nei saperi psicologici come prevalenti nel loro modo di operare.

Un OPM quindi che si accredita come voce autorevole ed indipendente che tuteli i cittadini dalla mala-informazione e permetta loro viceversa di accedere ad un'informazione corretta.

Essendo una rivista rivolta a colleghi, come potrebbe ciascuno di noi contribuire alla crescita dell'Osservatorio ed, eventualmente, collaborare?

Innanzitutto l'OPM non è una "rivista", ma si è strutturata (ed andrà strutturandosi sempre più) come un vero e proprio portale di servizio.

Inoltre come dicevo prima è rivolta a tutti i cittadini, anche se in questa fase i nostri contatti sono prevalentemente di psicologi e giornalisti.

Per poter collaborare con l'OPM (ricordiamo, che l'OPM si basa sul lavoro volontario e gratuito di tutti e nasce dall'impulso dell'associazione Altra Psicologia), occorre innanzitutto essere dei frequentatori della rete con assiduità in quanto si tratta di una redazione online, vista la distanza tra i redattori, sparsi per l'Italia, per cui tutte le informazioni passano per il

web. Alcuni colleghi inizialmente anche motivati hanno dovuto gettare la spugna in quanto la loro partecipazione era incompatibile con le esigenze e gli obiettivi di lavoro. In secondo luogo occorre presentare una domanda corredata di cv. (<http://www.osservatoriopsicologia.it/collabora/>) In terzo luogo occorre verificare il tipo d'impegno previsto attraverso un paio di mesi di prova.



Roberto Lorenzini e Brunella Coratti **La dimensione delirante**
(Raffaello Cortina Ed., 2008)

Roberto Lorenzini e Brunella Coratti delineano una prospettiva originale dei disturbi deliranti, che, secondo la più coerente tradizione cognitivo-comportamentale, non traccia una demarcazione a priori tra normalità e patologia. E soprattutto cerca di comprendere la patologia alla luce del funzionamento normale, piuttosto che il viceversa, come talvolta accade nelle teorie psicopatologiche.

Per riprendere le parole degli autori *“La dimensione delirante intesa come tendenza autoreferenziale della conoscenza è prepotente nei disturbi psicotici, ma è anche l'elemento essenziale che impedisce il cambiamento in coloro che sono precipitati nelle trappole dei meccanismi nevrotici. E, ancora, si manifesta nella vita quotidiana con l'autoinganno e la costante tendenza a cercare e trovare conferme alle proprie idee”*.

Il libro, dopo una rassegna delle teorie psichiatriche susseguitesesi nel tempo sull'argomento, affronta il tema del delirio dall'interno, alla ricerca dei meccanismi cognitivi che lo sostengono. Comincia a ricostruire dettagliatamente il concatenamento di eventi che porta al pensiero delirante nelle sue differenti declinazioni, dai fattori di vulnerabilità agli eventi scatenanti e di mantenimento. E a partire da questa analisi propone un trattamento non basato su un rigido intervento manualizzato, bensì su una serie di moduli adattabili al singolo caso: 1) Ascolto e analisi del contenuto del delirio; 2) *Assessment* e restituzione di consapevolezza; 3) Dinamica dello scompenso; 4) Rendere pensabile ciò che non lo era; 5) Analisi critica dei meccanismi di mantenimento; 6) La critica al delirio. Alla parte teorica si aggiunge una vasta e dettagliata casistica clinica che, oltre ad illustrare i meccanismi psichici all'opera, narra le vicende umane ora comiche ora tragiche che sono sullo sfondo dei drammi personali, rendendo la lettura densa di spunti di riflessione.

È pertanto un libro ricco di conoscenza ed esperienza che tutti gli psicoterapeuti dovrebbero leggere: chi condivide l'impostazione per confrontarsi, chi non la condivide per discutere su una base clinica uno dei problemi centrali della psicopatologia.

Stefania Borgo

Segnalazioni bibliografiche

- **Richardson K.M. e Rothstein H.R. (2008) Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 13, No. 1, 69 –93.**

La gestione dello stress nel posto di lavoro è da tempo diventata una componente importante di quei programmi di "assistenza ai dipendenti" che molte aziende offrono, per la salute ed il rendimento del proprio personale, soprattutto nel Nordeuropa e in Nordamerica. Ormai molti sono gli studi che hanno esaminato sperimentalmente l'efficacia dei programmi di gestione dello stress nel luogo di lavoro; tali programmi, tuttavia, sono attuati con una varietà di tecniche ed orientamenti diversi, di cui bisogna tenere conto per un accurato giudizio di efficacia. La metodica della metanalisi consente, come è noto, di raggruppare numerosi studi tra loro omogenei per ricavare una misura della relazione tra due tipologie di variabili assimilabili tra loro. In questo caso tra variabili indipendenti (in questo caso, gli interventi), e variabili dipendenti (in questo caso, gli effetti di riduzione dello stress). Gli autori del presente studio hanno eseguito una metanalisi al fine di determinare l'efficacia dei programmi di gestione dello stress nel solo ambito lavorativo. Sono stati quindi inclusi 36 studi che comprendono 55 interventi in totale. Il campione abbracciava 2847 soggetti, di cui 59% donne, con età media di 35.4 anni. La durata media dell'intervento era di 7.4 settimane. Il grado di effetto ponderato complessivo (mediante D di Cohen) era 0.526 (con i.f. al 95% tra 0.364 0.687), che risultava significativamente diverso da zero e viene considerato un grado di effetto medio-grande. Gli interventi sono stati codificati a seconda delle diverse tipologie: cognitivo-comportamentali, di rilassamento, organizzativi, multimodali o "alternativi". Un'analisi di questi sottogruppi ha indicato che il tipo di intervento gioca un ruolo moderante dell'effetto: i programmi cognitivo-comportamentali producevano effetti più ampi degli altri tipi di intervento, ma se si aggiungevano altre componenti terapeutiche l'effetto ne veniva ridotto. Nell'intero campione di tutti gli studi, il rilassamento era la tecnica più frequentemente usata, mentre gli interventi organizzativi restavano scarsi. Gli effetti venivano valutati prevalentemente sulle variabili psicologiche, a discapito di variabili più fisiologiche o organizzative. L'esame di ulteriori variabili potenzialmente moderatrici quali la lunghezza dell'intervento, il tipo di lavoro o variabili di esito, non mostrava variazioni significative di grado di effetto nei vari tipi di intervento.

A cura di L. Sibilìa