

L'UMORE E I SUOI DISTURBI

**ATTI DELL'VIII CONVEGNO
DI PSICOPATOLOGIA
POST-RAZIONALISTA**

a cura di
Bernardo Nardi, Marco Brandoni e Ilaria Capecci



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

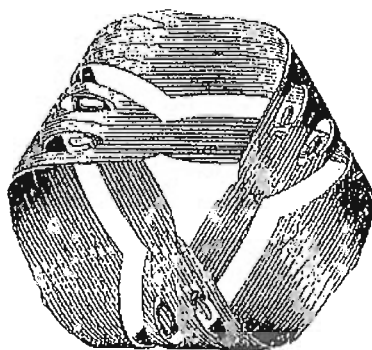
in collaborazione con

ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

L'UMORE E I SUOI DISTURBI

**ATTI DELL'VIII CONVEGNO
DI PSICOPATOLOGIA
POST-RAZIONALISTA**

a cura di
Bernardo Nardi, Marco Brandoni e Ilaria Capecci



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

in collaborazione con

ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA

Ancona, 25 Maggio 2007



Dipartimento di Neuroscienze
Sezione di Psichiatria
Centro Adolescenti
Responsabile: Bernardo Nardi



Dip. di Scienze Neurologiche
e del Comportamento
Sc. di Spec. in Psicologia Clinica
Direttore: Mario A. Reda

Patrocini:



Consiglio Regionale

Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Regione Marche – ASUR, Zona 7 Ancona

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Assessorato al Turismo del Comune di Ancona

In collaborazione con:

- Accademia dei Cognitivi della Marca
- ASCo
- IPRA
- SBPC

Aziende farmaceutiche:

JANSEN-CILAG, ASTRAZENECA, LUNDBECK

Organizzazione del Convegno e Segreteria Scientifica

Bernardo Nardi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Gianni Castellucci
Centro Adolescenti, Clinica Psichiatrica, Università Politecnica delle Marche - Ancona
E-mail: b.nardi@univpm.it
E-mail: m.delpapa@univpm.it

Segreteria Organizzativa

Emidio Arimatea, Micaela Barbuzzi, Stefano Blasi, Marco Brandoni, Ilaria Capecci, Gianni Castellucci, Marzia Di Nicolò, Federica Guercio, Sabrina Laurenzi, Stefania Macchiarolo, Bernardo Nardi, Roberta Rossini, Sara Rupoli, Daniela Simonetti, Francesca Tittarelli

Segreteria Tecnico Amministrativa

Marisa Del Papa, Maria Luisa Sabbatini, Rosella Colocci
Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria
Via Tronto, 10/A – Torrette, Ancona

Accreditamento E.C.M. concesso per Medici e Psicologi

© ACCADEMIA DEI COGNITIVI DELLA MARCA
Ancona, 2007

Contributi di:

Emidio Arimatea Psicologo e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti – Ancona

Micaela Barbuzzi Psicologa e Trainee in Psicoterapia Transculturale (Milano). Centro Adolescenti – Ancona

Alessandro Bartolomucci Dipartimento di Biologia Evolutiva e Funzionale, Università degli Studi di Parma, Parco Area delle Scienze – 43100 Parma

Stefano Blasi Psicologo, Centro Adolescenti – Ancona

Sabrina Bonilauri Psicologa e Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive SINESIS www.centrosinesis.it – Bologna

Gabriele Borsetti Direttore della Clinica Psichiatrica e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università Politecnica delle Marche

Marco Brandoni Psichiatra e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti, Dirigente Medico U.O. di Psichiatria, Ospedali Riuniti Torrette – Ancona

Ilaria Capecci Psichiatra e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti – Ancona

Gianluca Cavola Tesista in Ingegneria Biomedica, Università Politecnica delle Marche

Gianni Castellucci Medico Interno, Centro Adolescenti – Ancona

Riccardo Coltrinari Dirigente Medico, U.O. Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti Torrette – Ancona

Gianrico Conti Neuroimaging – Ancona

Gianni Cutolo Psichiatra e Psicoterapeuta, Didatta c/o Università di Siena – Responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Massa Marittima e Follonica

Luisanna del Conte Presidente del Tribunale per i Minorenni delle Marche

Monica De Marchis Psicologa e Psicoterapeuta, didatta SITTC, docente dell'Associazione di Terapia Cognitiva, docente a contratto dell'Università di Siena; Studio Multiverso, Via degli Scipioni 245; monicademarchis@tiscali.it – Roma

Marzia Di Nicolò Medico Interno, Centro Adolescenti – Ancona

Jeffrey Dubbini Neuroimaging – Ancona

Mara Fabri Ricercatrice della Sezione di Fisiologia, Dipartimento di Neuroscienze dell'Università Politecnica delle Marche – Ancona

Antonio Fenelli Neuropsichiatra e Psicoterapeuta, Past President e Didatta SITCC, Didatta Scuola Terapia Cognitiva APC - Roma

Paola Gaetano Psichiatra e Psicoterapeuta, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Cognitiva Post-Razionalista (IPRA), gaetano@ipra.it – Roma.

Federica Guercio Psicologa, Centro Adolescenti – Ancona

Maria Teresa Guidi Psicologa e Psicoterapeuta, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive SINESIS www.centrosinesis.it – Bologna

Furio Lambruschi Psicologo e Psicoterapeuta presso l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile, AUSL di Cesena, co-Direttore della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Docente a contratto dell'Università di Siena

Sabrina Laurenzi Medico Interno, Centro Adolescenti – Ancona

Silvio Lenzi Psichiatra e Psicoterapeuta, co-Direttore della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive SINESIS www.centrosinesis.it – Bologna, Docente a contratto dell'Università di Siena

Tullio Manzoni Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, professore ordinario della Sezione di Fisiologia, Dipartimento di Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche

Stefania Macchiarolo Psicologa, Centro Adolescenti – Ancona

Giulia Mascioli Dottoranda di Ricerca in Neuroscienze, Università Politecnica delle Marche

Paolo Maselli Psichiatra e Psicoterapeuta, Istituto di Psicologia e Psicoterapia Cognitiva Post-Razionalista (IPRA), maselli@ipra.it – Roma.

Andrés Moltedo Perfetti Psicologo e Psicoterapeuta, Docente presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Valparaíso (Cile)

Bernardo Nardi Neurologo, Psichiatra e Psicoterapeuta, Responsabile del Centro Adolescenti – Università Politecnica delle Marche; Presidente della Accademia dei Cognitivi della Marca

Federico Oppi Psicologo, Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva SBPC, Centro per la Ricerca in Scienze e Terapie Cognitive SINESIS www.centrosinesis.it – Bologna

Marco Pacetti Magnifico Rettore dell'Università Politecnica delle Marche

Paola Palanza Dipartimento di Biologia Evolutiva e Funzionale, Università degli Studi di Parma, Parco Area delle Scienze – 43100 Parma

Giorgio Pannelli Psichiatra e Psicoterapeuta, incaricato dell'Ambulatorio di Alcolologia, Ser. D.Z.T. II – Fermo; Vice Presidente dell'Accademia dei Cognitivi della Marca

Stefano Parmigiani Professore ordinario, Dipartimento di Biologia Evolutiva e Funzionale, Università degli Studi di Parma, Parco Area delle Scienze – 43100 Parma

Maria Francesca Pilleri Psicologa Clinica, Sezione di Psicologia Clinica - Università di Siena

Francesco Piva Ingegnere, Istituto di Biologia e Genetica dell'Università Politecnica delle Marche – Ancona

Gabriele Polonara Ricercatore e Dirigente Medico dell'Istituto di Radiologia, Università Politecnica delle Marche – Azienda Ospedali Riuniti di Ancona

Giovanni Principato Direttore dell'Istituto di Biologia e Genetica, Università Politecnica delle Marche – Ancona

Felicità Ramella Neuroimaging – Ancona

Lorenzo Recanatini Psicologo e Psicoterapeuta, Coordinatore UMEE Equipe B – Ancona

Mario A. Reda Neuropsichiatra, Direttore della Sezione di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica – Università di Siena

Giorgio Rezzonico Psicologo, Psichiatra e Psicoterapeuta, Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria - Università di Milano Bicocca

David Rocchetti Medico interno - Clinica Psichiatrica dell'Università Politecnica delle Marche

Gianfranco Rocchetti Psichiatra, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Ancona, Zona 7 ASUR Marche

Roberta Rossini Psicologa e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti - Ancona

Sara Rupoli Psicologa e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti – Ancona

Ugo Salvolini Professore ordinario, Istituto di Radiologia, Università Politecnica delle Marche

Giovanni Santone Psichiatra, Psicoterapeuta e Neurologo, Dirigente Medico, U.O. Clinica Psichiatrica, Ospedali Riuniti Torrette – Ancona

Daniela Simonetti Psicologa e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti – Ancona

Maria Grazia Strepparava MCHLab, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Facoltà Medica, Università degli Studi di Milano Bicocca

Roberto Tagliaferri Docente di Epistemologia alla Pontificia Università Lateranense – Roma

Francesca Tittarelli Psicologa e Psicoterapeuta, Centro Adolescenti – Ancona

Maria Zaccagnino Dottore di ricerca in Psicologia dello Sviluppo, assegnista borsa biennale post-dottorato in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Torino, specializzando in psicoterapia a indirizzo cognitivo

INDICE

Saluti introduttivi

Marco Pacetti
Luisanna del Conte
Gianfranco Rocchetti
Gabriele Borsetti

Introduzione

Bernardo Nardi: *L'umore nella costruzione dell'esperienza umana*

I Sessione: Biologia e psicopatologia dell'umore

Stefano Parmigiani, Paola Palanza, Alessandro Bartolomucci: *Rango sociale, risorse e genesi della depressione: un modello animale*

Giovanni Principato: *Aspetti genetici*

Mara Fabri, Gabriele Polonara, Bernardo Nardi, Ilaria Capecci, Gianfranco Rocchetti, Marco Brandoni, David Rocchetti, Giulia Mascioli, Gianluca Cavola, Ugo Salvolini, Tullio Manzoni: *Fisiologia e neuroimaging: attivazioni emotive in soggetti inward e outward studiate mediante fMRI*

Francesco Piva: *La complessità delle forme naturali*

Francesco Piva, Gianni Castellucci: *Le reti neurali artificiali*

Giovanni Santone: *La terapia psicofarmacologica dei disturbi dell'umore in adolescenza*

II Sessione: I disturbi dell'umore nell'età evolutiva

Giorgio Rezzonico, Maria Grazia Strepparava, Maria Zaccagnino: *Umore e crisi nel ciclo di vita*

Furio Lambruschi: *Attaccamento e disturbi dell'umore*

Marco Brandoni, Roberta Rossini, Daniela Simonetti: *Aspetti epidemiologico-nosografici*

Emidio Arimatea, Marzia Di Nicolò, Sabrina Laurenzi: *I disturbi dell'umore nell'età evolutiva: aspetti clinici ed operativi*

Emidio Arimatea, Bernardo Nardi: *Fattori di rischio e disagio scolastico nelle organizzazioni del sé: studio osservazionale in pre.adolescenza*

Sara Rupoli e Francesca Romagnoli: *Il lavoro con i genitori*

Francesca Tittarelli: *Disturbi dell'umore e problemi di giustizia minorile*

III sessione: Clinica dei disturbi dell'umore e interventi terapeutici

Mario A. Reda e Maria Francesca Pilleri: *Disturbi dell'umore e psicoterapia post-razionalista: come dar significato a diagnosi senza senso*

Andrés Moltedo Perfetti: *Le difficoltà della nosografia dei disturbi dell'umore*

Gianni Cutolo: *Variazioni dell'umore, emozioni e intervento clinico: alcune indicazioni dal modello post-razionalista*

Monica De Marchis, Antonio Fenelli: *Metodologie di intervento dei disturbi dell'umore: un approccio post-razionalista*

Giorgio Pannelli: *La comorbidità tra disturbi dell'umore ed alcolismo. Valutazione post-razionalista dei temi di scompenso*

Federica Guercio: *Depressione e abuso di sostanze stupefacenti*

Micaela Barbuzzi, Riccardo Coltrinari: *Psicopatologia e immigrazione. Studio esplorativo presso la Clinica Psichiatrica di Ancona*

Stefania Macchiarolo: *Relazioni familiari e depressione*

IV Sessione: Epistemologia e modelli operativi

Roberto Tagliaferri: *L'umore nell'approccio epistemologico*

Bernardo Nardi, Ilaria Capecci: *Reciprocità e organizzazioni di significato personale: approccio costruttivista ai disturbi dell'umore*

Silvio Lenzi: *Aspetti conversazionali nella psicoterapia cognitivo-costruttivista del paziente depresso: la rielaborazione di temi emotivamente significativi tra registro episodico e registro semantico*

Maria Teresa Guidi, Sabrina Bonilauri, Federico Oppi, Silvio Lenzi: *Difficoltà conversazionali nella psicoterapia cognitiva dei disturbi depressivi*

Stefano Blasi: *Ricerche empiriche sulla psicoterapia della depressione e modello cognitivo post-razionalista: un dialogo possibile?*

Paola Gaetano, Paolo Maselli: *Epistemologia e modelli operativi: la lettura post-razionalista*

Lorenzo Recanatini: *L'altra faccia del Convegno*

SALUTI INTRODUTTIVI

Marco Pacetti

Il mio saluto sarà, non breve, ma brevissimo, perché non vorrei aprire un campo di studio sui disturbi dell'umore indotti dai saluti troppo lunghi.

Ci tenevo ad essere presente non solo per una questione di cortesia ma per significare l'apprezzamento dell'Ateneo per il lavoro che Bernardo Nardi e gli altri amici della Clinica stanno portando avanti e per dare anche un segnale che qualche volta sfugge.

Si ha infatti a volte la percezione che l'intera Facoltà di Medicina esaurisca in qualche modo tutto il suo potenziale nell'Ospedale, mentre non è così. È bene che si sappia e che venga sottolineato che i nostri colleghi della Facoltà di Medicina operano sull'intero territorio e su temi che non sono solo squisitamente clinici, ma che afferiscono anche alla vita quotidiana e, aspetto importante, alla vita di tante persone anche fuori dall'ambito strettamente clinico-ospedaliero.

Ci tenevo a dirlo proprio perché vi è una percezione iperclinicizzata e iperospedalizzata della salute che appartiene con difficoltà al presente ma, credo, non apparterrà al futuro, non solo per questioni di vincoli economici, ma per questioni inerenti il benessere e la salute in generale delle persone, che vanno affrontati prima nei loro ambienti e poi negli ambiti ospedalieri.

Questo era il segnale minimo che volevo dare; non voglio ritardare oltre l'inizio del Convegno, benvenuti e buon lavoro.

Luisanna del Conte

Ringrazio il prof. Nardi per l'invito e porgo il mio saluto a tutti voi dell'Università ed agli illustri relatori presenti.

D'altra parte, mi sembra di stare un po' in famiglia, visti i tanti volti noti con cui ho collaborato in questi anni e con cui continuo tuttora a collaborare.

In particolare, noi del Tribunale per i Minorenni lavoriamo insieme al Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile, avendo in comune lo scopo di far stare un po' meglio, se possibile, i nostri minorenni marchigiani.

Seguirò quindi i vostri lavori con grande attenzione e, anche a nome degli altri colleghi del Tribunale che non sono potuti venire questa mattina, grazie.

Gianfranco Rocchetti

Nel porgere il mio saluto e quello di tutto il Dipartimento di Salute Mentale della zona 7 di Ancona, vorrei sottolineare l'importanza di essere qui. Ritengo che il lavoro del dott. Nardi sia un lavoro particolarmente importante significativo e che promette sviluppi futuri. In particolare vorrei sottolineare il progetto che da anni egli conduce attraverso il Centro Adolescenti, che opera sia all'interno dell'Azienda Ospedaliera che nel territorio, non solo per curare la patologia giovanile, disturbi dell'umore ovviamente inclusi, ma anche e prima ancora, per promuovere l'agio dei soggetti in età evolutiva, facendo quindi una prevenzione primaria.

Il discorso centrato sull'adolescenza significa infatti fare prevenzione proprio perché comporta un intervento precoce. Venendo allo specifico tema del Convegno, oggi ci saranno parecchi illustri relatori, mi permetto di chiamarli così, che ci illustreranno momenti piuttosto alti dell'attuale riflessione epistemologica e scientifica su questo campo. Ritengo quindi molto importante questa giornata.

Posso aggiungere che il Centro Adolescenti è uno degli aspetti più promettenti dell'assetto del Dipartimento di Salute Mentale di Ancona, per cui, nonostante la nota scarsità delle risorse, farò sempre tutto il possibile perché questa attività venga arricchita e sviluppata ulteriormente.

Gabriele Borsetti

I miei sono saluti doverosi ma, appunto, estremamente brevi e sintetici per lasciare spazio ai lavori. Come direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università Politecnica delle Marche non posso che fare i complimenti al prof. Nardi per aver portato a termine questa iniziativa che credo sia estremamente importante nella sua ricorrenza, a conferma della vivacità del suo gruppo di lavoro in questo specifico ambito di studi sul piano cognitivo della psicopatologia.

Credo che oggi sarà una giornata di lavoro molto intensa, con relatori che provengono da esperienze estremamente differenti, alcuni impegnati nell'attività clinica, altri nella ricerca di base, a testimoniare la capacità di questo gruppo di lavoro di riuscire ad integrare esperienze diverse in un sapere unitario.

Si tratta di relatori estremamente preziosi, da ascoltare con attenzione e che ringrazio per essere qui presenti e per arricchirci con i loro contributi.

Auguro a tutti una buona giornata e vi saluto.

Bernardo Nardi

L'UMORE NELLA COSTRUZIONE DELL'ESPERIENZA UMANA

INTRODUZIONE: IL SENTIMENTO DEL TEMPO

Le emozioni e gli affetti – le prime essendo coloriti soggettivi reattivi e brevi, i secondi più persistenti e stabili – sono alla base dell'unicità dell'esperienza umana, nelle tonalità positive e in quelle negative, nelle oscillazioni fasiche che rientrano nel range di normalità come in quelle più ampie e patologiche.

Fin dall'alba del linguaggio verbale, i più antichi documenti ci parlano di gesta di personaggi mitici o di dei attivati e gestiti dalle emozioni provate. Nelle modalità proprie del mondo arcaico, connotate dalla concretezza e dalla operatività, le attivazioni intrapsichiche si esprimono attraverso le azioni e le loro conseguenze. La tristezza non è direttamente espressa come colorito soggettivo, ma come stato, legato a ciò che accade ed alle conseguenze negative che ne derivano. Emblematico in proposito è il lamento di Andromaca per la morte di Ettore nell'Iliade:

*“Eccoti spento, o mio consorte, e spento
sul fior degli anni! E vedova me lasci
nella tua reggia, ed orfanello il figlio
di sventurato amor misero frutto,
bambino ancora, e senza pur la speme
che pubertade la sua guancia infiori.
Perocché dalla cima Ilio sovverso
Ruinerà tra poco or che tu giaci,
tu che n'eri il custode, e gli servavi
i dolci pargoletti e le pudiche
spose, che tosto ai legni achei n'andranno
strascinate in catene, ed io con esse.*

...

*Ineffabile angoscia, Ettore mio,
tu partoristi ai genitor; ma nulla
si pareggia al dolor dell'infelice
tua consorte. Spirasti, e la mancante
mano dal letto, ohimé! Non mi porgesti,
non mi lasciasti alcun tuo savio avviso,
ch'or giorno e notte nel fedel pensiero
dolce mi fôra richiamar piangendo”*
(Iliade, XXIV, 924-954; versione di Vincenzo Monti).

Oltre duemila e cinquecento anni dopo, un altro poeta, Giacomo Leopardi, esprime sentimenti di tristezza esistenziale, nonché dolore per una giovane vita scomparsa.

*“Vaghe stelle dell'Orsa, io non credea
tornare ancor per uso a contemplarvi
sul paterno giardino scintillanti,
e ragionar con voi dalle finestre
di quest'albergo ove abitai fanciullo,*

e delle gioie mie vidi la fine.

(...)

*Qui passo gli anni, abbandonato, occulto,
senz'amor, senza vita; ed aspro a forza
tra lo stuol de' malevoli divengo:
qui di pietà mi spoglio e di virtùdi,
e sprezzator degli uomini mi rendo,
per la greggia ch'ho appresso: e intanto vola
il caro tempo giovanil; più caro
che la fama e l'allor, più che la pura
luce del giorno, e lo spirar: ti perdo
senza un diletto, inutilmente, in questo
soggiorno disumano, intra gli affanni,
o dell'arida vita unico fiore.*

(...)

*Ogni giorno sereno, ogni fiorita
piaggia ch'io miro, ogni goder ch'io sento,
dico: Nerina or più non gode; i campi,
l'aria non mira. Ah! tu passasti, eterno
sospiro mio: passasti: e fia compagna
d'ogni mio vago immaginar, di tutti
i miei teneri sensi, i tristi e cari
moti del cor, la rimembranza acerba”*
(Giacomo Leopardi, Le Rimembranze, passim)

Facendo un parallelo tra i versi sopra riportati, emerge subito come gli scenari siano completamente diversi: rispetto ad Omero, in Leopardi la nostalgia del tempo andato e il pessimismo verso il futuro non sono legati ad aspetti concreti dell'esistenza, se mai ciò che accade è solo lo spunto per la costruzione di scenari interni. È il moto dell'anima che colora di scuro gli orizzonti esterni, che rende non godibile e non fruibile il rifiorire della vita, che indica nel passato l'unica prospettiva positiva, ma inesorabilmente conclusa.

Allargando ancora la cornice, Omero e Leopardi esprimono anche due mondi, due concezioni diverse della vita umana e della società. Come ha osservato Eliade (1949), nel mondo arcaico, cui appartiene l'Omero dell'Iliade, i concetti ed i sentimenti non hanno valore intrinseco autonomo e sono rivelati attraverso oggetti e fatti, spesso tramandati come miti. Anzi, un oggetto, una situazione o un evento hanno valore in quanto rimandano ad una realtà trascendente e rientrano in una visione ciclica della vita, in un tempo sacro delle origini, per cui ciò che è reale lo è in quanto imita o ripete qualcosa già avvenuto “in origine” o partecipa di una vita trascendente. Anche il dolore e la tristezza possono trovare lenimento in questa rigenerazione del tempo, in quanto l'inizio e la fine di qualcosa non sono che un ricongiungersi periodico con il mondo e il tempo sacro delle origini. Questa ripetizione dell'atto creativo cosmogonico, che rigenera la vita e inaugura ogni anno ed ogni generazione un ciclo nuovo, consente di concepire il ritorno dei morti alla vita e la loro resurrezione, per un nuovo avvento in un futuro mitico, quando anche il tempo verrà annullato e rigenerato in una neo creazione: il tempo sarà sospeso ed essi saranno contemporanei dei vivi, in un ritorno alla vita concreto e durevole. La rigenerazione del tempo che si ripete continuamente è espressa dai vari cicli nictemerale, lunare, stagionale, annuale. In questa concezione, la sofferenza e il dolore appaiono inevitabili, così come i cambiamenti climatici; rispondono ad un prototipo, ad un ordine sovraordinato e ciò li rende dotati di senso e, quindi, sopportabili. Essi derivano dalla colpa personale o di qualcuno, per cui rappresentano il pagamento o l'espiazione di un errore, o provengono dall'azione magica di un nemico, dall'infrangimento di un tabù, dal passaggio in una zona nefasta o proibita, dalla collera di una divinità.

Nell'uomo moderno, in quanto soggetto storico, ha fatto irruzione la consapevolezza della irreversibilità del tempo, sia a livello individuale che collettivo. La vita segue un andamento unidirezionale, unico e irripetibile. Emergono problemi nuovi e complessi, che hanno avviato la necessità di cercare risposte filosofiche alla sofferenza, al dolore ed alla morte.

Ci si è trovati, ad esempio, di fronte al dilemma tra caso e necessità, tra determinismo e libero arbitrio. Il pensiero astratto ha relativizzato e interiorizzato anche la percezione delle oscillazioni dell'umore: che non sono più risposte semplici e necessarie ad eventi esterni, ma espressioni delle dinamiche intrapsichiche e della profondità, della varietà e della mutevolezza degli stati d'animo e dei coloriti soggettivi; anche il rapporto con il trascendente ha assunto una dimensione meno materializzata e più escatologica.

LE BASI EMOZIONALI DELLA PERSONALITÀ

Ma come emergono le emozioni e che significato hanno nella formazione dello sviluppo personale? I primi segnali che un nuovo individuo scambia con l'ambiente, ricercando la prossimità delle figure accudenti, producono una risonanza emozionale più o meno intensa. Pertanto, il sistema comportamentale motivazione dell'attaccamento, finalizzato al richiamo ed al mantenimento della massima prossimità possibile alla figura accudente, veicola messaggi a contenuto emozionale; reciprocamente, la risposta della figura accudente modula ed orienta la maturazione e l'espressione emozionale.

A questo proposito, studi ormai classici sull'attaccamento (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1985; Crittenden 1992, 1994, 1997; Attili, 2001; Lambruschi, 2004), condotti osservando il comportamento in condizioni di distacco dalla madre e di successivo riavvicinamento ad essa (*"situazione di estraneità"* o *"strange situation"*), hanno dimostrato che alcuni soggetti, di fronte alla marcata imprevedibilità del contesto relazionale significativo, apprendono ad utilizzare in modo preferenziale i *segnali emotivi ed affettivi* per risintonizzare e rendere più stabili e affidabili l'attenzione e la disponibilità delle figure accudenti (attaccamento coercitivo o *pattern C*): piangono, protestano e fanno i capricci (C1-2); appaiono fragili e bisognosi di conforto (C3-4); ricercano affetto con atteggiamenti accattivanti e "seduttivi" (C5-6). Altri soggetti, viceversa, avendo sperimentato un impatto negativo sul piano della reciprocità affettiva, imparano a tenere sotto controllo le proprie attivazioni emozionali e ad utilizzare in modo preferenziale il *canale cognitivo* nello stabilire le relazioni con le figure significative (attaccamento di tipo evitante o difeso o *pattern A*): appaiono inibiti o indifferenti, mantengono la distanza (A1-2); si prendono cura dei genitori (A3); si adeguano alle loro richieste (A4); si responsabilizzano e imparano a gestirsi da soli precocemente (A5-6). Infine, soggetti che riescono ad armonizzare e ad integrare bene le espressioni di tipo sia emozionale che cognitivo (nei confronti di figure accudenti che appaiono equilibrate, empatiche, sensibili e responsive) mostrano modalità più sicure di attaccamento (*pattern B*), cosa che non riesce affatto nelle forme più insicure e disorganizzate (*pattern D*).

Tuttavia, mentre non esiste una corrispondenza specifica tra le modalità di rispondere agli avvicinamenti o allontanamenti dalla base sicura sopra descritte e la costruzione di una data organizzazione di personalità (lo stile prevalentemente "emozionale" o "cognitivo" rappresenta solo un "aspetto", rintracciabile all'interno di tutte le organizzazioni), altre caratteristiche dello sviluppo emozionale appaiono molto più significative e correlabili a questa costruzione.

La nostra idea, sostenuta da dati sperimentali sia di natura clinica che neuroscientifica di base, è che fattori genetici e ambientali entrino mutuamente e inscindibilmente nell'orientare i percorsi di sviluppo individuali e nel fare emergere una organizzazione complessiva e stabile della personalità, intorno alla costruzione di un determinato significato personale, entro la quale la gestione del repertorio emozionale gioca un ruolo chiave (Nardi, 2007).

In alcuni soggetti, le emozioni compaiono più precocemente, sono prevalentemente espresse da quelle cosiddette primarie, per essere attivate non richiedono grandi schemi cognitivi, si associano ad una costruzione della reciprocità centrata sulla messa a fuoco dall'interno o "inward" (le

attivazioni percepite vengono utilizzate per decodificare la situazione ambientale in cui ci si trova) e sulla prevalente attenzione alla distanza fisica dalle figure di riferimento.

In altri soggetti, pur lungo un continuum con possibili situazioni più sfumate e intermedie, le tonalità emotive riconoscibili sono più complesse e compaiono più tardivamente, la loro attivazione richiede una preventiva valutazione cognitiva del proprio comportamento, si associano ad una costruzione della reciprocità centrata sulla messa a fuoco dall'esterno o "outward" (i segnali dell'ambiente vengono utilizzati per decodificare le attivazioni interne percepite) e sulla prevalente attenzione ai segnali semantici scambiati con le figure significative.

Come si vedrà da alcune relazioni presentate in questo convegno, sebbene l'apprendimento regoli ampiamente questa evoluzione, importanti elementi fanno ipotizzare un ruolo dei fattori costituzionali. L'evoluzione verso una messa a fuoco dall'interno o dall'esterno, infatti, connessa con differenti modalità di esprimere le emozioni, sembra avere anche basi genetiche.

La relazione di Mara Fabri e Gabriele Polonara, relativa ad una ricerca da noi condotta mediante risonanza magnetica nucleare funzionale (RMNf)¹ indica che, in seguito alla somministrazione di volti estranei e propri che esprimono emozioni di rabbia, di gioia o indifferenza, nei soggetti con messa a fuoco dall'interno avviene una maggiore attivazione, rispetto a quelli con messa a fuoco dall'esterno, delle strutture limbiche (in particolare, l'amigdala) coinvolte nelle attivazioni emozionali. Inoltre, in queste attivazioni "inward" persino la percezione del proprio volto con un'espressione indifferente e neutra produce attivazione amigdaloidea. Questo studio conferma e sviluppa la ricerca di Bertolino et al. (2005), nella quale viene anche dimostrato che i soggetti con messa a fuoco dall'interno hanno significativamente più rappresentata, rispetto a quelli con messa a fuoco dall'esterno, una variante genica del trasportatore della serotonina (l'allele 5-HTT_s), che predispone ad una maggiore reattività emozionale. In un altro studio recente, condotto negli Stati Uniti e pubblicato su "Nature Medicine" è stato documentato che il gene GCH-1, presente sul cromosoma 7, è in grado di modulare la sensibilità al dolore cronico ed alla sofferenza che ne deriva, per cui una sua variante, presente in un individuo su quattro, attenua la percezione di entrambi (Pappagallo, 2006). Dunque alla base della messa a fuoco inward od outward, l'apprendimento all'interno della relazione di attaccamento si intreccia irriducibilmente con elementi legati alla predisposizione genetica.

Inoltre, come si vedrà nella relazione di Francesco Piva e Gianni Castellucci, un'altra nostra ricerca mediante reti neurali artificiali dimostra che tali reti apprendono a discriminare come significativi, analogamente a quanto fanno per parametri genetici o biologici di base, anche profili organizzazionali a lettura dall'interno o dall'esterno, legati, come si è detto, a modalità diversificate di esprimere il repertorio emozionale. Infatti, mettendo a punto un algoritmo a rete neurale artificiale, in grado di apprendere attraverso esempi clinici le relazioni tra le variabili di ingresso e di uscita di un sistema – ricavate dalle risposte sia al questionario di Picardi sulle organizzazioni di personalità (2003), sia a domande poste da psicoterapeuti esperti – è possibile ottenere un modello attendibile di funzionamento di un sistema anche sulla base di pochi dati e quindi di predire, in maniera affidabile, l'organizzazione di significato personale di un caso e le sue capacità gestionali (Nardi, Piva, Principato et al., 2007)².

Pertanto, i fattori costituzionali e quelli appresi all'interno dei processi di attaccamento condizionano e orientano l'apprendimento delle modalità di esprimere le emozioni e di costruire la reciprocità, sulle quali si basa la costruzione stabile delle organizzazioni di significato personale, tipiche di ciascun individuo.

¹ La nostra ricerca ha previsto somministrazione di immagini di volti esprimenti rabbia, gioia o indifferenza relativi sia a individui estranei sia al soggetto testato (studio dell'attivazione in terza e in prima persona) ed ha visto la partecipazione di neuroradiologi (Gabriele Polonara, Ugo Salvolini), fisiologi (Mara Fabri, Giulia Mascioli, Tullio Manzoni) e psichiatri (Bernardo Nardi, Ilaria Capecci, Marco Brandoni, Gianfranco e David Rocchetti)(cfr. in Nardi, Brandoni e Capecci eds., 2007).

² La ricerca è stata effettuata dal nostro gruppo (Bernardo Nardi, Ilaria Capecci, Gianni Castellucci) in collaborazione con l'Istituto di Biologia e Genetica dell'Università Politecnica delle Marche (Giovanni B. Principato, direttore, Francesco Piva, ingegnere informatico)(cfr. in Nardi, Brandoni e Capecci eds., 2007).

Come si vedrà nella relazione di Ilaria Capecci, i nostri studi consentono di cogliere come le varie forme di attaccamento rimandino a modalità comportamentali che, gradualmente, nell'interazione reciproca con le figure significative, selezionano specifiche tonalità di attivazione emozionale e di lettura cognitiva dell'esperienza (Nardi, 2001, 2004, 2005, 2007; Nardi e Capecci, 2005, 2006; Nardi e Moltedo, in stampa). Quindi, anche i disturbi dell'umore trovano una comprensione molto più esaustiva se si fa riferimento alle diverse organizzazioni che emergono a partire dalle modalità di messa a fuoco dall'interno o dall'esterno (fig. 1).

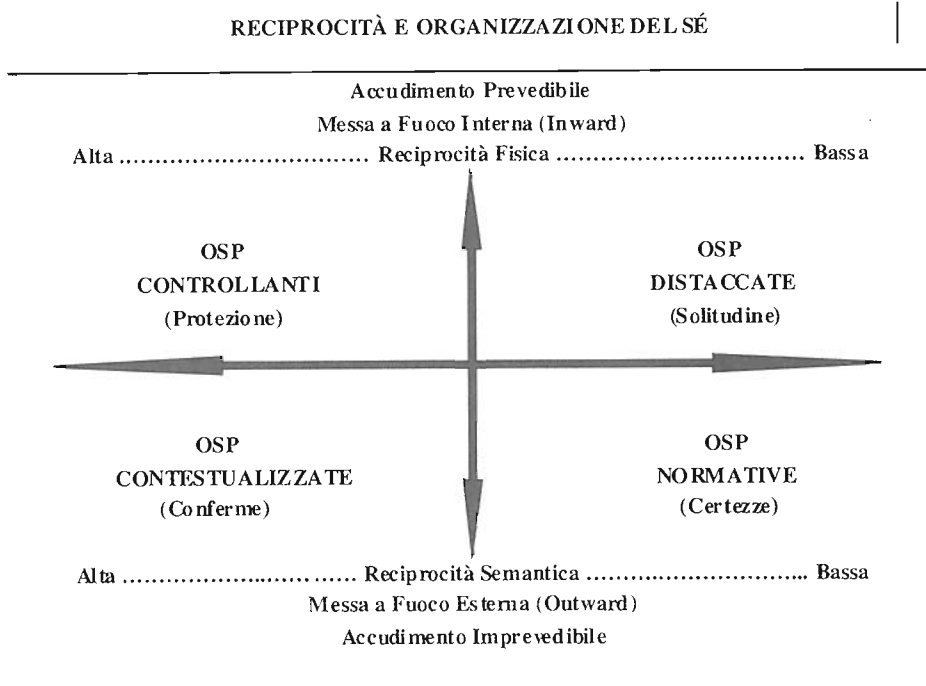


Fig. 1. Assi primari di sviluppo o "processuali" (Nardi, 2007)

1. *Messa a fuoco dall'interno ("inward").*

Quando la reciprocità in termini di comunicazione fisica è elevata, il bambino comincia a definire i contorni dell'identità personale sul controllo e sulla regolazione della reciprocità fisica in termini di protezione: l'allontanamento dalla base accudente per esplorare l'ambiente viene percepito come possibile in base a quanto si sente sicuro (e quindi in grado di esercitare un controllo della situazione e del contesto in cui si trova): queste condizioni possono realizzarsi sia direttamente, quando la figura accudente è realmente presente, sia indirettamente, tramite l'incoraggiamento e la rassicurazione. In tutti questi casi, quando la reciprocità fisica è tendenzialmente alta, emergono *chiusure organizzazionali di tipo "controllante"*.

Quando, viceversa, la reciprocità fisica è tendenzialmente bassa, il bambino definisce il senso di sé in base alle proprie capacità di gestire il distacco e il senso di solitudine che ricava come condizione abituale in cui si trova a vivere; pertanto, a partire da una minore prontezza e disponibilità di aiuto, cerca di trovare comunque risposte adattive ai propri bisogni. Una bassa reciprocità può verificarsi quando la base accudente è percepita come fragile, incapace o indisponibile, o ancora quando

appare fredda, lontana o quando viene a mancare. In questi casi emergono *chiusure organizzazionali di tipo "distaccato"*.

In situazioni intermedie di reciprocità, possono configurarsi organizzazioni controllanti che percepiscono le basi di riferimento con aspetti contrastanti o con possibilità di andare incontro a cambiamenti: ad esempio, sul versante di una reciprocità ancora buona, in situazioni in cui le figure protettive accidenti appaiono anche per qualche aspetto fragili (ad es., perché si ammalano, hanno dei problemi, ecc.) oppure a rischio di allontanamento (ad es., per conflittualità di coppia); sul versante della bassa reciprocità, possono osservarsi chiusure organizzazionali di tipo distaccato che percepiscono la base accidentante come poco presente o inconsistente in quanto essa, pur essendo colta come positiva, appare inadeguata a fare fronte alle necessità dell'accudito, viene rifiutata o disprezzata da altri oppure cambia in seguito ad eventi negativi (fallimenti economici o affettivi, ecc.). Sia nelle chiusure inward di tipo controllante che in quelle distaccate, il senso di sé del bambino può definirsi, in termini più o meno positivi o negativi, sulla base degli atteggiamenti e delle risposte alle proprie sollecitazioni. In altri termini, sia i soggetti controllanti sia quelli distaccati possono formarsi un senso di sé buono o cattivo a seconda dei segnali ricavati dall'insieme delle scene nucleari che precocemente vengono memorizzate: ad es., una relazione di reciprocità fisica elevata può consentire al bambino di percepirsi capace e sicuro di sé, in grado quindi di controllare e gestire le situazioni che affronta abitualmente, oppure fragile e bisognoso di costante protezione, scarsamente controllante in maniera autonoma le esperienze quotidiane; analogamente, un bambino che si sviluppa all'interno di una relazione a bassa reciprocità fisica può formarsi un buon senso di sé quando sperimenta che è in grado di cavarsela e di fare fronte a necessità esterne, con buone capacità di gestire la percezione di distacco che sperimenta come caratteristica della propria vita; viceversa, avrà un senso negativo di sé se il distacco viene percepito come conseguenza di una propria negatività e incapacità personale. Come si è detto, in queste chiusure "inward" possono confluire vari pattern di attaccamento, non solo sicuri e organizzati (B) o marcatamente insicuri e disorganizzati (D), ma anche evitanti difesi (A, nei quali la ricerca di protezione/libertà o di autonomia viene effettuata più vantaggiosamente sul piano adattivo utilizzando prevalentemente il canale cognitivo, con modalità inibite, genitoriali, compiacenti o con ampi margini di autosufficienza, prevalenti nei soggetti che iniziano ad orientarsi verso una chiusura distaccata) o coercitivi resistenti (C, nei quali la ricerca di protezione/libertà o di autonomia vengono ricercate più vantaggiosamente sul piano adattivo mediante le espressioni emotive di tipo minacciante-disarmante, indifeso o seduttivo, prevalenti nei processi di chiusura controllante e scarsamente rappresentate sul piano seduttivo nelle chiusure distaccate).

2. *Messa a fuoco dall'esterno ("outward")*.

Quando la reciprocità comunicativa è elevata, il bambino inizia a costruire il senso di sé sulla base dei segnali che continuamente percepisce, da parte di una figura accidentante molto presente (in termini positivi o negativi), aggiornandoli in relazione a quanto essi appaiono confermantici o disconfermantici. In particolare, nei contesti ad alta reciprocità, i continui segnali ricevuti orientano le strategie adattive a cogliere l'insieme delle conferme o disconferme che da essi vengono ricavate, rendendo in tal modo importanti la verifica dei risultati ottenuti ed i confronti operati.

Emergono così *chiusure organizzazionali di tipo "contestualizzato"*, attente a ricavare, di volta in volta, il senso di sé in rapporto alle risposte ambientali rispetto ai comportamenti emessi ed al confronto con gli altri. Il senso di sé, in relazione alle conferme o disconferme ricevute, può essere più o meno positivo o negativo ed orienta il comportamento futuro, limitando o ampliando l'orizzonte delle proprie aspettative nei confronti dei traguardi percepiti come possibili. Anche in questo caso si può osservare come la formazione del senso di sé, percepito in termini oggettivi, abbia in realtà una marcata impronta soggettiva, che porta a ricercare o ad evitare confronti con la realtà esterna e ad anticiparsi successi o fallimenti che poi vengono riferiti a sé proprio sulla base del concetto tendenzialmente positivo o negativo che si ha. Un buon senso di sé porta a ricercare conferme dove si pensa di poterle trovare e di verificarle sulla base di bisogni e valori, leggendo le

disconferme come eventi possibili nella vita, dolorosi, ma che non intaccano sostanzialmente il valore personale. Quando invece i confini personali sono marcatamente indefiniti e/o negativi, eventuali conferme vengono ricercate in maniera scarsamente adattiva e progettuale, rigida, le disconferme vengono amplificate e la ricerca (o il rimpianto) di un obiettivo confermante può divenire lo scopo dell'esistenza, senza valutare l'adeguatezza di quest'obiettivo rispetto ai bisogni personali (che non vengono affatto percepiti o lo sono solo in termini confusi e insufficienti).

Quando la *reciprocità comunicativa* è bassa, dalla base accudente (che appare al tempo stesso presente ma anche distaccata sotto il profilo emotivo) il bambino percepisce soprattutto regole, criteri e direttive su cosa deve fare o non fare, sul piano pratico e, successivamente, anche su quello etico. In particolare, nei contesti a bassa reciprocità, la figura accudente primaria appare attenta più sul piano razionale che su quello empatico, per cui il bambino orienta le strategie adattive verso la ricerca di regole e modalità comportamentali percepite come utili (e, quindi, valide) per ottenere l'approvazione e l'accudimento. Tende così ad interiorizzare queste regole come valori attraverso i quali raggiungere le certezze necessarie a stabilizzare il senso di sé e del mondo. Definisce in questo modo un universo di pensieri e comportamenti positivi, da ricercare e rafforzare, escludendo al tempo stesso le categorie di pensieri e comportamenti che gli appaiono come negativi. La reciprocità sul piano emozionale è mediata dalla rispondenza alle prescrizioni ed è caratteristicamente a marcata componente cognitiva autovalutativa. I criteri, le norme ed i valori richiesti che appaiono sufficientemente certi e perseguibili vengono utilizzati per costruire un'immagine attendibile e coerente di sé e del mondo, dando stabilità ai contorni dell'identità personale e ricercando modelli e teorie su di sé e sul mondo sempre più complessi, integrati e generalizzabili. In questo modo emergono e si definiscono *chiusure organizzazionali di tipo "normativo"* che, al contrario di quelle "contestualizzate", vedono nell'impegno e non nel risultato il parametro di verifica del proprio comportamento.

Anche nelle modalità outward, il senso di sé può essere più o meno positivo (quando si riesce ad esprimere le proprie capacità e si raggiungono quelle certezze e quegli obiettivi in linea con i criteri utilizzati) o, al contrario, negativo (quando non si raggiungono le necessarie certezze e ci si sente in colpa: i dubbi possono allora esprimersi attraverso blocchi e ruminazioni, mentre un colorito negativo può coinvolgere tutti i settori dell'esperienza). Inoltre anche in esse possono convergere i vari tipi di attaccamento, non solo sicuri e organizzati (B) o marcatamente insicuri e disorganizzati (D), ma anche evitanti difesi (A, nei quali la ricerca di conferme o di certezze viene effettuata più vantaggiosamente sul piano adattivo utilizzando prevalentemente il canale cognitivo, con modalità inibite, genitoriali, compiacenti o con ampi margini di autosufficienza) o coercitivi resistenti (C, nei quali le conferme o le certezze vengono ricercate più vantaggiosamente sul piano adattivo mediante le espressioni emotive di tipo minacciante-disarmante, indifeso o seduttivo).

Tra le chiusure marcatamente "contestualizzate", ad alta reciprocità comunicativa, e quelle marcatamente "normative", a bassa reciprocità comunicativa, esistono forme intermedie, caratterizzate da aspetti dell'una o dell'altra chiusura (in soggetti con basi di riferimento che chiedono sia di aderire a modelli e riferimenti contingenti che a regole generali; in genere si osservano in questi atteggiamenti accudenti caratteristiche di variabilità (più o meno ambigue) sul versante "contestualizzato" o di ambivalenza (antitetiche) sul versante "normativo".

In ogni caso, appare evidente il significato adattivo dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale, dato che la chiusura organizzazionale avviene lungo quelle direttrici (inward-outward; reciprocità comunicativa fisica o semantica alta-bassa) che consentono di ricavare dall'ambiente in cui si vive e dalle risposte che esso è in grado di fornire rispetto alle richieste ed alle necessità dell'accudito, il massimo di prossimità e di sicurezza possibili.

In definitiva, i comportamenti emessi, inizialmente su base essenzialmente genetica e costituzionale, vengono modulati (accentuandoli o smorzandoli) in relazione alle risposte della figura accudente. Inizia così a costruirsi e a definirsi nei contorni generali la *relazione di reciprocità*, con una mutua influenza tra figura genitoriale accudente ("*care-giver*") e bambino accudito che si attacca. Si tratta, quindi, di una interazione soggettiva ed unica: la reattività e le

modalità con cui il bambino emette i suoi segnali di richiamo e di richiesta di cure influenzano le risposte della figura accudente, come d'altra parte gli atteggiamenti – soprattutto emozionali – di quest'ultima orientano i successivi comportamenti del bambino, che apprende a selezionare e privilegiare quelle modalità, a maggiore o minore espressione emozionale o cognitiva, che gli consentono il massimo della prossimità e della reciprocità possibile. Fin dal periodo fetale, i segnali del bambino orientano il comportamento della madre, la quale, entro il range di modalità consentite dalla sua organizzazione, si attiva in maniera in qualche modo unica, rispetto alla risonanza che percepisce a partire da quei segnali. Una figura accudente non è quindi mai “identica” nei confronti di figli diversi, fossero anche gemelli, sebbene le sue modalità comportamentali di base siano le stesse: per usare una metafora, da pianisti diversi che eseguono su uno stesso pianoforte un “Notturmo” di Chopin, non deriva mai esattamente lo stesso effetto, pur essendo evidente che si tratti della medesima melodia e che i suoni emessi da quel piano siano anch'essi ben riconoscibili (Nardi, 2001, 2007).

Anche le variazioni dell'umore possono quindi essere studiate secondo questa “scienza della costruzione del significato personale”, come attivazioni più o meno fasiche e marcate che, all'interno di ciascuna organizzazione, esprimono le peculiari modalità di ogni individuo di riferirsi l'esperienza e di inserirla nella trama narrativa che fa da base alla costruzione della sua identità.

UMORE E ADATTAMENTO: DALLA FISIOLOGIA ALLA PATOLOGIA DELL'UMORE

Le osservazioni etologiche del comportamento hanno dimostrato – come negli studi sui macachi condotti dal gruppo di Suomi (1984) – che esiste una predisposizione genetica a manifestare problematiche emozionali, ma che, d'altra parte, un buon accudimento è in grado di mitigare e, a volte, anche di superare queste condizioni di precarietà, di instabilità e di sofferenza che comportano un evidente rischio sul piano dell'adattamento.

Prendendo in esame l'importanza delle emozioni nell'adattamento umano, nella formazione della organizzazione di significato personale e nell'orientarne i percorsi evolutivi, balza all'evidenza come solamente una delle emozioni fondamentali viene riconosciuta come “positiva”(gioia). Ma anche quelle negative (tristezza, paura, rabbia, disgusto) hanno un ruolo adattivo fondamentale. Anzi, se la maggioranza del repertorio emozionale di base ha un colorito “negativo”, ciò avviene in quanto questi coloriti “negativi” forniscono un fondamentale vantaggio adattivo e costituiscono quindi le basi fondamentali per lo sviluppo. Solo quando sono quantitativamente “eccessivi”, in relazione al contesto e al momento, diventano “patologici”, rivestendo invece in condizioni fisiologiche un ruolo di “vincolo” per orientare il comportamento verso le modalità più vantaggiose di rispondere alle sollecitazioni fornite dall'esperienza, muovendo verso quei percorsi più adattivi che fanno progressivamente da trama alla costruzione delle caratteristiche di stile comportamentale che sottendono l'organizzazione del significato personale.

Fino dall'antichità i disturbi dell'umore sono stati descritti e riconosciuti come una delle principali patologie mentali e già la scuola ippocratica li ha attribuiti ad una patologia cerebrale. Per Ippocrate, infatti, la causa dei disturbi dell'umore, come pure degli altri disturbi mentali e dell'epilessia (allora chiamato “morbo sacro” ed attribuito ad interventi di divinità), va ricercata nel funzionamento del cervello. Scrive infatti: *“Bisogna che gli uomini sappiano che da niente altro si producono a noi i piaceri, la gioia, il riso e gli scherzi se non da lì e così i dolori, gli affanni, la tristezza e i pianti. E tramite il cervello noi ragioniamo, pensiamo, guardiamo e ascoltiamo e distinguamo il brutto ed il bello, il cattivo ed il buono, il gradito e lo sgradito, distinguendo in base alla norma le une, per le altre provandone sensazione in base a ciò che è utile e distinguendo in base a ciò che è utile le cose piacevoli e spiacevoli secondo le occasioni, non ci sono infatti gradite sempre le stesse cose. Per causa dello stesso cervello diventiamo pazzi e vaneggiamo e ci produciamo sia timori e paure la notte come pure di giorno ed insonnia ed inopportuni travimenti e preoccupazioni inadeguate e mancanza di comprensione delle cose ordinarie ed atti inusitati”*. (La Malattia Sacra, par. 17). Come si vede, con largo anticipo sulla nascita della scienza moderna

Ippocrate aveva già intuito il concetto di percezione soggettiva, di visione evolutiva della vita e delle variazioni dell'umore, di significato adattivo delle funzioni psichiche. Egli, in mancanza della possibilità di indagare il cervello direttamente, attribuì la patogenesi della depressione e di altri disturbi mentali all'alterazione cerebrale prodotta dagli umori fondamentali dell'organismo (ancora oggi la malinconia trae il nome dalla "bile nera" ("*melàn colèn*"): *"La rovina del cervello trae origine dal flegma e dalla bile. Si capirà l'effetto di entrambi così: coloro i quali sono impazziti a causa del flegma stanno calmi e non gridano né sono turbolenti. Coloro i quali invece a causa della bile, gridano e compiono brutte gesta e non stanno calmi ma fanno sempre qualcosa di inopportuno; se dunque sono di continuo furiosi, queste ne sono le cause. Se però paure e timori si presentano è a causa di cambiamento nel cervello"* (La Malattia Sacra, par. 18). Questa ipotesi, che dimostra l'esigenza di ricercare cause naturali dei disturbi mentali, conferma la grandezza e la portata innovativa della scuola medica ippocratica.

La pratica clinica ha d'altra parte evidenziato che, nel continuum che intercorre tra normalità e patologia, a volte le emozioni si attivano apparentemente in modo non finalistico e sproporzionato, divengono ingestibili, travolgono come un mare in tempesta il filtro della logica e della razionalità, lo piegano e lo trascinano nel loro verso, si innalzano o si deflettono in polarità che possono rendere precario, irrealistico e perfino acritico lo stato psichico, fino a volte a tentare drammaticamente di sopprimere tutto ciò che fa parte del proprio mondo, vita inclusa.

Se le oscillazioni oltre un certo limite sono patologiche, d'altra parte esse esprimono normalmente competenze fisiologiche. Come si è detto, esiste non solo una "positività" delle emozioni di gioia, ma anche di quelle speculari di tristezza: nel percorso maturativo, questa sorta di fasi depressive fisiologiche orienta la scoperta del mondo, consente di percepire ciò che si può o non si può fare (con la possibilità di valutarle e metterle eventualmente in discussione procedendo nel ciclo di vita), dà il senso del limite e dei vincoli dell'esistere (facendo emergere i chiaroscuri dell'esperienza e aprendo comunque, proprio a partire dai bivi derivanti dai vincoli, tutta una serie di possibili percorsi), spingono al desiderio ed alla conquista di traguardi futuri, che non comportano quindi la soddisfazione immediata di un bisogno ma la differiscono verso conquiste più impegnative e difficili, attivando motivazioni e volontà.

Richiamando un filone su cui è stato scritto molto e non sempre a proposito, se le oscillazioni dell'umore possono esprimere attività anche particolarmente produttive e creative (in campo artistico, letterario, musicale), quando esse sono chiaramente patologiche diventano piuttosto un ostacolo per la creatività, sebbene essa rimanga comunque possibile. Ne è esempio il caso del critico d'arte Arcangeli, che riconobbe la "*Maestà*" del duomo di Massa Marittima come opera di Duccio di Boninsegna solo tornando a rivederla in un periodo di eutimia, mentre non era stato in grado di fare attribuzioni un decennio prima, osservandola durante una fase depressiva.

Nel continuum tra normale e patologico, sono il quantum di sofferenza, di interferenza con investimenti e proattività, la difficoltà a integrare nel senso di sé le esperienze perturbanti con sufficiente capacità di flessibilità e di astrazione che configurano la gravità di un'oscillazione dell'umore in senso più o meno patologico. Ma, normale o patologica, una variazione dell'umore può essere compresa nella sua profondità solo se si fa riferimento al modo di riferirsi l'esperienza, trasformandola in senso di sé, che è legata alle caratteristiche invarianti dell'organizzazione di significato personale, propria di ciascun soggetto. I sintomi diventano così dei punti di partenza dai quali muovere all'esplorazione del mondo interno, le trame narrative di un film da mettere in montaggio per cogliere le modalità immediate di percepire e di attivarsi emotivamente, prima ancora che nascano le spiegazioni attraverso le quali il soggetto cerca di adattare e di rendere consistente l'esperienza con l'immagine cosciente di sé e, quindi, assimilabile quanto ha appena percepito. Facendo riferimento alla depressione, la metà buia del cielo dei disturbi bipolari, essa può nascere, a livello inconsapevole, da un angosciante vissuto di non controllo, di non protezione o di costrizione, in un soggetto con personalità inward controllante. A volte il passaggio, da una percezione di efficienza fisica e di controllo, ad una di inabilità e di impossibilità a gestire è brusco, tipo top/down ("posso fare tutto/non posso fare niente").

“Da quando sto male sono cambiata, mi sono accorta che siamo qua sulla terra come dei poveri disperati, che prima o poi moriranno. Non capisco come fa la gente a sopportare questa cosa. Gli antidepressivi mi fanno riallineare con gli altri, ma se ci penso mi sembrano tutti alienati. Sento che quando ho i pensieri sono sana, ma non reggendo la verità, non ho alternativa, mi devo rialienare anch’io con le medicine, così posso occuparmi dei vestiti, posso litigare col mio ragazzo, in mezzo a queste persone di un mondo falso, come se non ne fossero consapevoli. Ho cambiato vita tante volte, come un film, ma in passato ero piena di entusiasmo, sentivo che facevo qualcosa per me, mi faceva stare bene, mi davo ogni volta un’altra possibilità. Ora mi sembra che ero come una bambina che viveva ancora nel mondo dei sogni. Quando mi tornano i pensieri non sono più al centro del mondo. Non mi sento più bambina, né un adulto che accetta il non senso. Mi sento una adolescente che non riesce a darsi un senso. Riesco ad accettare la vita solo se la posso staccare da questo non senso globale, facendo finta di vivere nel mondo delle favole che è eterno”.

La depressione può accendersi, con disperazione e rabbia, a seguito di una esperienza percepita come perdita insopportabile, che rimanda ad un destino di solitudine e di separazione dagli altri, in un soggetto con un’organizzazione inward distaccata.

“Non ho paura della solitudine, ma dell’abbandono. Ho bisogno di sapere che c’è qualcuno al mondo che non mi manderà mai via. Mi hanno sempre mandato via tutti: gli uomini, mia madre... Ho ancora paura che lei si alzi e mi dia una sberla. L’ha sempre fatto. Così: pam! All’improvviso, senza darmi neppure il tempo di capire che cosa avessi fatto. Ancora oggi, quando si avvicina all’improvviso, alzo le braccia per proteggermi. Non ho più amori, solo passioni. Rapporti che non mi chiedono di lasciare tutto quello che ho costruito. Ormai credo che la solitudine sia una forza assoluta: con lei vado dappertutto. Io sono una donna serpente. I serpenti depongono le uova e poi se ne vanno: i piccoli devono cavarsela da soli, devono raggiungere l’acqua prima che il condor se li mangi. È così che sono stata cresciuta, è così che cresco i miei figli. Quando recentemente sono tornata da un lungo viaggio e ho rivisto i figli non li ho abbracciati, li ho sistemati e girati verso la telecamera. Ero spaventata, non sapevo come avrebbero reagito, non sapevo se avevano voglia di vedermi, se mi volevano bene, se mi avrebbero sgridato perché ero stata via, anche se io li ho educati alla mia assenza. Persino da piccoli non hanno mai pianto nel vedermi uscire di casa. Per questo li ho sempre tenuti un po’ a distanza: per non vederli piangere, per essere sicura che non avrebbero sofferto senza di me. Non mi importa vederli sempre, basta che ci siano. Io impazzirei senza l’idea dei miei figli. Ho un obiettivo: raggiungere l’indifferenza. Vivo travolta dalle emozioni: amore, paura, gioia, dolore. Ma credo che la felicità sia riuscire a non sentire niente...”.

La depressione può attivarsi o riacutizzarsi per esperienze di insopportabile disconferma in settori critici della propria esperienza, in un soggetto outward con una organizzazione contestualizzata.

“Ho tanta insoddisfazione. Non so bene cos’è, la mattina non glie la faccio ad affrontare la giornata, che è qualcosa di terribile. Forse è paura di non farcela, non lo so. Soprattutto la mattina ho tanto sonno, non glie la faccio ad alzarmi dal letto. Ho difficoltà a fare le cose e fatico solo a pensare di farle. Ho una famiglia, la devo mandare avanti, se non faccio le cose loro chiacchierano, dicono che non mi impegno e io non me la sento. Mi pare che ho una responsabilità che mi casca sopra. Mi sento a terra. Mi fa sentire in colpa: dovrei fare tante cose e invece non ci riesco. Penso, penso, penso. Non capisco com’è che io mi trascino, che faccio il minimo indispensabile. Com’è che gli altri fanno, sono allegri e io non ci riesco. Anzi, se gli altri ridono, parlano, mi dà fastidio. Perché io non posso essere spensierata, sono chiusa, non mi sento in vena di farlo. Nel fondo c’è insoddisfazione, paura, malessere, che non mi fa parlare, reagire, fare. Quel po’ che faccio è tutto uno sforzo al di sopra delle forze, anche se i miei familiari mi dicono che non mi sforzo. È una vita che non è vita, sono insoddisfatta di tutto, niente di niente mi dà piacere”.

La depressione può infine muovere da un intollerabile senso di colpa per non essere certo, perfetto, eticamente a posto come dovrebbe, in un soggetto con una organizzazione normativa.

“È che la sofferenza ha poca presa su di me, ce l’ha solo quando non ce la faccio più, ma è un momento, poi riprendo il mio fardellino di rituali e ricomincio da capo. È come un’onda che mi passa sopra la testa quando c’è il mare grosso, non mi accorgo che arriva e mi butta sotto, bevo.

Mi colpevolizzo, penso che con tutte le cose che devo fare sto lì a poltrire, mi dico: vergognati!. Non tollero di essere inadeguata, mi fa sentire in colpa, non posso dire che me ne frego, devo controllare tutto. Prima mi colpevolizzavo di tutto. Ora ho il dubbio: sarà vero che mi devo giustificare se non faccio i rituali? Nel dubbio, mi castigo un po'. Per un po' funziona, mi lenisce la sofferenza, mi lecco le ferite. Di fronte alla tristezza e all'angoscia che può accedere qualcosa di irreparabile, dovevo arrivare a una sintesi, a qualcosa che apre la mente, aiuta a vedere gli schemi, dei percorsi per uscire da situazioni difficili, ma non vedo soluzioni”.

In definitiva, considerando le deflessioni patologiche del tono dell'umore, curare la depressione diviene, in una prospettiva costruttivista, prendersi cura non solo di un insieme di parametri biologici e di formulazioni astrattamente oggettive di natura diagnostica, ma della persona nelle sue modalità irriducibilmente soggettive di costruzione della vita psichica e di organizzazione dei propri significati; vuol dire aiutarla a cogliere, nella visione più o meno serena o cupa, la reciprocità della relazione con l'altro (il me e il tu che sono entrambi, anzitutto, rappresentazioni interne dialettiche); vuol dire, in definitiva, considerare le oscillazioni e persino le crisi dell'umore come risorsa da attingere, per aiutare un soggetto che è malato e soffre ad esprimere più compiutamente le sue potenzialità al momento non esprimibili e a sviluppare, quindi, un suo più adattivo progetto di vita.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S.: Patterns of infants-mother attachment: Antecedents and effects on development. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 771-791, 1985.
- Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Arciero G.: Sulle Tracce di Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.
- Atili G.: Ansia da Separazione e Misura dell'Attaccamento Normale e Patologico. Unicopli, Milano, 2001.
- Bowlby J.: Attachment and Loss. Hogarth Press, London, 1969 (3 Vol.) [Ed. It.: Attaccamento e Perdita. Boringhieri, Torino, 1972].
- Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.
- Crittenden P.M.: Pericolo, Sviluppo e Adattamento. Masson, Milano, 1997.
- Damasio A.R.: The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness, 1999. [Ed. It.: Emozione e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000].
- Eliade M.: Le Mythe de l'Éternel Retour. Archétypes et répétition. Gallimard, Paris, 1949. [Ed. It.: Il Mito dell'Eterno Ritorno. Borla, Roma, 1968].
- Guidano V.F.: Complexity of the Self. Guilford, New York, 1987. [Ed. It.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1987].
- Guidano V.F.: The Self in Progress. Guilford, New York, 1991. [Ed. It.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992].
- Ippocrate. Corpus Hippocraticum. Scritti Scelti. Orsa Maggiore Editrice, Torriana (FO), 1993.
- LeDoux J.: Synaptic Self: How our Brains Become Who We Are. Viking Penguin, New York, 2002. [Ed. It.: Il Sé Sinaptico. Come il Nostro Cervello ci fa Diventare Quello che Siamo. Cortina, Milano, 2002].
- Nardi B.: Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001, 2003.

Nardi B.: La depresión adolescente. *Psicoperspectivas* (Chile), 3, 95-127, 2004.

Nardi B.: Valenze adattive dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 16 (8/1), 30-47, 2005.

Nardi B.: Costruirsi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia. Franco Angeli, Milano, 2007.

Nardi B., Capecci I.: Contributo per una lettura evolutiva e adattiva delle organizzazioni di significato negli stili di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 17 (9/2), 34-52, 2005.

Nardi B., Capecci I.: I processi di organizzazione degli stili di personalità e le basi dell'unicità personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 18 (10/1), 48-83, 2006.

Nardi B., Moltedo Perfetti A.: Rol de la relación de reciprocidad en el desarrollo de las diversas Organizaciones de Significado Personal. *Psicoperspectivas* (in stampa).

Omero: Iliade (versione di Vincenzo Monti. Avviata nel 1788, edita nel 1810, riedita più volte fino alla definitiva del 1825 per la collana dei Classici Italiani della Società Tipografica di Milano). Newton Compton, Roma, 2003.

Pappagallo M.: Scoperto il gene che rende sensibili al dolore. *Corriere della Sera*, 23 Ottobre 2006.

Panikkar R.: Tra Dio e il Cosmo. Dialogo con Gwendoline Jarczyk. Laterza, Bari, 2006.

Prigogine I.: Le Leggi del Caos. Laterza, Bari, 2006.

Rizzolatti G., Sinigaglia C.: So quel che Fai. Il Cervello che Agisce e i Neuroni Specchio. Raffaello Cortina, Milano, 2006.

Suomi S.G.: The development of affect in rhesus monkeys. In: Fox N.A., Davidson R.J. (Eds.), *The Psychobiology of Affective Development*. Erlbaum, Hillsdale, 1984.

Stefano Parmigiani, Paola Palanza e Alessandro Bartolomucci

RANGO SOCIALE, RISORSE E GENESI DELLA DEPRESSIONE: UN MODELLO ANIMALE

“Nulla in biologia ha senso se non alla luce dell’evoluzione”
(Theodosius Dobzhansky)

Il grande mistero della medicina è la presenza, in una macchina straordinariamente ben organizzata, di apparenti imperfezioni, debolezze e meccanismi di fortuna che danno origine a varie malattie. Il punto di vista evolutivo trasforma però questo paradosso in una serie di domande a cui è possibile dare risposta: perché il processo della selezione naturale darwiniana non ha prontamente eliminato i geni che ci espongono alle malattie? Perché non ha selezionato geni che ci dessero la capacità di resistere ai danni e di perfezionare le nostre difese così da eliminare l’invecchiamento? La risposta più comune, e cioè che la selezione naturale non è abbastanza forte, è di solito sbagliata. Come vedremo, il corpo è un insieme di cauti ma efficaci compromessi (Nesse e Williams, 1994).

“We come into the world equipped with a nervous system that worries about rank”
(Robert Frank, 1985)

“Depressive episodes in humans are typically triggered by defeats, major social losses and humiliation, i.e. rank losses”
(Price et al., 1994)

INTRODUZIONE: EVOLUZIONE, STRESS E DISTURBI DELL’UMORE

Un approccio evolucionistico alla psicopatologia può aiutarci a capire come un sistema funzionalmente adattativo come quello legato alle emozioni ed ai relativi stati dell’umore possa, in determinate condizioni (per es., tramite l’elaborazione cognitiva), portare ad espressioni apparentemente patologiche del sistema di controllo dell’umore, dell’affettività e del comportamento. La depressione è un disordine dell’umore alquanto eterogeneo che rappresenta il risultato finale di una serie di eventi stressanti che, agendo sulla vulnerabilità individuale, portano il soggetto a sviluppare questo tipo di patologia (Akiskal e Mc Kinney, 1975).

In termini evolucionistici ci possiamo porre le seguenti domande:

- a) quali vantaggi ottiene l’individuo nell’abbassare il tono dell’umore, nell’aumentare il livello di ansia e la sensibilità agli eventi stressanti?
- b) quando un determinato fenotipo comportamentale, che si discosta dalla “norma”, può essere considerato non adattativo e quindi patologico?

Le teorie proposte sui tipi di stress capaci di attivare i meccanismi della depressione che abbassano il tono positivo dell’umore in favore del tono negativo possono essere suddivise in teorie dello stress non-sociale e in teorie dello stress sociale. La teoria non sociale focalizza l’attenzione sui fattori stressanti che derivano, per esempio, dalla perdita di controllo degli eventi ambientali. La teoria sociale invece, pur riconoscendo che la perdita del controllo degli eventi è cruciale, focalizza l’attenzione sull’importanza dei fattori stressanti nell’ambito delle relazioni sociali come eventi fondamentali nella genesi dello stato depressivo (Gilbert, 2005). Fondamentalmente qual’è la differenza causale tra le teorie dello stress non sociale e quella dello stress sociale? Per quanto riguarda l’attivazione di alcuni meccanismi prossimi (ad es., risposte neuroendocrine allo stress) la differenza potrebbe non essere marcata, tuttavia per quanto riguarda le cause remote (il significato adattativo) la differenza può essere invece notevole per quanto concerne l’impatto sul sistema di

controllo dell'affettività, dell'umore ed i relativi comportamenti di tipo depressivo. Infatti dal punto di vista evolutivo il comportamento sociale degli animali, uomo compreso, non è il solo risultato della selezione naturale darwiniana (Darwin, 1859), intesa come l'interazione dell'individuo con l'ambiente abiotico (ad es., variazioni climatiche) e/o biotico (ad es., i predatori e i parassiti) che porta a specifici adattamenti ambientali (ad es., meccanismi di regolazione della temperatura corporea e/o meccanismi di difesa antipredatoria) ma è soprattutto il risultato della selezione sessuale darwiniana (Darwin, 1871), cioè quella che agisce tra i membri della stessa specie.

SELEZIONE SESSUALE, STATO SOCIALE, RISORSE E UMORE

Infatti, in termini di fitness darwiniana, il banco di prova della selezione naturale non è tanto la capacità di sopravvivere dell'individuo ma quella di riprodursi. Ne deriva quindi che, nelle specie a riproduzione sessuata, esiste una competizione intraspecifica per l'accesso alle risorse ed ai partners sessuali. La competizione per la riproduzione è l'essenza della teoria della selezione sessuale darwiniana. Questo tipo di selezione rappresenta uno dei più importanti meccanismi dell'evoluzione dei caratteri sessuali dimorfici tra i sessi, non solo per quanto riguarda le strutture anatomiche e fisiologiche, ma anche di quelle comportamentali e mentali. Dal punto di vista comportamentale, la selezione sessuale intrasessuale (cioè quella che avviene tra i membri dello stesso sesso) si esprime tramite il comportamento aggressivo di natura competitiva, il cui significato adattativo è l'acquisizione e il mantenimento del rango sociale e delle risorse (territorio e partners sessuali). In quest'ottica gli psicologi evolutivisti hanno proposto la cosiddetta teoria della perdita del rango sociale e delle risorse nella genesi della depressione, che considera quindi la depressione come una risposta adattativa conseguente all'essere perdente in una interazione sociale e dal punto di vista cognitivo, soprattutto per la nostra specie, di percepire se stessi come perdenti (Price et al., 1994; Buss, 1994; Sloman et al., 2003). In altre parole, lo stato depressivo si sarebbe evoluto per facilitare il ruolo di subordinato e l'accettazione della conseguente perdita delle relative risorse associate al rango in un contesto sociale. In tal modo la depressione eviterebbe al perdente di incorrere in ulteriori situazioni stressanti, quali quelle di essere ripetutamente aggredito e di mantenere in tal modo almeno i vantaggi del vivere in gruppo rispetto agli svantaggi della avvenuta perdita del rango. Ottenere un rango elevato significa quindi anche ottenere un umore elevato mentre la perdita del rango corrisponde ad un tono di umore depresso. Numerose osservazioni in natura tendevano a supportare tale teoria (vedi Sapolski, 1992, nello studio sui babuini). Per poter testare questa teoria sia per quanto concerne il comportamento che i substrati neuroendocrini possiamo, considerando la comune origine filogenetica del sistema neuroendocrino ed immunitario dei vertebrati, utilizzare modelli animali.

EVOLUZIONE, FILOGENESI DELLE EMOZIONI, ETOLOGIA E MODELLI ANIMALI DEI DISORDINI PSICHIATRICI

Uno dei primi tentativi di uno studio biologico delle emozioni in generale è stato fatto da Darwin (1872) con la pubblicazione del libro *The expression of Emotion in Man and Animals*, in cui il comportamento della nostra specie veniva confrontato con quello di altri mammiferi. In particolare, i comportamenti difensivi delle altre specie venivano visti come i precursori evolutivi della paura e dell'ansia nell'uomo. L'omologia filogenetica è ovviamente il presupposto che ci consente di utilizzare modelli animali di laboratorio nella ricerca biomedica perché possiede caratteristiche specifiche che somigliano a quelle di patologie o disturbi umani. Quindi sulla base evolutivista il modello animale per lo studio dei disturbi psichiatrici umani deve soddisfare i seguenti criteri di validità: 1) **validità di forma**: ovvero la somiglianza fenotipica tra risposte comportamentali di paura, rabbia e ansia negli animali e nell'uomo. I sintomi devono cioè essere comparabili (criterio di analogia sintomatica); 2) **validità di costrutto**: alcune risposte comportamentali difensive

nell'uomo e in alcuni vertebrati (soprattutto mammiferi) a causa della comune origine filogenetica sono omologhe, condividono cioè gli stessi substrati neurali (criterio di omologia); 3) **validità predittiva**: sensibilità del modello animale a farmaci psicoattivi di provata efficacia cioè che la risposta al trattamento con un farmaco sia simile a quella riscontrata nella pratica clinica.

Ne consegue che per comprendere omologie e analogie tra animali ed esseri umani bisogna quindi utilizzare modelli sperimentali appropriati. Sotto questo profilo l'approccio evoluzionistico caratteristico della biologia del comportamento (etologia) fornisce la base concettuale per integrare l'analisi funzionale (significato adattativo del comportamento) con l'analisi dei meccanismi neurobiologici che sono alla base delle modificazioni comportamentali (per esempio quelle indotte dal trattamento con farmaci). Dal punto di vista metodologico ciò si ottiene ricreando situazioni di laboratorio il più possibile aderenti al contesto sociale e/o ambientale in cui un determinato comportamento è generalmente evocato ed esprime il suo significato adattativo e funzionale (causa remota del comportamento) e valutare i meccanismi prossimi (ad es., le risposte neuroendocrine) in relazione al contesto ambientale di natura sociale o non sociale. Questo aspetto è stato spesso trascurato negli approcci sperimentali tradizionali della psicologia sperimentale (Parmigiani e al., 1999).

UN MODELLO DI STRESS PSICOSOCIALE CRONICO NEL TOPO

Studi recenti hanno messo in evidenza che le fonti di stress più potenti nel favorire l'insorgenza dei disordini mentali sono soprattutto quelle di natura sociale cronica (Koolhaas et al., 1997; Blanchard et al., 2002). Diventa quindi importante determinare le relazioni che esistono tra i fattori sociali (ad es., gerarchie, stato sociale e la vulnerabilità allo stress cronico) e suscettibilità individuale a manifestare la patologia.

Il nostro gruppo di ricerca ha recentemente proposto un modello etologico di stress psicosociale cronico nel topo (*Mus musculus domesticus*) basato sul comportamento socio-sessuale di acquisizione e difesa del territorio e del rango sociale dei maschi (Bartolomucci et al., 2005). Il modello sperimentale utilizza il cosiddetto "intruder test" (test del residente contro l'intruso) in cui un maschio usato come intruso viene introdotto nell'area difesa da un maschio territoriale (il residente). I due animali vengono fatti interagire per un breve periodo ogni giorno. In questo contesto viene evocato (in particolare nel residente) il comportamento aggressivo di natura competitiva (acquisizione e difesa dello stato sociale e della risorsa). Dopo queste brevi interazioni agonistiche giornaliere (stress sociale acuto) gli animali vengono separati da una barriera di rete e lasciati in contatto sensoriale per la durata dell'esperimento (stress sociale cronico).

Procedura sperimentale

I maschi residenti sono stati isolati all'interno delle loro cassette di stabulazione per una settimana in modo che potessero marcare il territorio. Alla fine della settimana nel territorio di ogni residente è stato introdotto un maschio intruso che aveva vissuto in un gruppo di sei individui. Il residente e l'intruso sono stati lasciati interagire per 10 minuti e poi separati tramite una paratia che, inserita diagonalmente nella cassetta di stabulazione, divide il territorio in due parti uguali. Buona parte della paratia è costituita da rete metallica per consentire il contatto sensoriale tra i due animali ma non l'interazione fisica. La paratia è stata rimossa una volta al giorno per 21 giorni consecutivi tra le ore 09.00 e le ore 12.00. Per rendere l'interazione imprevedibile la rimozione della paratia non avveniva ad un orario fisso.

Sulla base dello stato di dominanza e/o di sottomissione acquisito nei combattimenti giornalieri si sono ottenute 4 categorie di interazioni comportamentali e precisamente (vedi tabella 1):

- individui residenti che sono risultati dominanti nelle interazioni agonistiche definiti come Residenti Dominanti (RD);
- individui residenti che sono stati sconfitti nei combattimenti, sono risultati sottomessi e hanno perso la territorialità e definiti come Residenti Sottomessi (RS);

- c) individui intrusi che sono risultati vincitori nel confronto aggressivo con il residente ed hanno ottenuto la dominanza e la supremazia territoriale e definiti quindi Intrusi Dominanti (InD);
- d) individui intrusi che sono stati sconfitti nei combattimenti e sono risultati sottomessi e definiti quindi Intrusi Sottomessi (InS).

Table 1. Summary of the effects of chronic psychosocial stress in mice					
		RD	InD	RS	InS
Behavior (Activity)	Open field	+	+	=	=
	Home cage	=/+?	=/+	-?	-
General physiology	Body weight	-	--	++	+
	Food intake	=	=	=	=
	Visceral fat	-	-	=	-
	Spleen	=	=	=	+
	Thymus	-	=	-	-
	Preputials	+	+	=	=
	Testis	=	=	=	=
Autonomic function	Temperature	++?	++	++?	+
	Heart rate	++?	+	++?	+
HPA axis	Corticosterone	+	+	+	+
	Cort after DST	+	+	+	+
	GR	-	-	-	-
	Adrenals	=	=	=	+
<i>In vitro to ConA</i>					
Immune functions	Proliferation	=	=	-	=
	IL-2	=	=	- ^a	=
	IFN- γ	=	=	=	=
	IL-4	=	=	-	=
	IL-10	=	=	-	=
	<i>In vitro to KLH</i>				
	Proliferation	=	=	-	=
	IL-2	=	-	-	=
	IFN- γ	=	=	=	+
	IL-4	=	=	=	-
	IL-10	=	=	=	+
	Anti-KLH-IgM	=	=	=	=
	Anti-KLH-IgG	-	-	-	=
	β -endorphine	=	=	=	=
Central cytokines	IL-1 β	-	-	-	-
	IL-1Ra	-	-	-	-
	IL-6	=	=	=	=
	IL-10	=	=	=	=
	TNF- α	-	-	-	-
Cardiac histology	Fibrotic foci in left ventricular wall				+

^a RS vs. InD. = - and + are expressed as compared to controls. ++ and -- have to be considered in relative terms within a specific function (a line). ? represent likely but not experimentally verified effects because two groups have not yet been investigated.
Stress= all animals under stress procedure; RD=Resident Dominant; InD=Intruder Dominant; RS=Resident Subordinate; InS=Intruder Subordinate; HPA=Hypothalamus-Pituitary-Adrenocortical; DST=Dexamethasone suppression test; GR=Glucocorticoid receptor; ConA=Concavaline A; KLH=Keyhole limpet emocyanine; IL=Interleukin; IL-1Ra=Interleukin-1 receptor antagonist; IFN=Interferon; TNF=Tumor necrosis factor.

Come controlli si sono usati individui inseriti in un gruppo di tre fratelli per 21 giorni e definiti come animali di Gruppo (G). Studi precedenti hanno infatti dimostrato che in questa situazione non si ha nessun tipo di stress sociale sia dal punto di vista comportamentale, endocrino e immunitario (Bartolomucci et al., 2002). Questi animali di controllo sono stati, per quanto concerne lo stress da manipolazione da parte dello sperimentatore, trattati allo stesso modo degli animali del gruppo sperimentale (cioè residente/intruso), senza però avere la possibilità di interagire aggressivamente con un con specifico dello stesso sesso. Infatti essi sono stati semplicemente rimossi dal gruppo e, dopo dieci minuti, reinseriti nello stesso gruppo di origine.

Questo modello offre quindi la possibilità di studiare gli effetti relativi dell'acquisizione e possesso del territorio (residente o intruso) e dello stato o rango sociale (dominante o sottomesso) e dell'interazione sociale agonistica competitiva che comporta il diventare dominante o sottomesso e l'acquisizione o la perdita della risorsa. Dal momento che il contatto fisico è estremamente limitato (una breve interazione giornaliera interrotta non appena il combattimento diventava fisicamente lesivo) rispetto a quello di tipo psicologico (contatto sensoriale cronico con un conspecifico di status sociale dominante), gli effetti ottenuti in questo paradigma sperimentale sono interpretabili non come risultato dello stress sociale acuto di tipo fisico ma piuttosto dovuti allo stress di tipo psicologico (stress psico-sociale cronico).

Sintesi dei risultati

La tabella 1 riporta tutti i dati ottenuti negli esperimenti condotti sul presente modello (vedi Bartolomucci et al., 2005). Tuttavia uno dei dati più interessanti in relazione alla teoria della perdita del rango sociale e delle risorse nella genesi della depressione riguarda la categoria dei residenti che sono stati sconfitti e hanno perso lo stato sociale e la risorsa territoriale (cioè quelli definiti come RS). Per quanto riguarda l'asse HPA (Ipotalamo-Ipofisi-surrenali) lo stato sociale di subordinazione come fattore di stress produce una iperattivazione dell'asse HPA in quanto i subordinati, sia che essi siano Intrusi (InS) oppure residenti (RS), hanno mostrato un notevole aumento dei livelli basali di corticosterone e resistenti al cosiddetto test farmacologico di soppressione del rilascio di glucocorticoidi da parte della corticale del surrene tramite somministrazione di dexametasone (dexamethasone suppression test). Rispetto ai controlli gli animali che hanno subito questo tipo di stress sociale hanno evidenziato un decremento nella produzione delle citochine a livello di diverse aree cerebrali (l'ippocampo, l'ipotalamo, lo striato e l'ipofisi). Studi recenti indicano che queste molecole con funzionalità immunitaria prodotte nel sistema nervoso centrale potrebbero essere implicate nei disordini mentali provocati dallo stress come, ad esempio, la depressione (Bartolomucci et al., 2001, 2003a, 2003b, 2003c, 2004).

Per quanto concerne la funzionalità del sistema immunitario i soggetti RS, che hanno perso i combattimenti e quindi contemporaneamente lo stato sociale e la risorsa territoriale, sono risultati i soggetti con maggiori alterazioni delle risposte immunitarie rispetto, per esempio, agli altri tipi di subordinati (cioè gli InS). Questo dato suggerisce chiaramente che l'alterazione della risposta immunitaria non è un effetto della subordinazione ma piuttosto essa è causata dalla perdita di rango sociale e della risorsa.

Il perdere il rango e la risorsa sembra quindi costituire un fattore cruciale nel topo per sviluppare un quadro "clinico" caratterizzato da immunodepressione e quindi da una maggior suscettibilità e vulnerabilità alle malattie. E interessante notare che molte delle alterazioni, sia a livello

comportamentale che fisiologico, sono molto simili a quelle riscontrate nei soggetti umani depressi come descritto nel DSM-IV (vedi tabella 2).

Table 2. A comparisons between symptoms of depression (DSM-IV) and effects seen in Resident Subordinate mice under chronic psychosocial stress

DSM-IV Criteria for major depressive episode	Effects in mice
Depressed mood most of the day	Decreased locomotor activity
Diminished interest or pleasure in all activities	Reduced sucrose preference (unpublished observation)
Significant weight loss when not dieting or weight gain	Body weight gain
Insomnia or hypersomnia	Altered circadian rhythms
Psychomotor agitation or retardation	Decreased locomotor activity
Fatigue or loss of energy	Not applicable
Diminished ability to think or concentrate	Not tested
Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt	Not applicable
Recurrent thoughts of death	Not applicable
Other hallmarks of depression	Effects in mice
Hypercortisolism	High basal corticosterone level
Impaired negative feedback of the HPA axis	Resistance to dexamethasone challenge test
Impaired Con-A induced lymphocyte proliferation	Impaired Con-A and KLH induced plenocyte proliferation
Higher hearth rate	Increased hearth rate

Sulla base di questi dati e della validità di forma (somiglianze fenotipiche comportamentali) e di costruito (omologia filogenetica dei substrati neuroendocrini), che abbiamo messo in evidenza nel modello animale, è ragionevole supporre che esso abbia anche una buona validità predittiva in campo umano. La perdita di prestigio sociale e di risorse (che ovviamente influenzano la percezione del sé e l'autostima) possano giocare un ruolo determinante per lo sviluppo dei disordini dell'umore e della depressione? In effetti sembra che determinate condizioni che conducono alla depressione siano strettamente legate alla perdita di rango sociale e delle risorse come fattori importanti nel modulare il rischio di sviluppare la malattia (Price, 2000).

BIBLIOGRAFIA

Akiskal H.S. and Mc Kinney W.T.: Overview of recent research in depression: A theory based subtype o depression. Archives of General Psychiatry, 32, 285-305, 1975.

Bartolomucci A., Palanza P., Gaspani L., Limiroti E., Panerai A.E., Ceresini G., Poli M.D., Parmigiani S.: Social status in mice: Behavioral, endocrine and immune changes are context dependent. Physiology and Behavior, 73, 401-410, 2001.

- Bartolomucci A., Palanza P., Costoli T., Savani E., Laviola G., Parmigiani S., Sgoifo A.: Chronic psychosocial stress persistently alters autonomic function and physical activity in mice. *Physiology and Behavior*, 80, 57-67, 2003a.
- Bartolomucci A., Palanza P., Parmigiani S., Pederzani T., Merlot E., Neveu P.J., Dantzer R.: Chronic psychosocial stress down-regulates central cytokines mRNA. *Brain Research Bulletin*, 62, 173-178, 2003b.
- Bartolomucci A., Sacerdote P., Panerai A.E., Pederzani T., Palanza P., Parmigiani S.: Chronic psychosocial stress induced down-regulation of immunity depends upon individual factors. *Journal of Neuroimmunology*, 151, 58-64, 2003c.
- Bartolomucci A., Pederzani T., Sacerdote P., Panerai A.E., Parmigiani S., Palanza P.: Behavioral and physiological characterization of male mice under chronic psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 899-910, 2004.
- Bartolomucci A., Palanza P., Sacerdote P., Panerai A.E., Sgoifo A., Dantzer R., Parmigiani S.: Social factors and individual vulnerability to chronic stress exposure. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 29, 67-81, 2005.
- Blanchard D.C., McKittrick C.R., Hardy M.P., Blanchard R.J.: Effects of social stress on hormones, brain, and behavior. In: Pfaff D.W., Arnold A.P., Etgen A.M., Fahrbach S.E., Rubin R.T. (Eds.), *Hormones, Brain and Behaviour*, Vol. 1, pp. 735-772. San Diego, Academic Press, 2002.
- Buss D.: *Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind*. Allyn and Bacon, Boston, 1999.
- Darwin C.: *On the Origin of Species*. Murray, London, 1859.
- Darwin C.: *The Descent of Man and Selection in Relation to Sex*. Murray, London, 1871.
- Darwin C.: *Expression of the Emotions in Man and Animals*. Murray. London, 1872.
- Frank R.H.: *Choosing the Right Pond: Human Behaviour and the Quest for Status*. Oxford University Press, New York, 1985.
- Gilbert G.: Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine*, 35, 2005.
- Koolhaas J.M., de Boer S.F., de Ruiter A.J.H., Meerlo P., Sgoifo, A.: Social stress in rats and mice. *Acta Physiologica Scandinavica*, 161, 69-72, 1997.
- Nesse R.M., Williams G.: *Perché ci Ammaliamo*. Einaudi, Torino, 1994.
- Parmigiani S., Palanza P., Rodgers R.J., Ferrari P.F.: Selection, evolution of behavior and animal models in behavioral neuroscience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 23, 957-971, 1999.
- Price J.S.: Subordination, self-esteem and depression. In: Sloman L., Gilbert P. (Eds.), *Subordination and Defeat: An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy*, pp. 165-177. Lawrence Erlbaum Associates, New York, 2000.
- Sapolsky, R.M.: Neuroendocrinology of the stress-response. In: Becker J.B., Breedlove S.M., Crews D. (Eds.), *Behavioral Endocrinology*, pp. 287-324. The Mit Press, Cambridge, 1992.
- Sloman L., Gilbert P., Hasey G.: Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 107-121, 2003.

Giovanni Principato

GENETICA DELL'UMORE

Che cosa è l'umore? Anche se ciascuno di noi ha la percezione istintiva di sapere cosa sia l'umore, potrebbe tuttavia avere grandi difficoltà nel definirlo in modo chiaro utilizzando le parole. L'umore è una condizione particolare, generalmente stabile nel breve periodo ma variabile nel lungo periodo, che risulta da un gran numero di complesse interazioni cellulari e molecolari all'interno del nostro organismo. L'umore sicuramente è parte integrante dell'identità di una persona, la caratterizza nella sua complessità e variabilità, è il risultato dell'integrazione di un gran numero di elementi sia genetici che ambientali, è almeno in parte correlato con lo stato di salute dell'individuo e con il suo gusto/disgusto di vivere. È una condizione inevitabilmente soggetta a fluttuazioni, fisiologiche e non, come risultante macroscopica di microscopiche modificazioni molecolari guidate dalla reazione di adattamento a circostanze della vita o come frutto di particolari condizioni fisiche, come ad esempio il trovarsi nei giorni che precedono il flusso mestruale.

Per trovare qualche definizione di umore mi sono rivolto al grande informatore del terzo millennio, internet, ed ho scelto le seguenti:

- *disposizione affettiva di base ricca di tutte le istanze emozionali, istintive, che attribuisce ad ognuno dei nostri stati d'animo una tonalità gradevole/sgradevole, oscillante lungo l'asse del piacere o del dolore;*
- *unità di corpo e mente che funzionano come un tutto.*

Forse la seconda frase a prima vista non appare chiara come la prima definizione, ma è l'espressione di quel tipo di approccio olistico che sta diventando sempre più importante nella ricerca scientifica sui sistemi viventi. La necessità di tentare di riuscire a comprendere il funzionamento dell'essere vivente ha reso necessario la sua scomposizione in più parti, dando origine alle diverse discipline, ciascuna delle quali si è poi notevolmente evoluta e, come una sorta di religione, ha acquisito devoti seguaci che con essa vorrebbero tutto spiegare. Spesso le discipline, o meglio i loro devoti seguaci, più che dialogare, di fatto competono tra di loro; in ambiente scientifico siamo abituati da tempo alla separazione tra discipline, un po' meno al fatto che talvolta la tendenza alla frammentazione diventi ancora più grande, quando si realizza all'interno di aspetti particolari di una stessa disciplina. Questo tipo di approccio ha avuto un gran merito nelle scienze della vita, in quanto ha consentito di approfondire le conoscenze, di arrivare al livello molecolare e submolecolare. Il campo di indagine diventava sempre più stretto, ma lo studio diventava sempre più approfondito. Il limite di questo approccio si sta rivelando attualmente, ci si concentra su un "particolare" sviscerandolo in tutti i suoi aspetti, purtroppo però si arriva a perdere il controllo dell'insieme. È come se uno stuolo di architetti studiasse, ciascuno indipendentemente dagli altri, la progettazione di un "particolare" di un grande edificio senza però che nessuno abbia in mano l'intero progetto. Questa critica è stata fatta da Jencks alle brutture della architettura moderna, arrivando a parlare di architettura post-moderna caratterizzata da un approccio olistico. Infatti, più si affronta il "particolare" in sé stesso e non come parte di un qualcosa di più generale, più noi parcellizziamo e sezioniamo quello che ci circonda, tanto più entriamo nella approfondita conoscenza del dettaglio ma tanto meno conosciamo l'insieme. È come se io avessi in mano e studiassi la ventola di una automobile, potessi approfondire la mia conoscenza di questo oggetto, arrivando a conoscerne ogni particolare strutturale e funzionale, per giungere al punto di non sapere più quale specifica posizione e quale ruolo esso assuma nel funzionamento complessivo dell'automobile.

Il corpo è un'unità di tanti elementi, anche la mente è a sua volta un'unità; un essere umano è il risultato dell'integrazione di corpo e mente che funzionano come un tutto unico, ed uno squilibrio in una singola area può addirittura arrivare ad influenzare tutte le altre.

Già Ippocrate nel IV secolo a.C. ebbe una grande intuizione quando scrisse che *"il più grande errore dei nostri tempi è che i medici separino l'anima dal corpo"*. Anima e corpo, pneuma e soma, erano due aspetti che poco a poco sono stati considerati completamente diversi tra di loro e studiati separatamente. Sono stati tenuti separati anche nel nostro tipo di società quando la rivoluzione illuminista, nel corso del 1700, ha separato nettamente le cosiddette discipline scientifiche da quelle non scientifiche.

Ciò che sta avvenendo adesso è un ritorno ad un approccio che i filosofi definiscono di tipo olistico, mettere insieme i pezzi per un ritorno alla sintesi. Si inizia a capire sempre di più che lo studio del particolare fornisce indicazioni solo su di esso, facendo perdere il controllo dell'insieme; nel mondo scientifico si sta sempre più evidenziando l'idea che è necessario avere una visione il più possibile globale. Fino a qualche tempo fa vigeva la concezione che tutto ciò che non era biologico in senso stretto fosse qualcosa che si doveva necessariamente trovare in una sfera diversa, una sorta di altro mondo, con il quale non era possibile un dialogo per mancanza di un linguaggio comune. Per il biologo, il comportamento, il modo di ragionare, lo stesso umore appariva come qualcosa di indefinibile; in realtà la stessa parola umore vuol dire ibrido, una qualcosa di difficilmente contenibile, forse anche definibile. Ciò che emerge sempre di più in studi, in cui le varie discipline si avvicinano le une alle altre, è la generazione di una serie di figure di ricercatori sempre più *"borderline"*. Dove le discipline iniziano a sovrapporsi, a cercare un linguaggio comune e ad incontrarsi, troviamo le zone *"calde"* della scienza.

Il progresso e l'avanzamento non è più tanto all'interno di una singola disciplina ma, soprattutto, nelle zone di confine con altre discipline, cioè laddove c'è qualcosa da esplorare o da vedere con occhi differenti. È sempre più evidente che quello che noi pensiamo sia il risultato di un qualcosa di biologico di base, trasmissibile ed ereditabile, che rientra nella concezione di scienza più vecchia e tradizionale. Ci sono molte evidenze che indicano che esiste un substrato biologico anche della conoscenza. La genetica studia come i caratteri sono trasmessi da una generazione all'altra; il genoma è qualcosa che si trova all'interno di ogni nostra cellula e condiziona l'espressione ed il funzionamento dell'insieme delle informazioni che, modulate dall'ambiente, ci rendono quello che noi siamo. Negli ultimi anni dello scorso secolo, sullo studio del genoma si era concentrato un enorme interesse da parte della collettività; il progetto genoma è stato una grande speranza non completamente soddisfatta dalla realtà. Nel genoma ci sono le informazioni ereditarie, i geni necessari per costruire un determinato essere umano. Quello che è emerso è che, una volta arrivati a conoscere le informazioni ereditarie, i geni, in realtà non si è raggiunta quella sperata ed ipotizzata conoscenza piena dell'essere umano. Non siamo letteralmente i nostri geni, appare sempre più evidente che siamo qualcosa che è superiore ai geni, il risultato di un complesso ed articolato modello di organizzazione molecolare.

I cromosomi sono i depositari di queste informazioni: 23 coppie di cromosomi contengono i geni di un individuo, i quali sono sequenze di DNA, porzioni di una macromolecola e, quindi, elementi molecolari ben definiti. Il nostro genoma contiene tanti geni che occupano poco più dell'1 % del nostro DNA; ciò vuol dire che ben oltre il 90% del DNA nelle nostre cellule non contiene geni e quindi sarebbe inutile, il cosiddetto *"DNA spazzatura"* secondo una vecchia definizione.

In questi ultimi anni, i risultati della ricerca scientifica sono a favore del fatto che almeno una gran parte di questo DNA spazzatura sia probabilmente importante perché regola la funzione di geni. Abbiamo un numero limitato di geni, di informazioni, ma siamo individui complessi.

La nostra complessità è il modo in cui i geni si organizzano tra loro, cioè è l'organizzazione, che crea la struttura che crea la funzione. Ciò che ci compone è diverso da quello che noi siamo; noi non siamo l'intera somma delle parti ma qualcosa di più, il risultato di un processo articolato e complesso di organizzazione.

Nel nostro genoma, nel nostro DNA, sia nella parte che codifica che in quella non codificante, sono possibili modificazioni, evoluzioni, cambiamenti. La mutazione è un cambiamento del materiale genetico, che si è considerato importante per un grande lasso di tempo solo quando riguardava quella parte del DNA cromosomico che conteneva geni.

Questo rendeva inspiegabile una serie di fenomeni. Se io trovo che il gene che considero legato ad una certa patologia è sano, non capisco perché ci sia la malattia; non mi resta che ipotizzare di aver sbagliato gene. In realtà è probabile che l'indagine non si debba restringere solo al DNA che contiene geni, è sempre più evidente che anche tutto il resto del DNA serve a qualcosa, a regolare il funzionamento dei geni. Quando parliamo di DNA pensiamo che esista solo il codice genetico; in realtà probabilmente nella complessa sequenza di questa macromolecola sono contenuti altri codici che svolgono importanti funzioni nella regolazione dei geni. La differenza tra noi e un altro mammifero non è tanto nel numero di geni quanto nella più complessa modalità di regolazione.

La conoscenza dei geni è importante ma non sufficiente a capire chi siamo.

Siamo fatti di cellule che dialogano tra loro; in questo dialogo si verifica una serie di eventi che possono essere di natura elettrica o chimica. Per molto tempo si è data una importanza al meccanismo di comunicazione elettrico, cioè al cervello.

La comunicazione elettrica trasferisce una scarsa quantità di comunicazione, è poco versatile ed ha bisogno di un contatto diretto; però ha una velocità di trasmissione altissima.

La comunicazione di natura chimica invece è legata a messaggeri di vario tipo che possono trasferire tanta informazione, è molto selettiva, senza connessioni strutturali; la velocità di conduzione è però più lenta, perché è legata alla diffusione di tante piccole molecole in un ambiente di dimensioni enormi rispetto ad esse.

Altro aspetto importante è il *funzionamento del sistema* che è legato alla genetica e che condiziona la costruzione dei singoli elementi. Le costanti di affinità che regolano le interazioni tra le molecole possono essere soggette a variazioni quando ci siano modificazioni della struttura o nelle interazioni tra le proteine. Ad esempio, nel normale funzionamento del sistema endocrino sono coinvolti recettori che legano gli ormoni con elevatissima affinità. Le costanti di affinità sono generalmente dell'ordine di 10^{-8} M, un numero estremamente piccolo che indica una altissima affinità necessaria a garantire l'interazione. Le molecole ormonali sono prodotte da un numero limitato di cellule, sono esse stesse in numero grande ma limitato in quanto disperse in uno spazio enorme. Quando ormone e recettore si incontrano, si devono assolutamente legare, ecco il perché della elevatissima affinità ormone/recettore. Un neurotrasmettitore, invece, lega il recettore con un'affinità molto più bassa. Anche se il numero di molecole di neurotrasmettitore è piccolo, nel ristretto spazio della sinapsi raggiunge una concentrazione elevata, interagendo efficacemente con un recettore a più bassa affinità. D'altra parte, se il recettore avesse una affinità elevatissima, il risultato potrebbe addirittura essere disastroso: la specificità della trasmissione sinaptica verrebbe meno, in quanto le sinapsi vicine risponderebbero a piccolissime quantità di neurotrasmettitore che possono casualmente arrivare per diffusione libera. Nel nostro cervello ci sono inevitabilmente piccole quantità di neurotrasmettitori che diffondono via dalle sinapsi in funzione, risultano però inefficaci nell'attivazione di altre sinapsi perché la loro bassa concentrazione non consente l'interazione efficace con i recettori a bassa affinità. Se la mutazione di un singolo amminoacido, tra le centinaia di amminoacidi di un recettore, ne modificasse l'affinità verso l'ormone, i risultati potrebbero essere di elevata gravità per l'organismo intero.

I recettori sono proteine e le loro costanti di affinità sono legate all'informazione contenuta nei geni e nelle strutture altamente organizzate che ne regolano l'espressione. Si tratta di un qualcosa di estremamente delicato, qualsiasi modificazione al sistema produrrebbe caos; ci si allontanerebbe cioè da una condizione di normalità andando verso una condizione di patologia. Se un recettore non funzionasse bene, ad es. variesse la sua costante di affinità, non ci sarebbe più una risposta adeguata allo stimolo, macroscopicamente qualcosa, ad esempio il comportamento di un individuo, potrebbe cambiare in maniera radicale.

Nell'essere vivente ogni molecola è organizzata per funzionare in maniera adeguata. Se nell'ambito di una via di trasmissione sinaptica, i recettori, anziché avere una bassa affinità, ne avessero una più elevata, se ci fosse una mutazione o una interazione con altre proteine che alterasse anche di poco l'affinità di un recettore, avremmo una condizione disastrosa.

Un altro elemento fondamentale riguarda il DNA spazzatura. Modificazioni che non riguardano direttamente i geni sono state per lungo tempo considerate di quasi nessuna importanza per il funzionamento dell'organismo. Attualmente sta emergendo che questo probabilmente non è assolutamente vero. Non è solo la sequenza del DNA ad essere importante, è importante anche la disposizione tridimensionale del DNA all'interno del nucleo. Per lungo tempo si era ritenuto che la disposizione della cromatina nel nucleo cellulare fosse casuale, una massa caotica di DNA associata a proteine istoniche che si trovava in una condizione di sostanziale disordine. Questo disordine sembra invece non esserci per niente, mentre la distribuzione della cromatina e dei cromosomi dentro il nucleo sembra rispecchiare schemi strutturali altamente ordinati. Esiste una sorta di architettura nucleare, di organizzazione del materiale genetico, indipendentemente dal fatto che si tratti di regioni che contengano geni.

L'organizzazione della cromatina nucleare assume allora una importanza fondamentale perché diventa un elemento di controllo al di sopra dei geni, cioè un elemento che connette i geni con l'ambiente. Esiste una stretta collaborazione tra sistema nervoso, immunitario ed endocrino: l'individuo è il risultato di una complessa regolazione, di una interrelazione dimostrabile scientificamente a vari livelli. Questa interrelazione è stata evidenziata attraverso esperimenti effettuati sia a livello umano che animale. Ad esempio, se la squadra di calcio di un tifoso vincerà, costui avrà una reazione di esultanza, felicità, ma non solo questo: ci sarà anche una alterazione del suo sistema endocrino, per cui il suo testosterone andrà alle stelle; il suo sistema immunitario si comporterà nello stesso modo, potenziandosi in colui che vince, deprimendosi nel perdente. Per fare un altro esempio, un individuo in carcere tenderà ad essere depresso anche nelle sue funzioni immunitarie. Analogamente, esperimenti con ratti effettuati in un ambiente naturale ricostruito hanno dimostrato che se viene generata una situazione in cui c'è un maschio dominante che viene sconfitto da un altro maschio, il perdente sarà depresso da un punto di vista sia ormonale che immunitario. Ci sono molte interrelazioni tra i sistemi che sono alla base del nostro meccanismo di funzionamento, in ultima analisi di quello che noi siamo. Questi sistemi funzionano su base genetica, ci sono geni responsabili direttamente ed indirettamente del loro funzionamento. Tali geni sono sempre più collegati e collegabili con le funzioni cerebrali e comportamentali dell'intero organismo. In questo tipo di settore si stanno sviluppando nuove linee di ricerca, che cercano di connettere sempre di più discipline della mente e molecolari. I primi lavori che sono presenti nella letteratura scientifica anticipano ulteriori risultati sempre più interessanti e promettenti.

Mara Fabri, Gabriele Polonara, Bernardo Nardi, Ilaria Capecci, Gianfranco Rocchetti,
Marco Brandoni, David Rocchetti, Giulia Mascioli, Gianluca Cavola, Ugo Salvolini,
Tullio Manzoni

FISIOLOGIA E NEUROIMAGING: ATTIVAZIONI EMOTIVE IN SOGGETTI INWARD E OUTWARD STUDIATE MEDIANTE fMRI³

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, studi sempre più numerosi in ambito neuropsicologico e psicopatologico hanno spostato l'attenzione dai processi cognitivi a quelli emozionali, ricercando i rapporti tra le attivazioni soggettive di natura emozionale ed i sistemi operativo-funzionali (nell'ottica di Luria, 1980) del sistema nervoso centrale ad esse correlati.

Nei presupposti epistemologici, in accordo con Damasio (2000), si può osservare che sotto il profilo neurobiologico generale, si pone il problema di focalizzare come il cervello crei configurazioni neurali per trasformarle, nei suoi circuiti, in configurazioni mentali (*"immagini"*, *"movie-in-the-brain"*) che costituiscono il livello superiore del fenomeno biologico e come, da esse, generi un senso di sé nell'atto del conoscere. Ne deriva la necessità di indagare come la coscienza individuale emerga attraverso segnali corporei non verbali, i quali attraverso processi mnescici emozionali costituiscono una *"storia senza parole"* che si svolge entro i confini del corpo. Lo studio di questi processi può fare luce sulle modalità attraverso le quali il sé comincia a configurarsi come sentimento prodotto dalle emozioni: in altri termini, l'attenzione può essere rivolta a come le attivazioni emozionali entrano a far parte di schemi cognitivi complessi, che danno ad esse specifici contenuti, i quali fanno da base alla costruzione di uno specifico significato personale, generando un senso di continuità storica e, quindi, di unicità della propria identità (Guidano, 1987, 1991; Nardi, 2001, 2007).

Sotto il profilo metodologico, l'introduzione delle moderne apparecchiature di imaging funzionale (fMRI, PET, etc.) hanno consentito di porre le basi per uno studio scientifico in vivo su cosa accada quando si sperimenta un'emozione e su quali siano le modalità attraverso le quali, nel corso del ciclo di vita, le diverse emozioni vengono gestite, sia in condizioni fisiologiche che psicopatologiche (ad es., in corso di disturbi d'ansia, depressivi, etc.) (LeDoux, 1998, 2002).

In tale recente settore della ricerca neuroscientifica, due elementi stanno assumendo una notevole rilevanza, sia sotto il profilo euristico, sia per le possibili ricadute cliniche nello studio dei disturbi mentali: l'individuazione di sistemi neuronali *"specchio"* e la possibilità di distinguere sotto il profilo neurobiologico le differenze tra il pensiero in prima persona e quello in terza persona.

A proposito dei *sistemi neuronali "specchio"* (*"mirror neurons"*, *"mirror systems"*; Miller, 2005), individuati nel cervello dei primati e in particolare in quello umano, è stato osservato che essi si attivano sia quando un individuo fa o prova qualcosa direttamente, sia quando osserva un suo simile che fa o prova quella stessa cosa. I sistemi specchio sono stati descritti dal gruppo di Rizzolatti (2002) a livello motorio nei primati (nell'area F5, omologa a quella verbale di Broca negli umani) e successivamente sono stati individuati anche nelle aree somatosensoriali e insulari anteriori coinvolte, rispettivamente, nelle senso-percezioni e nel disgusto (Keysers et al., 2003), nella corteccia frontale per quanto riguarda le espressioni facciali e la motivazione (Iacoboni et al., 2005), nell'amigdala, nell'insula, nel giro fusiforme e nella corteccia orbitofrontale e temporale per l'empatia (Singer et al., 2004; Iacoboni et al., 2005). La presenza dei *"sistemi specchio"* dimostra

³ La ricerca si è avvalsa della collaborazione dei tecnici neuroradiologi Gianrico Conti, Jeffrey Dubbini e Felicità Ramella.

che, per comprendere il comportamento degli altri, il cervello deve tradurre le azioni, le sensopercezioni e le emozioni osservate nel proprio linguaggio neurale.

In relazione al secondo elemento, il *percepire come appartenenti al sé* le proprie emozioni, i propri pensieri, le proprie azioni e le proprie intenzioni è la conseguenza di una serie di elaborazioni mentali. Come è stato messo in evidenza mediante fMRI (Vogeley et al., 2000; Vogeley e Newen, 2003), quando un soggetto pensa in prima persona attiva sistemi localizzati nella corteccia prefrontale e parietale mediale e in quella temporo-parietale dx. Quando il soggetto pensa in terza persona, mettendosi nella prospettiva dell'altro, attiva non solo la corteccia prefrontale mediale, ma anche quella temporo-mediale sin. Questi dati indicano che in entrambi i casi vengono attivati sistemi neuronali operativo-funzionali che sono condivisi per entrambi i compiti e che appaiono localizzati a livello della corteccia prefrontale mediale; quest'ultima sembra quindi fornire un "nodo" funzionale al passaggio da una messa a fuoco interna ad una esterna, che richiede anche l'attivazione delle aree "spaziali" dell'emisfero dx.

L'insieme delle ricerche citate non chiarisce univocamente fino a che punto sia possibile leggere il pensiero dell'altro o coglierne le emozioni, ma fornisce l'evidenza sperimentale che costruire una teoria dell'altro implica una metacognizione che attiva sistemi operativo-funzionali dislocati in varie aree associative, connessi con altri sistemi (in particolare, prefrontali) che sono fondamentali nella costruzione dell'esperienza consapevole di sé. Anzi, proprio le differenze riscontrate nello stesso soggetto, quando passa dall'assumere la propria posizione in una storia ("*prospettiva dell'io*") al porsi nella prospettiva di un altro personaggio di quella stessa storia ("*prospettiva di una terza persona*") hanno portato Vogeley e Newen (2003) a concludere che non è possibile pensare il pensiero di un altro, se non in termini relativi e filtrati dal proprio punto di vista.

Inoltre, facendo riferimento alle modalità fondamentali mediante le quali si definisce e si mantiene l'organizzazione della personalità individuale, in modo da mantenere stabile il senso di unicità e di continuità storica che consentono l'espressione dell'identità (Guidano, 1987, 1991), appare fondamentale distinguere come un individuo si pone rispetto all'esperienza, a partire dalla relazione primaria di attaccamento (Nardi, 2001, 2007).

In alcuni soggetti, le emozioni compaiono più precocemente, sono prevalentemente espresse da quelle cosiddette primarie, per essere attivate non richiedono grandi schemi cognitivi, si associano ad una costruzione della reciprocità centrata sulla messa a fuoco dall'interno o "*inward*" (le attivazioni percepite vengono utilizzate per decodificare la situazione ambientale in cui ci si trova) e sulla prevalente attenzione alla distanza fisica dalle figure di riferimento.

In altri soggetti, pur lungo un continuum con possibili situazioni più sfumate e intermedie, le tonalità emotive riconoscibili sono più complesse e compaiono più tardivamente, la loro attivazione richiede una preventiva valutazione cognitiva del proprio comportamento, si associano ad una costruzione della reciprocità centrata sulla messa a fuoco dall'esterno o "*outward*" (i segnali dell'ambiente vengono utilizzati per decodificare le attivazioni interne percepite) e sulla prevalente attenzione ai segnali semantici scambiati con le figure significative.

SCOPO DELLA RICERCA

Alla luce delle considerazioni sopra riportate abbiamo voluto indagare, in volontari sani, le attivazioni di strutture del SNC prodotte da stimoli emozionali esterni standardizzati, studiate mediante la risonanza magnetica funzionale (fMRI), sia quando il soggetto percepisce espressioni emotive relative ad un volto estraneo (terza persona), sia quando percepisce le medesime attivazioni nell'immagine del proprio volto (prima persona).

Si è quindi inteso indagare se i risultati ottenuti fossero sovrapponibili o meno a seconda delle modalità di messa a fuoco dall'interno ("*inward*") o dall'esterno ("*outward*"), riconducibili al funzionamento di base della personalità individuale.

SOGGETTI E METODI

Questo studio preliminare è stato condotto su un gruppo di 6 soggetti normali volontari (3 femmine e 3 maschi, 28-46 anni), ai quali è stato richiesto il consenso informato a partecipare allo studio secondo un protocollo sperimentale approvato dal Comitato Etico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. I soggetti sono stati selezionati, all'interno di un gruppo totale più ampio (N = 25), in base al sesso (uguale peso dei campioni femminile e maschile), alla dominanza manuale (i soggetti erano tutti destrimani al test di Oldfield, 1971), al livello di cultura generale (istruzione universitaria), all'assenza di patologie neuropsichiche attuali e pregresse, all'età (esclusione di soggetti di età inferiore a 18 e superiore a 60).

Le modalità di messa a fuoco dall'interno ("inward") o dall'esterno ("outward"), riconducibili al funzionamento di base della personalità individuale, sono state accertate, in cieco rispetto alle prove effettuate con fMRI, mediante: a) questionario costruito ad hoc utilizzando il Questionario per la valutazione dell'organizzazione di Significato Personale (QSP) (Picardi, 2003), integrato da items del Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI2); valutazione clinica condotta da uno psicoterapeuta esperto, didatta in Psicoterapia Cognitiva. Il protocollo prevedeva l'esclusione dallo studio di quei soggetti per i quali fosse stata eventualmente riscontrata una non concordanza tra valutazione testistica e clinica delle modalità di messa a fuoco inward od outward, connesse con l'organizzazione della personalità.

ACQUISIZIONE DELLE IMMAGINI FUNZIONALI

Lo studio è stato effettuato utilizzando l'apparecchiatura di risonanza magnetica General Electric Signa LX NV/i and CV/i da 1.5 Tesla, fornita di gradienti 50 mT/m. Ai soggetti è stato chiesto di trovare una posizione comoda, di evitare ogni minimo movimento e di mantenere lo sguardo fisso al centro del campo visivo, indicato da una piccola croce. L'acquisizione delle immagini è avvenuta in 5 passaggi. Nel primo è stato acquisito un localizzatore sagittale per scegliere i livelli delle immagini. Poi è stato selezionato un pacchetto di 10 immagini assiali oblique contigue, dello spessore 5 mm, parallele al piano passante per la linea bicommissurale e perpendicolare al piano sagittale mediano, posizionate in modo tale da includere l'amigdala. Il secondo passaggio ha previsto l'acquisizione di una sequenza 3D. Il terzo passaggio è consistito nell'acquisizione di immagini anatomiche assiali ad alta risoluzione, su cui sovrapporre le immagini funzionali. Nel quarto passaggio sono state acquisite le immagini funzionali negli stessi piani assiali, utilizzando una sequenza gradient-echo EPI T2*-pesata. Durante il ciclo di stimolazione sono state così ottenute 1000 immagini funzionali assiali (100/sezione, 1 immagine/3 s), acquisite dai 10 livelli assiali selezionati nel secondo passaggio. Le immagini funzionali sono state ricavate con il metodo del contrasto dipendente dal livello di ossigenazione del sangue (Blood Oxygenation Level-Dependent; BOLD). Infine, durante l'ultimo passaggio, sono state acquisite le immagini per il tensore di diffusione (DTI) per studiare, tramite la trattografia del tensore di diffusione (DTT), le connessioni fra le regioni attivate in cui veniva messo in evidenza l'effetto BOLD.

STIMOLAZIONE

Gli stimoli visivi sono stati presentati tramite occhiali appositi, compatibili con l'ambiente della MRI, collegati ad un computer. Gli stimoli utilizzati erano facce umane che esprimevano alternativamente un'emozione chiaramente positiva (*gioia*), una chiaramente negativa (*rabbia*) ed una *neutra*. Lo stimolo è stato presentato al centro del campo visivo secondo un paradigma a blocchi, ed i movimenti oculari venivano monitorati da una telecamera incorporata negli occhiali. Ad ogni soggetto è stata presentata una sequenza in cui si alternavano, nell'ordine, una faccia con espressione di rabbia, una con espressione neutra ed una con espressione di gioia, intervallate da periodi di non stimolazione (schermo grigio); ogni emozione è stata presentata 4 volte, espressa, in

ordine casuale, due volte da un viso di donna e due volte da un viso di uomo, entrambi sconosciuti al soggetto (facce standard; esperienza in terza persona). La seconda sequenza è consistita in fotografie del soggetto stesso, con le espressioni di rabbia, neutra e di gioia, presentate nello stesso ordine (facce proprie; esperienza in prima persona). Ciascuna sequenza ha avuto la durata di 5 minuti, ed era così composta: 12 secondi di riposo, 12 sec espressione di rabbia, 12 sec riposo, 12 sec espressione neutra, 12 sec riposo, 12 sec espressione di gioia, eccetera, per 4 volte. Durante i 12 sec di presentazione del volto, l'immagine veniva lampeggiata sullo schermo una volta al secondo e rimaneva visibile per 500 msec.

ELABORAZIONE DEI DATI

Le immagini acquisite sono state analizzate con i software Functool, BrainVoyager QX e SPM2, in grado di elaborarle mediante una serie di passaggi di riallineamento, coregistrazione, normalizzazione e analisi statistica. Tali programmi possono fornire una mappa delle aree di attivazione cerebrale, correlata alla presentazione dello stimolo, facendo riferimento al sistema delle Coordinate di Talairach. È stato così possibile localizzare le aree di attivazione in base a tre valori numerici (x, y, z) e valutare le dimensioni del volume cerebrale attivato, espresso dal numero di voxel (volumi cerebrali unitari 1 mm³).

RISULTATI

Mediante la testistica psicodiagnostica ed il colloquio clinico, tre soggetti hanno presentato una organizzazione di personalità con messa a fuoco *inward*, tre con messa a fuoco *outward*, con una concordanza, in tutti i casi, tra valutazione clinica e profilo ricavato dal Questionario somministrato. Per assicurarsi che lo stimolo visivo fosse stato percepito, è stata controllata l'attivazione dell'area visiva primaria nel lobo occipitale. In presenza di attivazione in questa regione, sono state studiate le strutture cerebrali più direttamente correlate con l'elaborazione degli stimoli emotivi. In questa prima fase l'attenzione è stata rivolta allo studio dell'amigdala, che ha un ruolo importante nell'elaborazione di stimoli con un contenuto emotivo di significato sociale (Bertolino et al., 2005). L'espressione di rabbia su un volto sconosciuto ha attivato l'amigdala di destra in 4 soggetti (Fig. 1A,B), quella di sinistra in 3. L'espressione neutra non ha avuto particolare significato emotivo in terza persona, e non ha prodotto attivazione dell'amigdala di sinistra, mentre a destra l'attivazione è stata presente in 3 casi. L'espressione di gioia in terza persona ha attivato bilateralmente l'amigdala in tutti i soggetti. Nell'esperienza in prima persona l'attivazione dell'amigdala è stata presente a destra in 4 casi (Fig. 1C,D) e a sinistra in 3 per l'espressione di rabbia, a destra in 3 soggetti e a sinistra in 2 per l'espressione neutra, mentre l'espressione di gioia ha attivato l'amigdala di destra in 2 soggetti e quella di sinistra in 3. I volumi di attivazione non sono risultati diversi da quelli determinati dalla presentazione di facce standard, anche se, a causa del basso numero di casi, non è stata al momento effettuata alcuna analisi statistica. Per quello che riguarda lo stile di personalità, la differenza più evidente è consistita nel maggior numero di voxels attivati nell'amigdala di destra dei soggetti *inward* (Fig. 1A) rispetto agli *outward* (Fig. 1B); tale differenza è risultata evidente solo nell'esperienza in terza persona.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati preliminari ottenuti nel presente studio confermano precedenti dati ottenuti da altri gruppi di ricerca, cioè che l'amigdala, in specie quella di destra, è coinvolta nell'elaborazione di stimoli con un significato emozionale, in particolare se con significato sociale (Bertolino et al., 2005). Inoltre è stata confermata l'osservazione di una maggiore attivazione dell'amigdala di destra nei soggetti *inward* in risposta a volti con espressione di rabbia; questo dato dimostra come in questi individui, che operano una messa a fuoco dell'esperienza dall'interno, sono focalizzabili

precocemente quelle attivazioni soggettive che vengono indicate come emozioni di base, le quali comprendono, tra le altre, proprio la rabbia.

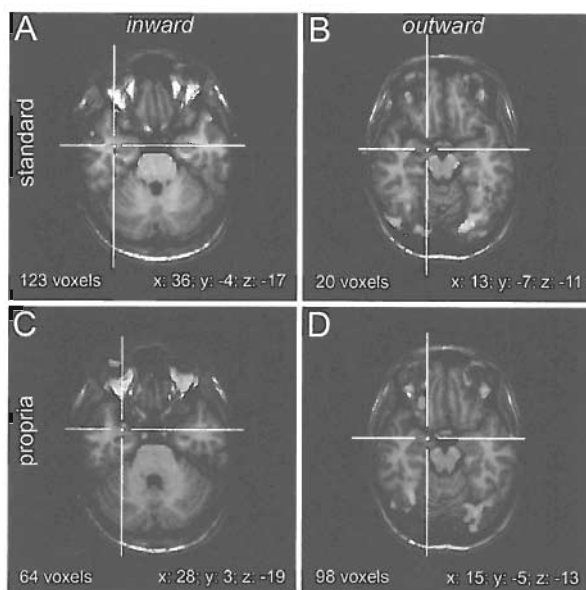


Fig 1. Attivazione nell'amigdala di destra, evidenziata dall'intersezione degli assi, evocata dalla presentazione di facce con espressione di rabbia. A, attivazione osservata in un soggetto con stile di personalità inward alla presentazione di facce standard (esperienza in terza persona); B, attivazione evocata dallo stesso stimolo in un soggetto outward. C, attivazione evocata nel soggetto inward, lo stesso mostrato in A, dalla presentazione di facce proprie (esperienza in prima persona); D, attivazione evocata dallo stesso stimolo nel soggetto outward mostrato in B. Secondo la convenzione radiologica, l'emisfero sinistro è raffigurato a destra.

Si può notare infine che l'espressione neutra ha evocato l'attivazione dell'amigdala in un numero di casi maggiore quando era presentata sul volto proprio rispetto ad un volto sconosciuto; significativamente, questa attivazione è stata osservata solo nei soggetti con messa a fuoco inward, che sono più centrati sui propri stati interni, a partire dai quali poi operano una valutazione della positività o negatività della situazione esterna. Tale risultato può quindi essere spiegato con il fatto che la visione del proprio viso produce comunque una risposta emotiva quando l'esterno viene letto attraverso l'interno.

Infine, vista la relativa esiguità del campione, si attendono ulteriori riscontri dalla prosecuzione dello studio, per cui non è al momento possibile trarre ulteriori conclusioni su eventuali differenze di attivazione dell'amigdala in risposta a volti sconosciuti o propri, esprimenti varie emozioni.

BIBLIOGRAFIA

- Avikainen S., Forss N., Hari R.: Modulated activation of the human SI and SII cortices during observation of hand actions. *Neuroimage*, 15, 640-646, 2002.
- Bertolino A., Arciero G., Rubino V., Latorre V., DeCandia M., Mazzola V., Blasi G., Cario G., Hariri A., Kolachana B., Nardini M., Weinberger D.R., Scarabino T.: Variation of the human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5'HTTLPR genotype and personality style. *Biol. Psychiatry*, 57, 1517-1525, 2005.

Damasio A.R.: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 2000.

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. [Ed. It.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987].

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991. [Ed. It.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992].

Iacoboni M., Molnar-Szakacs I., Gallese V., Buccino G., Mazziotta J.C., Rizzolatti G.: Grasping the intentions of others with one's own mirror neuron system. *PLoS Biol.*, 3, E79, 2005.

Keysers C., Kohler E., Umiltà M.A., Nanetti L., Fogassi L., Gallese V.: Audiovisual mirror neurons and action recognition. *Exp. Brain Res.*, 153(4), 628-636, 2003.

LeDoux J.: *Il Cervello Emotivo*. Baldini Castoldi Dalai, Milano, 1998.

LeDoux J.: *Il Sé Sinaptico*. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Luria A.R.: *Higher Cortical Functions in Man*. Basic Books, New York, 1980.

Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001, 2003.

Nardi B.: *Costruirsi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.

Oldfield R.C.: The assessment and analysis of handedness: the Edinburgh inventory. *Neuropsychologia*, 9, 7-113, 1971.

Picardi A.: First steps in the assessment of cognitive-emotional organisation within the framework of Guidano's model of the self. *Psychoter. Psychosom.*, 72, 363-365, 2003.

Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V.: Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nat. Rev. Neurosci.*, 2, 661-670, 2001.

Singer T., Kiehl S.J., Winston J.S., Dolan R.J., Frith C.D.: Brain responses to the acquired moral status of faces. *Neuron*, 41, 653-662, 2004.

Vogeley K., Schneider-Axmann T., Pfeiffer U., Tepest R., Bayer T.A., Bogerts B., Honer W.G., Falkai P.: Disturbed gyrification of the prefrontal region in male schizophrenic patients: A morphometric postmortem study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 34-39, 2000.

Vogeley K., Newen A.: Io penso ciò che tu non pensi. *Mente e Cervello*, 6, 72-79, 2003.

LA COMPLESSITÀ DELLE FORME NATURALI

Il matematico polacco Benoit Mandelbrot, studiando la geometria delle forme che si trovavano in Natura si accorse dell'autosomiglianza di molte figure ovvero che certi schemi si ripetevano su ordini di grandezza decrescenti. Se si prende un cavolfiore e si stacca via via un piccolo pezzo da quello staccato in precedenza si nota che ogni frammento ha la forma della pianta intera. Le rocce di una montagna sono a loro volta simili a piccole montagne, le ramificazioni di un fulmine sono simili all'intero fulmine, ingrandendo i bordi di una nuvola si vedono ancora gli stessi profili, le continue diramazioni dei vasi sanguigni ripetono lo stesso schema, le venature di una foglia si diramano in altre venature sempre più sottili, la spirale del guscio delle lumache o certi semi delle piante infestanti i giardini presentano forme autosomiglianti. Mandelbrot creò la geometria frattale per descrivere le forme naturali. Le forme frattali, spesso senza rendercene conto, appartengono alla nostra esperienza ma notiamo veramente la loro complessità quando tentiamo di riprodurle fisicamente. Se volessimo ricostruirle matematicamente utilizzando le semplici equazioni della geometria analitica dovremmo scrivere migliaia di migliaia di equazioni. Se utilizziamo la matematica complessa ci si stupisce di quanto sia semplice generare una forma frattale, infatti basta iterare un'operazione partendo da determinate condizioni iniziali e mappare ogni volta il nuovo valore nel piano complesso.

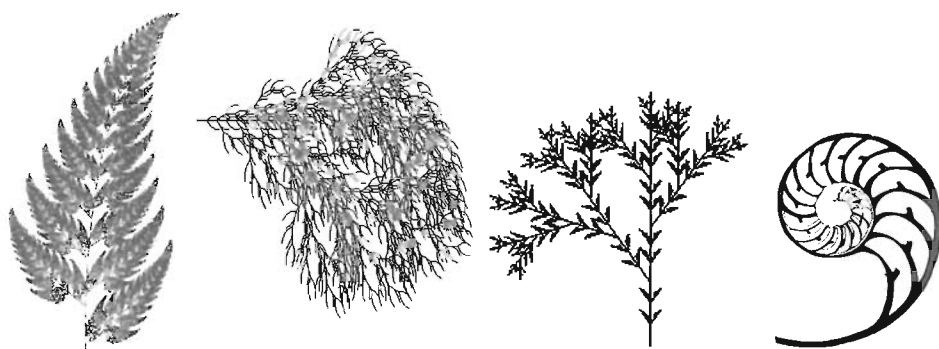


Fig. 1. Forme frattali che somigliano a forme naturali

Semplicemente variando le condizioni iniziali e le costanti complesse dell'equazione generatrice delle forme si ottengono una gran varietà di figure diverse. Quello che stupisce è che molte figure così ottenute sono simili alle forme naturali perché rappresentano germogli, viticci, spirali dentro spirali, cavallucci marini, vortici e forme organiche che germogliano ed esplodono in frammenti. Inoltre esse sono ottenute con un'operazione non lineare su una formula composta di pochi termini ovvero nella matematica della complessità equazioni semplici possono generare strutture molto complicate. Tali evidenze possono far assomigliare la Natura a un computer che segue delle leggi simili ad algoritmi. Ma la fisica ha già dimostrato che le leggi della Natura sono matematiche, ora la matematica sta suggerendo che la Natura si manifesta eseguendo gli algoritmi più semplici cioè quelli ricorsivi. Anche la genetica ha dimostrato che la Natura adotta i programmi più semplici, infatti, nel genoma di un millepiedi non ci sono mille insiemi di geni in cui ogni insieme serve a costruire una zampa, ma esiste un solo set di istruzioni per costruire la zampa, utilizzato migliaia di

volte nei diversi segmenti del corpo. Allo stesso modo gli animali non hanno tanti set di geni quanti sono i loro occhi ma un solo set espresso in posizioni diverse. La formazione del cervello non è diretta da migliaia di geni ma da pochi geni utilizzati in modo reiterato così come la struttura delle impronte digitali con la sua alternanza di creste e valli. La Natura sembra agire come un programmatore che scrive la lista di istruzioni da far eseguire al calcolatore ottimizzando il codice cioè racchiudendo in procedure e funzioni i gruppi di istruzioni che vanno richiamati più volte.

L'INTERPRETAZIONE DELLA TEORIA DELL'INFORMAZIONE

Fin qui si è detto che la Natura sembra utilizzare poche regole genetiche reiterate in forte analogia con la matematica frattale. Da un punto di vista della teoria dell'informazione la matematica frattale è un tipo di codifica, ovvero un modo per specificare l'informazione che ricrea la forma. Potremmo chiederci quali vantaggi e svantaggi offre la codifica frattale e trasportare le considerazioni al caso biologico. Pensiamo di dover dettare al telefono le informazioni per far sì che il nostro interlocutore riesca a disegnare esattamente la foglia della pianta di vite senza averla mai vista. Questo esercizio sembra inutile, ma è quello che la Natura esegue in ogni istante durante la generazione delle forme animali e vegetali incluse le strutture a noi non visibili come il cervello, composto da una miriade di elementi interconnessi. Nel nostro caso, dopo aver misurato la posizione di tutti gli spigoli della foglia dovremmo trascorrere ore al telefono a descrivere la forma nei minimi dettagli dettando tutte le coordinate. In modo molto più rapido, potremmo dettare l'equazione frattale e le condizioni iniziali che generano la forma della foglia. Il secondo metodo sembra indubbiamente più vantaggioso per via del ridotto numero di istruzioni da trasmettere e quindi si dice che con esso si realizza una compressione dei dati da trasmettere ovvero una codifica di sorgente. Noi eseguiamo una codifica di sorgente ogni volta che comprimiamo un file per ridurne le dimensioni e ogni volta che parliamo al cellulare, poiché esso tramite un dispositivo detto 'vocoder' riduce i dati da inviare alla stazione radio base assicurando ancora l'intelligibilità della nostra voce. La compressione riveste un interesse pratico perché fa risparmiare spazio nel caso della memorizzazione e tempo nel caso della trasmissione. Miglioramenti alle tecniche di compressione riuscirebbero a far entrare un maggior numero di canzoni in un CD, più film in un DVD e a trasferire più velocemente i dati su internet. La matematica dei frattali è molto interessante perché riassume figure complesse in una notazione molto compatta cioè in una formula e nelle condizioni iniziali, perciò essa rappresenta la frontiera estrema della compressione.

Anche il genoma umano è un supporto fisico che deve memorizzare le informazioni per generare la vita e trasmetterle durante i processi di duplicazione e trascrizione. In esso ci sono le istruzioni per specificare le strutture, le forme, costruire diversi tipi di cellule, assicurare le funzioni biochimiche, la risposta immunitaria, il metabolismo e la biosintesi, la propria replicazione e autocorrezione, la comunicazione tra cellule e l'omeostasi. Pensando alla complessità umana ci si aspetterebbe che essa sia stata generata da un numero elevatissimo di geni invece stupisce il fatto che il genoma umano ne contiene solo circa 30 mila. Va detto che a tali geni corrispondono circa due o tre cento mila proteine perché grazie al processo di splicing alternativo l'eliminazione delle sequenze introniche dai geni può avvenire secondo più schemi, ma non sembrano ancora numeri tali da spiegare la complessità umana. Ancora più sorprendente era stata la scoperta che i geni deputati al controllo delle forme, come ad esempio i geni Hox, erano solo alcune decine. Come già detto, quest'ultima evidenza è spiegabile ipotizzando che la Natura genererebbe le proprie forme attraverso interazioni complesse tra pochi elementi (proteine) e quindi utilizzerebbe la compressione. Nei genomi emerge la necessità di risparmiare spazio? Dal punto di vista biologico, utilizzare una compressione estrema per conservare le informazioni nel genoma non sembra necessario, poiché in esso c'è molto spazio libero, infatti, il genoma umano contiene tanti caratteri quanti ce ne sono in mille volumi dell'Enciclopedia Britannica, ma solo il 2 – 3% del genoma è utilizzato ovvero contiene i geni. Non si vede un vantaggio nel condensare l'informazione in brevi tratti e lasciare il 97% del genoma inutilizzato tanto che quest'ultimo è chiamato DNA spazzatura.

Chissà che questa spazzatura in realtà non abbia una funzione, proprio come si è scoperto che alcuni introni contengono corti geni, sequenze regolative e microRNA.

LA COMPRESSIONE E' SEMPRE UN VANTAGGIO?

Ora possiamo chiederci se la compressione delle informazioni sia sempre vantaggiosa e per comprenderlo riprendiamo l'esempio della comunicazione telefonica per descrivere al nostro interlocutore la forma della foglia di vite. Immaginiamo che a causa del rumore di fondo il destinatario interpreti una parola per un'altra e annoti dei dati lievemente diversi da quelli che stiamo dettando. Un solo errore nelle coordinate dei bordi sarebbe quasi ininfluenza ai fini della ricostruzione della figura e al massimo genererebbe poche e piccole imprecisioni in corrispondenza di un bordo. Alternativamente pensiamo che l'errore sia avvenuto durante la trascrizione della formula frattale. In questo caso un solo errore farebbe ricostruire una figura completamente diversa da quella che avremmo voluto indicare ovvero l'informazione si è completamente degradata. Si può pensare che nel primo caso l'informazione sia distribuita su molti simboli, nel secondo caso sia affidata a pochissimi simboli e ciascuno di essi ha una maggior densità di informazione, quindi l'errore a carico di uno di essi non è tollerabile. In altre parole, il vantaggio della compressione frattale viene pagato con la perdita di robustezza ovvero con l'intolleranza agli errori. Se le informazioni biologiche fossero codificate nel genoma con il solo obiettivo di risparmiare spazio, ci sarebbe lo svantaggio che le mutazioni geniche avrebbero effetti catastrofici. Ripensando all'esempio del millepiedi, se una mutazione genica provocasse la deformazione di una zampa, tutte le zampe sarebbero deformate allo stesso modo. Una mutazione a carico di un gene che controlla lo sviluppo cerebrale ha un'alta probabilità di essere patologica. La soluzione adottata dall'uomo nei linguaggi artificiali è quella di raggiungere un equilibrio tra compattezza e robustezza codificando in modo più ridondante le informazioni più preziose o quelle trasmesse in ambienti più rumorosi.

A livello di linguaggio in cui sono scritti i geni nel genoma, l'elemento che contribuisce alla robustezza della codifica è la degenerazione del codice genetico grazie alla quale alcune mutazioni non variano l'amminoacido specificato dai codoni, quindi sono tollerate dal sistema. Le mutazioni che non alterano le proteine si dicono neutre e i codoni modificati si dicono sinonimi. In realtà negli ultimi anni lo scenario è cambiato e sembra che il punto di equilibrio sia più a favore della compattezza ovvero le informazioni sembrano specificate in modo meno robusto di come si credeva. Si è scoperto che nei geni coesistono più linguaggi: quello per specificare gli amminoacidi, per la rimozione degli introni (splicing), per il ripiegamento dell'mRNA, per l'efficienza di traduzione e per il tempo di sopravvivenza dell'mRNA. Gli esperimenti hanno dimostrato che una parte delle mutazioni neutre dal punto di vista del codice genetico, producono effetti a livello di altri sistemi cellulari, primo tra tutti il meccanismo di splicing. Alcune mutazioni geniche neutre, e perciò mai imputate di causare patologie, alterano pesantemente lo schema di splicing e producono proteine mancanti di un dominio funzionale o aventi parti aggiuntive che causano un ripiegamento anomalo. In molti geni tra cui quelli coinvolti nella fibrosi cistica (CFTR), nel tumore al seno (BRCA1 e 2), nell'atrofia muscolare spinale (SMN) e nella neurofibromatosi (NF1) alcune mutazioni neutre, anche da sole, causano l'errata eliminazione di un esone o il mantenimento di un introne o di un'estremità di esso.

SE LA NATURA SEGUISSE LOGICHE FRATTALI

Se i processi di crescita cellulare seguissero dinamiche iterative allora potrebbero essere modellizzati con l'aiuto della geometria frattale e riusciremmo a predire le configurazioni del sistema biologico conoscendo l'equazione del differenziamento e le sue condizioni iniziali. Più in generale potremmo ottenere predizioni dell'evoluzione di sistemi apparentemente caotici quali ad esempio la crescita tumorale e la formazione di metastasi. In parte già oggi si osserva il frastagliamento dei bordi dei tumori della pelle quale indicatore di malignità e tale frastagliamento

assomiglia al procedere delle iterazioni di un frattale. I modelli di crescita frattale potrebbero suggerire più efficacemente di altri, quali parametri morfologici, biochimici o molecolari misurare in una formazione tumorale per predire se essa sarà benigna o maligna ed eventualmente quale sarà il suo schema di diffusione.

LA NATURA USA IL PI GRECO, L'UNITÀ IMMAGINARIA, IL NUMERO DI NEPERO E I NUMERI PRIMI

Il π è semplicemente il rapporto tra il perimetro della circonferenza del cerchio e il suo diametro. La sua importanza deriva dal fatto che lo si trova ovunque: in matematica, fisica, elettronica, telecomunicazioni, fisica quantistica, statistica, aerodinamica, nella formula della relatività generale, nella formula di indeterminazione di Heisenberg... quasi come facesse parte del mondo, come se fosse codificato nell'algoritmo che la Natura esegue. Ad esempio la probabilità che due interi scelti a caso siano primi fra loro è $6/\pi^2$, il numero di primi presenti nell'intervallo compreso tra 0 e n è $\pi(n)$, il numero medio di modi in cui è possibile scrivere un intero positivo come somma di due quadrati perfetti è $\pi/4$. Esso è un numero un po' strano: è un numero trascendente, cioè un numero irrazionale (non può essere scritto come rapporto di due interi) che non è soluzione di alcuna equazione algebrica a coefficienti razionali, ma che compare come limite di molti procedimenti infiniti. Le cifre decimali di π sono verosimilmente infinite e nessuno conosce una regola per generarle tutte e semplicemente. Nel 2002 si è arrivati a calcolare 10^{12} cifre decimali. E' curioso chiedersi se la successione delle cifre decimali del π segua una regola o sia del tutto casuale. Il metodo per calcolare il π si basava sulla determinazione della lunghezza della circonferenza del cerchio e tale calcolo era eseguito sommando gli archi di poligoni aventi un numero di lati sempre maggiore così il perimetro tendeva sempre più precisamente ad un cerchio e il π si poteva calcolare con maggiore precisione. Una svolta a tale calcolo fu data da Laplace che utilizzando il metodo di Montecarlo calcolava π come rapporto tra le aree del cerchio inscritto nel quadrato e del quadrato stesso. Il metodo usa un generatore di numeri casuali per stimare l'area del cerchio e del quadrato. Ma più si aumentava la precisione del calcolo e più tale numero sembrava avere cifre decimali. Da allora la frase secondo la quale la quadratura del cerchio è impossibile. In seguito si sono sviluppate molte relazioni matematiche che permettono di ottenere π tramite iterazioni infinite. Eulero trovò una relazione di un'eleganza formale unica per mettere in relazione il numero di Nepero, l'unità, l'unità immaginaria e i numeri negativi:

$$e^{i\pi} = -1$$

Tale identità dimostra anche che π non è algebrico, quindi non era possibile trovare il quadrato equivalente ad un cerchio. Guardando l'identità di Eulero è sorprendente vedere che due numeri (e , π) che probabilmente hanno infinite cifre decimali, che sono ottenuti in modi completamente diversi, impossibili da conoscere con precisione, se elevati l'uno come potenza dell'altro in presenza dell'unità immaginaria, sono in relazione ed equivalgono banalmente a -1. Altra osservazione: 'i' non ha senso fisico eppure lo troviamo a mettere in relazione numeri reali che si originano dalla misura di entità reali. Ma soprattutto tale identità lega insieme entità fondamentali presenti in tutte le discipline. Riemann trovò una relazione esatta tra π e i numeri primi stabilendo legando in questo modo cinque entità matematiche fondamentali ma di origine assolutamente diversa. Lo studio dei numeri primi ha un particolare fascino perché sono stati definiti dall'uomo in modo semplice, ma si sono rivelati misteriosi e coinvolti in molte applicazioni. Oggi non si conoscono tutti i numeri primi e quelli noti sono stati ottenuti con notevole dispendio computazionale, non si sa se ci siano infiniti numeri primi e neppure se essi seguano uno schema. Man mano che si avanza nella ricerca di numeri primi sempre più grandi, aumenta anche la grandezza degli interi da testare per verificare che essi siano divisibili solo per uno e per se stessi. E' intuitivo che al crescere degli interi i numeri

diventano più grandi e si trovano meno numeri primi tra essi perchè è più probabile che un numero molto grande possa essere diviso senza resto da un numero più piccolo. Ci si aspetterebbe che oltre un certo numero non ci siano più numeri primi e che tutti i numeri siano divisibili per altri più piccoli. Invece comunque si scelga un numero, esiste un numero primo più grande, ossia esistono infiniti numeri primi. Trovare una formula ovvero la generatrice per calcolare tutti i numeri primi avrebbe grandi risvolti pratici. Riemann mostrò che si potrebbe calcolare la posizione dei numeri primi studiando quando la funzione zeta di Riemann si annulla e questo è attuale oggetto di studio. E' sorprendente che l'irregolarità nella successione dei numeri primi sia in relazione a una funzione continua di variabile complessa.

Conoscere tutti i numeri primi permetterebbe di risolvere un problema inverso noto come fattorializzazione, per il quale ora si va per tentativi: determinare i numeri primi il cui prodotto origini un dato numero. Questa difficoltà assicura l'inattaccabilità di molti sistemi di sicurezza per il criptaggio delle informazioni. Cerchiamo di capirne a grandi linee il motivo. Nella crittografia tradizionale esiste un'unica chiave sia per codificare che per decodificare le informazioni. La chiave e l'algoritmo con i quali si realizzano le operazioni di criptaggio e decriptaggio, devono essere noti sia al mittente sia al destinatario. Tali persone devono essersi incontrate o contattate almeno una volta per scambiarsi la chiave e l'algoritmo e questo già espone a rischi di intercettazione. I recenti algoritmi per il criptaggio delle informazioni posseggono una chiave pubblica e una privata. La chiave privata è personale e segreta, serve solo a decodificare il documento criptato; la chiave pubblica è distribuita, serve solo a criptare l'informazione destinata alla persona che possiede la relativa chiave privata. Il metodo di generazione delle chiavi si basa sull'utilizzo di due numeri primi di grandi dimensioni (attualmente di almeno 300 cifre) che vengono moltiplicati tra loro. Il prodotto è distribuito come chiave pubblica. La sicurezza dell'algoritmo si basa sul fatto che dalla conoscenza della chiave pubblica e dal messaggio criptato è molto difficile risalire alla chiave privata perché si tratta di affrontare il problema inverso della fattorializzazione. L'abbattimento della sicurezza delle informazioni potrebbe portare a una grande crisi economica perché coglierebbe impreparati tutti i sistemi basati sulla sicurezza: pensiamo alle carte di credito, ai metodi di pagamento su internet, all'accesso ai nostri dati personali e alle comunicazioni militari. Ma potrebbero esserci anche implicazioni più profonde e positive: la comprensione dell'idrodinamica di una stella, la fisica quantistica dei nuclei atomici, la teoria del caos, del caos quantistico, la struttura dei vetri ed addirittura la comprensione del DNA. In questa trattazione abbiamo visto come entità matematiche apparentemente diverse in realtà siano tutte correlate fra loro, legate alla conoscenza del mondo che ci circonda e alle dinamiche dei sistemi economici. Quando questi misteri saranno chiariti si avrà un'unificazione enormemente maggiore di quella nell'elettromagnetismo portata da Maxwell o di quella delle forze fondamentali nella fisica. Il fatto che ci siano entità matematiche comuni a tutte le discipline e che addirittura tali entità potrebbero essere la diversa espressione di un contenuto universale rafforza l'idea che il programma della Natura sia scritto in linguaggio matematico e che le discipline che oggi studiamo a compartimenti stagni, sono strettamente correlate tra loro, forse come i cicli catalitici del pianeta Gaia.

BIBLIOGRAFIA

Piva F.: Analisi computazionale di sequenze del genoma umano. Tesi di dottorato, 2006.

Francesco Piva, Gianni Castellucci

LE RETI NEURALI ARTIFICIALI

LE PRESTAZIONI ATTUALI DEI COMPUTER, VELOCI MA STUPIDI?

I computer sono in grado di eseguire *elaborazioni* o procedure automatiche in modo molto efficiente.

Nella maggior parte dei compiti essi offrono prestazioni indubbiamente superiori a quelle umane, ad esempio un sistema elettronico esegue calcoli matematici o recupera informazioni da una base di dati in modo estremamente veloce. Eppure, processi apparentemente molto semplici quali il ragionamento simbolico, la modellazione e l'estrazione della conoscenza, la percezione e l'autoapprendimento, - attività tipiche della mente umana - sono estremamente difficili da automatizzare. Per un computer, ad esempio, è molto difficile *riconoscere* gli oggetti presenti in *un'immagine* perché pur individuando i contorni percettivamente salienti dovuti alle variazioni di luminosità, non riesce a raggrupparli per definire gli oggetti. Questo processo, detto di segmentazione, è molto difficile da realizzare per un sistema puramente automatico perché necessita della conoscenza a priori riguardo agli oggetti.

Un altro problema difficilmente affrontabile dai computer è quello del *riconoscimento della voce*. Un programmatore che voglia costruire un sistema automatico in grado di dattilografare, deve definire a priori i suoni di tutte le parole possibili che si possono presentare al sistema e le corrispondenze tra i suoni ascoltati e le parole che li hanno prodotti. In questo modo quando il computer riceve un suono, lo cercherà in una tabella di corrispondenze e troverà la parola associata. Ora si pensi che il programmatore abbia effettivamente eseguito questo gran lavoro: abbia fatto pronunciare ad un parlatore le parole del vocabolario della lingua italiana associando a ciascun suono la parola corrispondente. In questo modo ha stabilito tutte le associazioni tra un suono e la parola rappresentata. Ora immaginiamo che lo stesso parlatore usi il programma di dattilografia in un periodo di stanchezza o di fretta o con il raffreddore o in presenza di rumori di fondo o masticando una gomma americana. In queste situazioni egli pronuncia alcuni suoni leggermente diversi rispetto al solito, suoni che il computer non riconosce perché non ha mai 'sentito' prima ovvero non ritrova quei suoni nella sua tabella di corrispondenze. Più in generale le difficoltà nel riconoscimento vocale automatico sono dovute all'enorme variabilità con cui può presentarsi la medesima frase di parlatori diversi, basti pensare alla differenza di velocità, alla prosodia, al timbro, al rumore di fondo. Ulteriore difficoltà risiede nella separazione delle parole: a volte le pause tra le voci lessicali sono così brevi da non essere riconosciute, alcune parole possono essere erroneamente interrotte per la presenza di consonanti occlusive sorde, come ad esempio la 'p', che sono interpretate come pause. Ancora più difficile per un computer è capire il significato di una frase ovvero *estrarre il contenuto semantico da un insieme di simboli*. Questa difficoltà è dovuta al fatto che non esiste una corrispondenza univoca tra concetto e parole: lo stesso concetto può essere espresso mediante molte combinazioni di parole. Più difficile ancora è recuperare gli stati emotivi più o meno velati nelle frasi quali l'assertività, la rabbia, la perplessità... Se il computer potesse capire il significato delle frasi sarebbe in grado di estrarre informazioni da un articolo scientifico, da un libro o da internet e riassumere un testo.

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Si avverte quindi la necessità di disporre di sistemi in grado di assolvere a compiti umani quali muoversi in un ambiente, guidare veicoli, formulare diagnosi, prendere decisioni e in generale

eseguire operazioni in cui è richiesta *esperienza* ovvero che siano in grado di emulare le capacità cognitive della mente umana. Questo obiettivo è perseguito da una branca delle scienze informatiche e ingegneristiche che si chiama *Intelligenza Artificiale*.

Fino ad ora per semplicità abbiamo utilizzato il termine 'computer' ma da questo punto in poi con la parola computer intenderemo la struttura fisica che permette l'esecuzione di un programma o algoritmo così come il cervello ospita i processi di elaborazione dell'informazione, decisionali ed esecutivi della mente.

Le ricerche degli ultimi decenni avevano evidenziato che le capacità cognitive simili a quelle della mente emergevano quando si costruiva una struttura di elaborazione la cui topologia riproduceva quella del cervello umano cioè avente molte unità di elaborazione elementare interconnesse. Tali strutture prendono il nome di '*reti neurali artificiali*' e possono essere costruite fisicamente tramite circuiti elettronici, neuroni biologici interfacciati a circuiti elettronici, oppure simulate mediante programmi per computer e quest'ultimo costituisce il modo più flessibile di utilizzarle. In generale le reti neurali artificiali sono costituite da unità interconnesse, dette nodi o *neuroni artificiali*, che effettuano poche e semplici operazioni di elaborazione, precisamente sommano i valori pesati presenti al loro ingresso e altri valori fissi detti 'bias', poi mappano in uscita tale somma mediante una funzione detta di *trasferimento o di attivazione*. La funzione di attivazione, che può introdurre *non linearità*, determina i valori in uscita di un neurone.

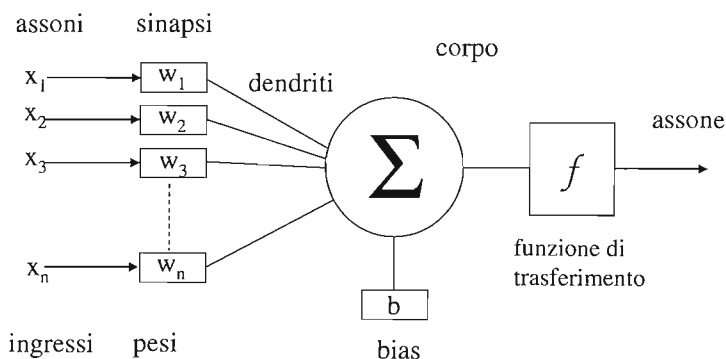


Fig. 1. La struttura di un neurone artificiale

Il neurone artificiale, benché di struttura semplice, è già in grado di elaborare i valori numerici presenti al suo ingresso e di restituire un valore in uscita *simulando un processo decisionale*. Ad esempio, si supponga di voler decidere se uscire o meno per andare a *passaggiare*. La decisione sarà influenzata da vari fattori: ambientali, interni e appartenenti al nostro vissuto. A ciascuna condizione sarà associata un'importanza relativa ovvero un peso soggettivo che potrà essere positivo o negativo a seconda che influenzi rispettivamente l'individuo ad intraprendere la passeggiata o a scegliere di restare a casa. Il peso può essere nullo o elevato in valore assoluto a seconda che un determinato fattore sia per l'individuo rispettivamente non importante o molto importante. Tra i fattori ambientali valuteremo, ad esempio, le condizioni atmosferiche e se siamo metereopatici esse influiranno in modo importante sulla decisione finale. Se siamo insicuri sarà determinante avere la compagnia di una persona con la quale uscire altrimenti poco ci importerà di essere soli ovvero assegneremo a questa condizione un peso minimo o nullo. Saranno inoltre influenti le esperienze pregresse: se in un'occasione precedente siamo stati scippati e abbiamo vissuto traumaticamente l'evento, il ricordo concorrerà a farci rimanere a casa, quindi avrà un peso

elevato e negativo. Se non abbiamo vissuto traumaticamente l'evento dello scippo questo sarà poco influente per la decisione attuale. Al contrario se durante una passeggiata precedente avevamo conosciuto una persona piacevole, saremo motivati ad uscire, valutando probabile l'evento di rincontrare altre persone che ci restituiscano un'emozione positiva. Tornando al parallelismo con il neurone artificiale, i suoi ingressi rappresentano le condizioni oggetto di valutazione, i coefficienti che moltiplicano i valori di ingresso rappresentano l'interpretazione e l'importanza soggettiva che associamo agli eventi. L'influenza di un fattore nel condizionare il processo decisionale è modellizzata da un peso, che sarà di valore positivo o negativo a seconda che incentivi o blocchi la motivazione dell'individuo ad agire o ad assumere su di se un proponimento. Il bias è una funzione di trasferimento a gradino provvedono a formare i valori in uscita che saranno ad esempio 0 o 1 se la decisione è rispettivamente quella di restare a casa o di uscire. Un neurone artificiale avente una determinata configurazione di pesi simulerà il processo decisionale di un individuo in un certo momento della sua vita.

I neuroni di una rete neurale artificiale sono organizzati in *strati*. Tipicamente si distinguono tre strati: quello di ingresso è costituito da neuroni direttamente connessi con gli ingressi del sistema, quello intermedio connette le uscite dei neuroni del primo strato con gli ingressi dei neuroni dello strato di uscita, infine allo strato di uscita appartengono i neuroni direttamente connessi con le uscite del sistema.

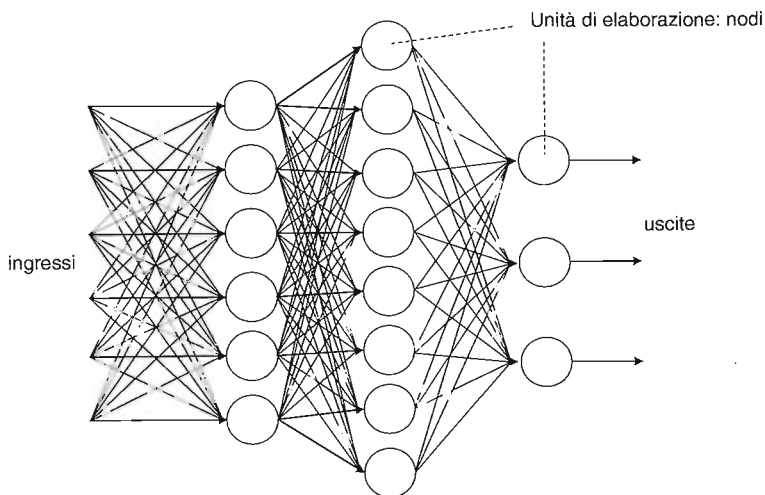


Fig. 2. Struttura di una rete neurale artificiale

Qui consideriamo reti in cui il segnale si propaga in un solo verso dallo strato di ingresso a quello di uscita e completamente connesse ovvero in cui le uscite di ogni nodo sono collegate a tutti gli ingressi dei neuroni dello strato successivo. Esistono reti non completamente connesse e reti in cui l'uscita di un nodo si connette a nodi appartenenti a strati più a monte. Le reti si distinguono a seconda delle funzioni di trasferimento implementate dai neuroni e per la loro *struttura topologica* ovvero per il numero di strati, il numero di neuroni ad ogni strato e la disposizione delle connessioni. Diversi tipi di reti si adattano a scopi diversi.

L'APPRENDIMENTO DI UNA RETE NEURALE ARTIFICIALE

Una rete neurale appena costruita ha una struttura predefinita dal programmatore, tale per cui ai pesi delle connessioni e ai bias vengono associati valori casuali. Essa non è ancora in grado di assolvere a compiti specifici ma sarà più adatta a determinate funzioni così come un bambino appena nato

non può vantare alcuna esperienza ma la struttura del suo cervello presenta delle *predisposizioni* di origine genetica. Una rete che parte da pesi e livelli di attivazione arbitrari è utile a simulare l'emergere di un comportamento o di un'abilità attraverso meccanismi di associazione tra un ingresso e uscita.

Affinché la rete possa eseguire elaborazioni utili deve essere *addestrata* e questo avviene presentandole numerosi esempi di funzionamento del sistema reale da modellizzare. La rete ricava i concetti dagli esempi forniti e sarà in grado di dare risposte anche in corrispondenza di ingressi mai visti prima, questa caratteristica viene definita *capacità di generalizzazione*. Proprio come un bambino imparerà ad estendere i suoi apprendimenti e ad agire autonomamente grazie alle esperienze di gioco e in seguito alle retroazioni dei genitori. Le reti neurali emulano i due processi che avvengono nella mente quando giunge uno stimolo. Quando il cervello riceve uno stimolo attiva percorsi neurali che recuperano concetti precedentemente memorizzati appartenenti alla stessa categoria (*riconoscimento dello stimolo*); nel momento in cui una categoria è rievocata essa viene rimodellata dallo stimolo (*apprendimento e rimodellazione di categoria*). Allo stesso modo uno stimolo all'ingresso di una rete neurale artificiale in fase di apprendimento evoca una risposta basata sui valori delle variabili da cui è composta. Le variabili interne vengono modificate affinché la rete si avvicini maggiormente alla risposta attesa relativamente all'input appena elaborato.

Con il metodo dell'apprendimento tramite esempi si potrebbe formare un medico a formulare le diagnosi solamente fornendogli tante corrispondenze tra i sintomi e la patologia che li genera. Fornendo a una rete di adeguata complessità un numero sufficiente di associazioni tra sintomi e patologia, questa acquisirebbe esperienza e si comporterebbe come un *medico artificiale* ovvero un sistema esperto in grado di formulare le diagnosi. Si pensi quale capacità essa accumulerebbe se venisse addestrata sommando l'esperienza dei migliori medici del mondo. Un medico che cessa la sua attività non mette più a disposizione della comunità la sua esperienza che possiamo presumere abbia raggiunto l'apice. Egli viene sostituito da un nuovo medico che seppur in gamba dovrà formare la propria esperienza per prove ed errori, incorrendo in limiti, fallimenti e mancanze. Naturalmente non si sostiene qui di poter sostituire il medico con una macchina ma sarebbe utile fornire al clinico un 'parere artificiale' basato sull'esperienza di moltissimi medici.

Un altro esempio: supponiamo di voler costruire un algoritmo a rete neurale artificiale che sappia *riconoscere i volti* da un'immagine. Lo stesso volto può apparire da un gran numero di angolazioni, presentarsi in diverse dimensioni e condizioni di illuminazione quindi la rete deve riconoscere tutti i volti appartenenti alla stessa persona e quelli di persone diverse. Come specificato in precedenza, un normale algoritmo riconoscerebbe solo le immagini inserite dal programmatore. Un algoritmo che implementa una struttura a rete neurale è in grado di riconoscere anche le immagini in cui il volto si presenta con nuove angolazioni, questo grazie alla conoscenza che ha ricavato dagli esempi somministrati in fase di addestramento.

Tecnicamente l'apprendimento è eseguito da un algoritmo che, come un insegnante, provvede a fornire gli esempi in ingresso e a *modificare i pesi* delle connessioni e i bias affinché le uscite della rete seguano il più fedelmente possibile i dati. Questo procedimento imita la plasmabilità del cervello umano ovvero la variazione dello spessore della sinapsi che può variare nel tempo rafforzando o indebolendo il collegamento tra due neuroni in seguito agli stimoli ambientali. Dal punto di vista matematico *addestrare* una rete neurale significa trovare il minimo assoluto della sua funzione di errore. Poiché tale funzione ha molte dimensioni e la rete è un sistema non lineare, non è possibile conoscerla analiticamente e la ricerca del minimo assoluto può terminare con la restituzione del minimo relativo più 'vicino' a quello delle condizioni di partenza.

All'addestramento segue il *test* ovvero la somministrazione alla rete di esempi mai visti ma di cui l'operatore conosce i risultati. Confrontando i risultati della rete con quelli aspettati, si valuta se essa ha imparato a risolvere il problema. Mentre è sempre possibile addestrare al meglio una rete neurale, il corretto esito dell'addestramento non garantisce un funzionamento soddisfacente in fase di test, momento in cui essa elabora dati mai visti. Se il test non è soddisfacente si ripetono tutte le procedure iniziando con una nuova assegnazione di valori casuali ai pesi e ai bias, l'addestramento

e il test. Poiché l'apprendimento dipende dalle condizioni iniziali ovvero dai valori dei pesi e dei bias stabiliti prima dell'addestramento, ripetendo gli addestramenti con i medesimi esempi ma variando le condizioni iniziali si ottengono reti in grado di svolgere diversi compiti. La dipendenza delle soluzioni dalle condizioni iniziali è dovuta alla non linearità della rete. Questa proprietà non deve essere vista come un problema, ma come un elemento che attribuisce flessibilità al sistema e gli permette di raggiungere molti assetti ovvero molte soluzioni, dette anche *attrattori*. Se i risultati continuano a non essere soddisfacenti si modifica l'architettura della rete, ad esempio aumentando il numero dei nodi. In generale maggiore è il numero dei nodi maggiore è il potere computazionale della rete ma all'eccessivo aumentare di essi diminuisce la capacità di generalizzare sugli esempi forniti e la ragione è intuibile: avendo più nodi si hanno a disposizione più parametri ma pochi esempi per vincolarli. In generale non è nota a priori l'architettura di una rete che più si adatta a un determinato scopo quindi si devono sperimentare diversi cicli di addestramento e test su diverse architetture. E' interessante notare che alcuni protocolli di apprendimento provvedono alla modifica automatica della struttura delle connessioni della rete e questo ha una corrispondenza diretta con la neurobiologia. Esistono algoritmi che implementano reti che si costruiscono da sole ovvero aumentano il numero dei nodi quando necessario (self growing – apprendimento competitivo). Può succedere che la rete che la rete *non* risulti mai *soddisfacente* in fase di test e in questo caso il problema va imputato a un numero insufficiente di esempi in fase di addestramento, esempi non rappresentativi del fenomeno, contraddittori o imprecisi. Esistono tipi di apprendimento con rinforzo e senza supervisione ma non verranno trattati. L'elaborazione dell'informazione all'interno della rete avviene in modo parallelo e ogni nodo può produrre effetti eccitatori o inibitori sugli altri. La conoscenza ovvero le rappresentazioni interne della rete non vengono immagazzinate all'interno di specifiche unità ma sotto forma di configurazioni di connessioni tra unità.

VANTAGGI E SVANTAGGI DELLE RETI NEURALI ARTIFICIALI

Ora possiamo chiederci quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'utilizzo degli algoritmi che implementano le reti neurali. I tipi di rete che qui abbiamo trattato sono vantaggiosi quando si conoscono poche corrispondenze tra ingressi e uscite di un sistema, quando non è possibile stabilirne le corrispondenze matematiche e quando si hanno ingressi imprecisi perché affetti da rumore o distorti.

Le reti neurali inferiscono le relazioni di causa ed effetto tra i dati semplicemente apprendendo dagli esempi, sono in grado di *categorizzare* ovvero creare un assetto interno che dia un significato ai raggruppamenti dei dati visti in fase di apprendimento, successivamente sono in grado di *generalizzare* ovvero fornire le risposte per ingressi mai visti. Sono abbastanza *robuste al rumore e tolleranti ai guasti*, quest'ultima proprietà fa sì che esse funzionino anche quando alcuni nodi si guastano. Uno degli svantaggi è che esse costituiscono una *scatola nera* ovvero funzionano ma non si sa quali ragionamenti abbiano sviluppato per arrivare ai risultati, in altre parole, modellizzano la realtà ma non la spiegano quindi non forniscono conoscenza sul sistema reale. Il tempo di addestramento è proporzionale al numero di nodi quindi reti con molti elementi possono essere computazionalmente molto pesanti da trattare. Questo limita il numero di nodi con i quali costruire una rete e quindi la complessità ottenibile. Finché non avremo computer ed elevate prestazioni e algoritmi di addestramento più efficienti non potremo emulare il cervello che si stima avere circa 10 miliardi di neuroni ciascuno con migliaia di connessioni.

Si spera trascorra ancora molto tempo prima di poter ottenere sistemi intelligenti e quindi avere a che fare con la loro autocoscienza.

LA VITA ARTIFICIALE

Le reti neurali artificiali costituiscono un modo per simulare l'intelligenza artificiale. Dall'intelligenza artificiale deriva la *vita artificiale*, un settore di ricerca che simula il

comportamento di organismi ed ecosistemi per capire come si svolgono i processi evolutivi. Gli *automi cellulari* sono esempi di vita artificiale che simulano le attività vitali in diversi ambienti. Essi sono programmati per riprodurre processi vitali quali mangiare, spostarsi per cercare il cibo, difendersi da altri automi e autoreplicarsi. Le simulazioni evidenziano dinamiche evolutive quali ad esempio l'aumento spontaneo di complessità, la competizione e l'associazione.

RETI NEURALI IN PSICHIATRIA

Le reti neurali artificiali sono i modelli di simulazione utilizzati dai connessionisti per studiare i processi cognitivi. Essi sostengono che per studiare i processi alla base dell'agire umano bisogna riprodurre i meccanismi fisici con cui l'informazione è elaborata ovvero si deve riprodurre la struttura del cervello con le sue unità interconnesse e l'elaborazione parallela. In altre parole essi cercano di mettere in relazione l'architettura fisica del cervello con l'architettura funzionale dell'attività cognitiva. Quindi nella rete neurale così come nel cervello non si possono individuare aree fisiche in cui sono memorizzate le informazioni perché esse sono distribuite fra le connessioni delle varie unità; inoltre l'elaborazione della conoscenza distribuita attiva contemporaneamente tutte le unità della rete.

Al *connessionismo*, che è una forma del *cognitivismo*, si oppone il *simbolismo* secondo il quale l'attività mentale è puro calcolo cioè manipolazione di simboli. Secondo i simbolisti la conoscenza del mondo viene convertita in rappresentazioni mentali ovvero in simboli che costituiscono il linguaggio del pensiero. Nel cervello sarebbe possibile individuare aree fisiche corrispondenti a moduli di elaborazione, alcuni moduli servirebbero ad esempio per convertire le percezioni in rappresentazioni.

UN'APPLICAZIONE DELLE RETI NEURALI ALLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Abbiamo sviluppato un programma che può essere di ausilio all'individuazione delle Organizzazioni di Significato Personale. Tale strumento elabora le risposte date dai soggetti a un questionario di 68 domande aventi ciascuna 5 risposte possibili e predice gli Stili di Personalità. Il gruppo del Prof Nardi ha creato un questionario estraendo alcune domande dal MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ed altre domande dal QSP di Picardi (Questionario per la valutazione dello Stile di Personalità).

A questo punto si trattava di stabilire le corrispondenze tra le 340 risposte del questionario e gli stili di personalità ovvero attribuire un peso a ciascuna risposta. In realtà la corrispondenza tra risposte e personalità non è lineare perché alcune risposte sono riferite a più stili di personalità e altre non si possono considerare singolarmente ovvero il valore da assegnare a una risposta dipende anche da altre risposte. In questa situazione si dovrebbero stabilire tutte le corrispondenze tra le combinazioni di risposte, cioè circa un miliardo e mezzo (68^5) di modi per rispondere al questionario, e le diverse gradazioni degli stili di personalità.

Per affrontare questo problema si è utilizzato un algoritmo a rete neurale artificiale che stabilisse tutte le corrispondenze apprendendo da alcune corrispondenze note ovvero ricavate attraverso la valutazione clinica eseguita su quanti più volontari possibili. La rete neurale artificiale è stata implementata nel server del Gruppo di Biologia Computazionale dell'Istituto di Biologia e Genetica dell'Università Politecnica delle Marche. Per l'addestramento e il test si avevano a disposizione quasi cento valutazioni cliniche. Questi numeri sono esigui rispetto al miliardo di corrispondenze da stabilire ma si deve tener conto della difficoltà di recuperare volontari e del fatto che sono necessari più colloqui per fornire una singola valutazione. Abbiamo creato una pagina web nel sito pilota www.introni.it da cui è possibile interrogare liberamente la rete da noi addestrata ovvero compilare il questionario e ottenere le predizioni delle organizzazioni di significato personale. Durante la fase di test, seguita all'addestramento, si è verificato che la rete non predice in modo soddisfacente

alcune valutazioni cliniche tra quelle che non erano state mostrate durante l'apprendimento e ciò indica che sono necessarie ulteriori valutazioni cliniche per migliorare l'addestramento della rete e la qualità delle predizioni. La qualità delle nostre predizioni è in costantemente miglioramento grazie al numero sempre maggiore di valutazioni cliniche che ci vengono fornite dagli psicologi.

BIBLIOGRAFIA

Gori M.: Introduzione alle reti neurali artificiali. Mondo Digitale, 4, 2006.

Macchi Cassia V.: Corso di Psicologia dello Sviluppo Cognitivo, 2004.

Picardi A., Mannino G. : Le "Organizzazioni di Significato Personale": verso una validazione empirica. Rivista di Psichiatria, 2001.

Picardi A., Mannino G., Arciero G., Gaetano P., Pilleri M.F., Arduini L., Reda M.A. : Costruzione e validazione del QSP, uno strumento per la valutazione dello Stile di Personalità secondo la teoria delle "Organizzazioni di Significato Personale". Rivista di Psichiatria, 2003.

LA TERAPIA PSICOFARMACOLOGICA DEI DISTURBI DELL'UMORE IN ADOLESCENZA

INTRODUZIONE

La decisione di instaurare una terapia psicofarmacologica in un adolescente con disturbi dell'umore deve essere preceduta da una attenta valutazione del rapporto costo/benefici. Dinanzi all'elevato carico di sofferenza che il disturbo comporta per il soggetto e per il suo contesto, ed al rischio di evoluzione negativa verso forme stabilizzate, si impone al ricorso a tutti gli strumenti di provata efficacia terapeutica, inclusi i farmaci. Sebbene esistano prove dell'efficacia di questi ultimi nei disturbi adolescenziali dell'umore, per alcuni trattamenti è stato segnalato il rischio di gravi eventi avversi il che deve appunto comportare una valutazione attenta dell'utilità del trattamento farmacologico, così come la necessità di una attenta valutazione longitudinale del quadro clinico. Verranno di seguito esaminati i dati relativi al trattamento farmacologico del disturbo depressivo e del disturbo bipolare, per i quali esistono maggiori evidenze rispetto alla terapia psicofarmacologica.

IL DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE (DDM)

La ricerca epidemiologica ha accertato l'elevata prevalenza del DDM nei paesi occidentali. In Europa tale prevalenza va dal 4 al 9% della popolazione generale, con un incremento parallelo a quello dell'età (European Commission, 2000), mentre negli USA si è stimata una prevalenza puntuale del 5% (Essau e Dobson, 1999). Si è quindi parlato di una epidemia depressiva, provocata dai nuovi modelli sociali che si vanno affermando, ma una valutazione longitudinale di 60.000 soggetti nati fra il 1965 ed il 1996 non ha accertato un incremento della prevalenza di disturbi depressivi nella popolazione generale degli USA (Costello et al., 2006).

Si sono rilevati tassi più elevati di depressione nel sesso femminile, rispetto a quello maschile (Costello et al., 2006; Rutter et al., 2006); i soggetti di sesso femminile, inoltre, presenterebbero una insorgenza clinica più precoce e con quadri più gravi rispetto ai maschi (Dekker et al., 2007). Tale differenza nella prevalenza si associa ad un differente ricorso alla terapia psicofarmacologica: in Italia antidepressivi sono assunti dal 6 per mille dei maschi adolescenti e dall'11 per mille delle femmine adolescenti (Panei et al., 2007).

Non emerge una significativa continuità fra DDM dell'infanzia ed adolescenziale; sembra invece che il DDM adolescenziale possa essere preceduto da un disturbo d'ansia (Wittchen et al., 2000). Adolescenti con sintomi depressivi hanno un rischio da 3 a 6 volte maggiore di presentare un disturbo dell'umore (depressivo o distimico) o comunque un disturbo di asse I (secondo il DSM IV) in età adulta giovanile (Parker, 2003). Il rischio specifico per lo sviluppo di un DDM in età adulta per coloro che hanno sofferto di DDM in adolescenza arriva ad essere sino a 7 volte superiore rispetto ai soggetti non affetti da DDM in adolescenza (Rutter et al., 2006).

Psicofarmacoterapia antidepressiva e rischio di condotte autolesive

Gli antidepressivi rappresentano i farmaci di elezione nella terapia del DDM. Nel 2005 l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) emetteva una dichiarazione pubblica in cui avvertiva che nelle sperimentazioni cliniche l'assunzione di antidepressivi appartenenti alle classi degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e della serotonina-epinefrina (SNRI) si associava ad una maggior incidenza di ideazione suicida rispetto al placebo (Anonimo, 2005). In base a tale

osservazione, l'EMA raccomandava che gli SSRI e gli SNRI non venissero utilizzati nei pazienti in età adolescenziale al di là delle indicazioni terapeutiche per cui tali farmaci sono registrati. La decisione seguiva quella analoga assunta dalla FDA statunitense (l'organismo che esercita negli USA un controllo sui farmaci), relativa agli antidepressivi fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, bupropione, venlafaxina, nefazodone, mirtazapina (Food and Drug Administration, 2003).

L'analisi approfondita di sperimentazioni condotte con fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram e venlafaxina dimostra che, sebbene gli studi pubblicati riportino un beneficio nel trattamento della depressione negli adolescenti, l'inclusione dei risultati scaturiti da studi non pubblicati rivela come solo la fluoxetina dimostri una efficacia superiore al placebo, mentre per tutti gli altri farmaci si apprezza una sostanziale sovrapposibilità nell'efficacia fra principio attivo e placebo, a prezzo di una più elevata incidenza di eventi avversi, fra cui l'attivazione (con rischio di condotte aggressive) si verifica dal 3% all'8% dei soggetti trattati con principio attivo, mentre il rilievo di ideazione o condotta suicida incrementa dal 2% al 3-4% (placebo vs principio attivo) (Whittington et al., 2004). L'elevazione del rischio di suicidio in soggetti trattati con SSRI/SNRI presenta una relativa specificità per i disturbi depressivi che mostrano un incremento di tale rischio maggiore rispetto ai disturbi d'ansia (Mosholder, 2004; Wohlfarth et al., 2006).

Se ne può concludere che vi è una sostanziale carenza di efficacia e sicurezza relativamente all'utilizzo di SSRI [inclusa la venlafaxina] nei bambini e negli adolescenti ad eccezione della fluoxetina. Ad ogni modo, è importante notare che i risultati non sono definitivi e studi più rigorosi possono portare ad una revisione delle attuali conclusioni (Wolraich, 2004).

La segnalazione del rischio di incremento nella ideazione e/o nelle condotte suicide da parte delle autorità regolatorie statunitense ed europea ha comportato un notevole impulso alla ricerca relativa al problema. Sono state avanzate alcune critiche verso i risultati su cui si basavano le decisioni dell'FDA e dell'EMA. Si è osservato che gli studi clinici controllati randomizzati tendono ad escludere dal reclutamento pazienti con elevato rischio suicida, così che non si riesce evidenziare una eventuale azione antisuicida del trattamento antidepressivo in questi soggetti (American College of Neuropsychopharmacology, 2004). Il problema si pone anche per la popolazione adulta, per la quale comunque studi farmacoepidemiologici naturalistici hanno potuto valutare l'efficacia antisuicida di varie classi di farmaci allorché utilizzati su vasta scala nella pratica clinica quotidiana (Santone et al, 2005). Da tali studi emerge un effetto protettivo da parte del litio e della clozapina. In particolare, l'azione del litio sarebbe mediata non tanto da una azione eutimizzante, quanto da quella stabilizzante, con riduzione dell'impulsività. Risultati meno coerenti si ottengono relativamente agli antidepressivi (triciclici e SSRI), agli stabilizzanti del tono dell'umore diversi dal litio, ed agli antipsicotici.

Inoltre, alcuni autori segnalano il rischio che l'incremento del rischio suicida rappresenti un artefatto: il trattamento antidepressivo comporterebbe un recupero delle capacità di introspezione e verbalizzazione, così che il paziente è in grado di esprimere più compiutamente eventuali propositi autolesivi (più che sperimentarli in maniera realmente superiore; Goodman et al. 2007).

Una successiva analisi condotta da ricercatori appartenenti all'FDA (Hammad et al., 2006) ha considerato 24 studi che hanno coinvolto circa 4.600 soggetti (va segnalato che in nessuno studio si sono verificati casi di suicidio portato a termine, ma comunque la numerosità del campione era troppo esigua per poter efficacemente rilevare tali eventi) trattati con uno dei seguenti farmaci: fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, bupropione, venlafaxina, nefazodone e mirtazapina. Ne emerge un rischio di suicidio lievemente più elevato nei pazienti che assumono antidepressivi (rischio relativo pari a 1,95) e, in particolare, si assiste ad un rischio relativo pari a 1,74 per l'ideazione suicida e di 1,90 per le condotte suicide. Se si considerano i soli soggetti affetti da depressione, il rischio relativo è pari a 1,66. Se ne conclude che gli antidepressivi comportano un aumento, pur lieve, del rischio di condotte autolesive/suicide, anche se, come ricordato dagli autori, la durata degli studi considerati, variabile da 4 a 16 settimane, non permette di trarre conclusioni per trattamenti più a lungo termine. Inoltre, non si hanno dati relativamente ai soggetti che hanno

abbandonato lo studio, così da non poter operare un confronto con i pazienti che hanno mantenuto la terapia. Infine, aspetto di rilievo, non è possibile operare un confronto diretto fra le molecole per gli eventi avversi, in quanto i criteri di selezione per l'arruolamento nei vari studi non sono completamente sovrapponibili. Quest'ultima conclusione non trova in accordo altri autori, e Jick et al. (2004) hanno evidenziato come il rischio di condotte suicide sia sovrapponibile per l'amitriptilina, la fluoxetina e la dotiepina, mentre la paroxetina presenta un rischio lievemente (ma statisticamente significativo) superiore.

Gli antidepressivi sono efficaci nella terapia del DDM adolescenziale?

Il rilievo di eventi avversi gravi associati alla terapia antidepressiva, quale l'incremento del rischio di condotte suicide, impone particolare prudenza nella prescrizione degli antidepressivi, ma certo non può far rinunciare ad un presidio potenzialmente efficace per una patologia grave per il carico attuale che essa comporta, ma anche per la possibilità di evoluzione negativa. Dinanzi ai dati riportati nel paragrafo precedente va ricordato che rilevazioni farmacoepidemiologiche hanno evidenziato la riduzione del tasso di suicidi in concomitanza con l'introduzione degli SSRI negli USA (Olfson et al., 2003); mancano però studi controllati a lungo termine che permettano di verificare se il rischio di suicidio diminuisca proprio nei soggetti che si sottopongono ad una terapia protratta (Goodman et al., 2007).

Complessivamente, il trattamento antidepressivo esita in una risposta alla terapia nel 61% dei casi, contro il 50% per il placebo (dati relativi a circa 3.000 soggetti trattati)(Bridge et al., 2007). La probabilità di risposta alla terapia antidepressiva decresce al crescere della durata dell'episodio in trattamento ma, soprattutto, la dimensione della risposta stessa risulta maggiore nei disturbi d'ansia (escluso il disturbo ossessivo-compulsivo), intermedia nel disturbo ossessivo-compulsivo, e modesta nel DDM. Tali osservazioni comportano in primo luogo la necessità di intervenire precocemente con la terapia antidepressiva al fine di ottenere risultati più incisivi; tale precocità può identificarsi con il trattamento dei disturbi d'ansia (ad esclusione del disturbo ossessivo-compulsivo), i quali rappresentano frequentemente un antecedente del DDM, e rispondono meglio di quest'ultimo alla terapia con antidepressivi. In secondo luogo, non si può ritenere che farmaci registrati per il trattamento di disturbi differenti dal DDM possano essere utilizzati in quest'ultimo confidando nella loro sicurezza ed efficacia.

Esistono dati per cui il ricorso agli antidepressivi presenta un più favorevole rapporto costo/benefici nei soggetti con forme più gravi di MDD (Wohlfarth et al., 2006; Moreno et al., 2007): la scarsa significatività statistica per la superiore efficacia della terapia con antidepressivi in molti trials clinici deriverebbe dall'elevata percentuale di risposta al placebo nella popolazione adolescenziale (valutabile attorno al 50%), e negli studi che hanno posto maggior attenzione alla selezione dei pazienti, arruolando casi più gravi, si è verificata una maggior efficacia degli antidepressivi. Il problema della selezione dei pazienti da trattare con antidepressivi presenta un ulteriore fattore di criticità qualora si consideri come il 20-30% degli adolescenti che si presentano all'osservazione clinica con DDM sviluppano successivamente un episodio maniacale, il quale può essere favorito dalla introduzione di antidepressivo, con incremento del rischio di condotte autolesive (Strober et al., 1993), che la frequente presenza di disturbi psichiatrici in comorbidità con il DDM può influenzare la risposta alla terapia psicofarmacologica (Moreno et al., 2007).

La terapia psicofarmacologica va utilizzata unicamente dopo una attenta valutazione dello specifico caso, per cui vanno considerati i fattori fisici, psicologici e psicosociale che possono aver contribuito allo scatenamento o al mantenimento dell'episodio depressivo, la qualità del contesto di vita, la comorbidità, la presenza di patologie psichiatriche in altri membri della famiglia. La psicoterapia, è ormai universalmente accettato, deve sempre essere offerta per il DDM adolescenziale, e la terapia antidepressiva va istaurata solo dopo che l'intervento psicoterapeutico

non abbia ottenuto un significativo, anche se parziale, miglioramento dopo 1-3 mesi (National Institute for Clinical Excellence, 2005; Boylan et al., 2007).⁴

In acuto, l'associazione fra terapia con fluoxetina e psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale ha mostrato una efficacia superiore rispetto al trattamento con la sola fluoxetina, mentre quest'ultima terapia si è mostrata superiore al solo intervento psicoterapico ed al placebo (Treatment for Adolescents With Depression Study Team, 2004). Watanabe et al. (2007) hanno evidenziato che la terapia ad orientamento cognitivo-comportamentale ed interpersonale rappresentano forme più efficaci di intervento rispetto a terapia comportamentale, *problem-solving*, terapia psicodinamica, e terapia di supporto (non venivano considerate il *counseling* e la terapia familiare). Va però tenuto conto che i risultati positivi ottenuti con la psicoterapia tendono ad annullarsi a sei mesi dal termine della terapia, e l'associazione con terapia antidepressiva potrebbe rivelarsi utile affinché i risultati si mantengano più a lungo (Watanabe et al., 2007).

Quale antidepressivo, e come prescriverlo?

Il differente livello di rischio per i vari farmaci ha portato il National Institute for Clinical Excellence (NICE) inglese a raccomandare la fluoxetina come farmaco di scelta per il trattamento della depressione adolescenziale, riservando a sertralina e citalopram il ruolo di farmaci di seconda scelta, mentre sono sconsigliati la paroxetina e la venlafaxina (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Gli antidepressivi triciclici sono da evitare negli adolescenti, non solo in considerazione del loro sfavorevole profilo per gli eventi avversi, ma soprattutto perché sembrano inefficaci nella terapia del DDM adolescenziale (Kaufman et al., 2001). Il trattamento con antidepressivo dovrebbe inoltre essere utilizzato con grandissima prudenza nei soggetti di età compresa fra i 5 e gli 11 anni, in quanto non vi sono sufficienti dati circa l'efficacia (National Institute for Clinical Excellence, 2005), anche se in questa classe di età la fluoxetina sarebbe superiore al placebo nel trattamento del DDM (Bridge et al., 2007).

Si impone un monitoraggio stretto del paziente, tenendo conto che l'incremento del rischio suicida si apprezza soprattutto nel primo mese di introduzione della terapia, in particolare nei primi dieci giorni (Jick et al., 2004). Va inoltre ricordato che gli adolescenti presentano minor tolleranza agli effetti collaterali e minor aderenza al trattamento (Rowe et al., 2004), il che implica la necessità di un adeguato supporto psicoeducativo al paziente ed alla sua famiglia (ruolo della terapia antidepressiva, effetti collaterali, latenza di azione del farmaco, rischio di attivazione o di ideazione/condotte suicide, etc.) (Lyndon et al., 2005).

Non si hanno al momento dati sufficienti relativamente al problema della psicofarmacoresistenza (che si verificherebbe in circa un caso su tre; Bhatia e Bhatia, 2007; Moreno et al., 2007): gli schemi appaiono essenzialmente mutuati da quelli messi a punto per gli adulti.

La terapia antidepressiva va instaurata iniziando con dosaggi bassi che, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di sintomi da attivazione, vanno incrementati gradualmente (ad esempio, per la fluoxetina il primo incremento posologico andrebbe eseguito dopo due settimane dall'introduzione del farmaco). Orientativamente, le dosi iniziali per i vari farmaci possono essere (in mg/die, con i range posologici a regime) (Riddle et al., 2001; Research Units of Pediatric Psychopharmacology, 2001; Findling et al., 2006; von Knorring et al., 2006; Wagner et al., 2006): 1) citalopram: 10 (20-40); 2) escitalopram: 10 (10-20); 3) fluoxetina: 10 (20-60); 4) fluvoxamina 25 (50-300); 5) paroxetina⁵ 10 (20-50); 6) sertralina: 25 (50-200); 7) venlafaxina – rilascio prolungato: 37,5⁶ (75-225).

⁴Il 26 marzo 2007 L'Agenzia Italiana del Farmaco disponeva per la Fluoxetina (Prozac) l'aggiunta di indicazione terapeutica: "Bambini e adolescenti di 8 anni di età e oltre su diagnosi e piano terapeutico degli specialisti in neuropsichiatria infantile o psichiatria. Episodio depressivo maggiore di grado da moderato a grave, se la depressione non risponde alla psicoterapia dopo 4-6 sedute. La terapia deve essere proposta ad un bambino o ad una persona giovane con depressione da moderata a grave solo in associazione con una contemporanea psicoterapia".

⁵Si riporta il dosaggio della paroxetina per completezza, ma il farmaco è controindicato negli adolescenti.

⁶Preparazione di prossima commercializzazione in Italia.

La terapia psicofarmacologica va protratta per 6-12 mesi dalla remissione sintomatologia, ma il follow-up del paziente va tenuto per 12-24 mesi, a seconda della gravità dell'episodio depressivo osservato, del numero di episodi nel corso della vita, ed in relazione alla presenza di ideazione autolesiva (National Institute for Clinical Excellence, 2005; Lyndon et al., 2005; Bhatia e Bhatia, 2007), e l'interruzione del trattamento va effettuata attraverso una graduale riduzione delle dosi (Lyndon et al., 2005). Si può avere un elevato tasso di ricaduta dopo terapia a breve termine, pari al 20% circa dopo 6 mesi, e 40% dopo un anno (Emslie et al, 1998; Emslie, 2004)

IL DISTURBO BIPOLARE (DBP)

Al pari del DDM, il DBP adolescenziale rappresenta un importante problema per la salute pubblica. Si stima che esso affligga l'1% della popolazione in adolescenza, mentre sino al 5% dei soggetti in questa fascia di età presenta almeno un periodo con elevazione del tono dell'umore, espansività, irritabilità che si associano a compromissione funzionale (Coghill e Usala, 2006). Nel DBP adolescenziale è più spesso l'episodio maniacale a presentare caratteristiche di resistenza al trattamento, e non quello depressivo, a differenza di quanto avviene per gli adulti (Santosh, 2005), e sono frequenti le manifestazioni psicotiche congrue al tono dell'umore (Pavuluri et al., 2004), così come le caratteristiche dell'episodio misto il decorso a cicli rapidi o ultrarapidi (Geller et al., 1995; Weckerly, 2002). Così come per il DDM, anche il DBP presenta una elevata ricorrenza di comorbidità, con ciò che questo comporta in termini di possibile evoluzione negativa e difficoltà nel trattamento (Schapiro, 2005). Fra i disturbi più frequentemente in comorbidità vanno ricordati il disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività, il disturbo oppositivo-provocatorio, il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi della condotta e l'abuso di sostanze (Wozniak et al., 2001). In particolare la terapia del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività può essere iniziata dopo che si sia instaurata una adeguata terapia di stabilizzazione del tono dell'umore, tenuto conto del rischio che la terapia per questo disturbo può slantizzare un DBP a cicli rapidi (Wozniak, 2005). Inoltre l'atomoxetina, farmaco indicato per il trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività, è compreso nella nota emessa dall'FDA relativa all'incremento del rischio di ideazione/condotte suicide nell'adolescente (vedi sopra). Per l'approccio terapeutico all'episodio depressivo bipolare vede due principali impostazioni. Alcuni suggeriscono di ricorrere al litio, mentre altri forniscono l'indicazione di seguire gli stessi criteri già illustrati per il DDM, in congiunzione però con uno stabilizzante del tono dell'umore, al fine di ridurre il rischio di viraggio verso un episodio maniacale (Kowatch e DelBello, 2005; Kowatch et al., 2005; Santosh, 2005; Smarty e Findling, 2007). L'associazione fra antidepressivo (preferibilmente SSRI) e stabilizzante del tono dell'umore va comunque attuata con cautela, considerata la carenza di solide evidenze circa il rapporto costo/benefici che essa presenta (Schapiro, 2005). Verranno di seguito analizzati i dati salienti relativi al trattamento psicofarmacologico dell'episodio maniacale nell'adolescente (non si hanno al momento dati sufficienti relativamente all'episodio ipomaniacale). In questa patologia i farmaci di riferimento sono rappresentati dagli stabilizzanti del tono dell'umore e dagli antipsicotici. Anche se potrebbe apparire superfluo, va ricordato che la terapia psicofarmacologica va attuata nel contesto di un più ampio progetto, che sin dalle fasi iniziali comprenda una attenta valutazione dei limiti e delle risorse del contesto del paziente, preveda un attento monitoraggio dell'evoluzione del quadro clinico, ed includa l'offerta di psicoterapia (Kowatch et al., 2005).

La terapia psicofarmacologica dell'episodio maniacale

In uno studio controllato che ha posto a confronto litio, valproato e carbamazepina, i tre farmaci hanno dimostrato percentuali di risposta (ITT⁷) rispettivamente del 53%, 38% e 38% (Kowatch et

⁷ITT sta per "Intention To Treat"; si tratta di una metodologia di analisi dei risultati della terapia farmacologica per cui il tasso di risposta si calcola sulla base dei soggetti originariamente arruolati nello studio, e non come percentuale di coloro che hanno portato a termine lo studio stesso. Ad esempio, se 100 pazienti iniziano una terapia con sali di litio, e di questi 50 portano a termine lo studio e, fra questi, 25 soddisfano i criteri di risposta alla terapia, si può affermare che

al., 2002), con una efficacia quindi sostanzialmente sovrapponibile per queste molecole. Una recentissima revisione della letteratura (Smarty e Findling, 2007) sottolinea come, fra i vari stabilizzanti, evidenze più stringenti relativamente alla sicurezza ed all'efficacia della terapia siano disponibili per il litio; i dati di letteratura sono positivi per il valproato, mentre indicano una limitata efficacia della carbamazepina. Gli autori di questa revisione indicano la necessità che si rendano disponibili ulteriori studi relativamente al profilo efficacia/sicurezza del topiramato, del gabapentin, dell'oxcarbazepina e della lamotrigina. In particolare per quest'ultima molecola va ricordato come il rischio che essa comporta di sindrome di Steven-Johnson ne limita l'utilizzo in popolazioni adolescenziali (a particolare rischio di sviluppo di questo pericoloso evento avverso). Va anche segnalata l'associazione fra valproato e riscontro di ovaio policistico. Fra gli antipsicotici, vengono in genere preferiti quelli di seconda generazione (o atipici), per il loro più favorevole profilo di effetti collaterali extrapiramidali e sulla sfera cognitiva (Arango et al., 2004; Findling e McNamara, 2004), anche se si associano a più evidenti effetti indesiderati metabolici rispetto agli antipsicotici di prima generazione (o tipici) (Arango et al., 2004; Santone et al., 2005b). Per gli antipsicotici atipici, maggiori prove di efficacia sono disponibili per olanzapina, quetiapina e risperidone, mentre evidenze meno incisive sono disponibili per aripiprazolo, ziprasidone e clozapina (quest'ultima potrebbe trovare un ruolo nel trattamento dell'episodio maniacale refrattario al trattamento, considerato il profilo degli effetti collaterali fra cui l'agranulocitosi è particolarmente grave) (Santosh, 2005; Smarty e Findling, 2007). Così come per gli antidepressivi (vedi sopra) la terapia antipsicotica va istaurata iniziando con dosaggi bassi, da incrementare gradualmente al fine di garantire la massima tollerabilità possibile. Orientativamente, le dosi iniziali per i vari farmaci possono essere (Bazman et al., 2004; Biederman et al., 2005a-b; DelBello et al., 2006; Frazier et al., 2001; Masi et al., 2000): 1) aripiprazolo: da 7,5 a 20 mg/die; 2) clozapina: iniziare con 25 mg la sera, da incrementare di 25 mg/die sino a raggiungere la dose giornaliera di 150-200 mg (schema adottato su pazienti ospedalizzati); 3) olanzapina: iniziare con 2,5 mg/die, da incrementare di 2,5 mg ogni 3 giorni, sino a 10-20 mg/die; 4) quetiapina: iniziare con 25-50 mg/die, ed incrementare sino a 450-600 mg/die; 5) risperidone: iniziare con 0,25-0,5 mg/die (dosi inferiori per pazienti più giovani) raggiungendo progressivamente i 3-5 mg/die (favorendo i dosaggi inferiori). Attualmente si presta sempre maggiore attenzione alla possibilità di realizzare efficaci associazioni farmacologiche per i soggetti che non hanno risposto alla monoterapia (Findling, 2005). La mancata risposta ad una molecola non è predittiva di resistenza ad un'altra molecola differente, in sostituzione della prima (Kowatch et al., 2005), per questo motivo qualora non si apprezzi risposta ad un tentativo terapeutico con una prima molecola, è lecito sostituirla con una differente, anche della stessa classe (ad es., sostituzione di uno stabilizzante con un altro stabilizzante). Nel caso il tentativo terapeutico ottenga una risposta parziale, è opportuno adottare una associazione fra farmaci antimaniacali, ricorrendo almeno in prima battuta alle associazioni per cui si è evidenziata una maggior efficacia: fra litio e valproato o aloperidolo, e fra valproato e risperidone o quetiapina, le quali possono garantire una percentuale di risposta sino a percentuali dell'85-90% dei soggetti trattati (Findling, 2005). Prima di formulare un giudizio di inefficacia di un farmaco occorre attendere da 4 a 6 settimane di terapia, e sino ad 8 settimane per il litio (Santosh, 2005). Inoltre, l'associazione di uno stabilizzante con un antipsicotico va preferita qualora sia presente sintomatologia psicotica, la quale appare più frequentemente nelle forme adolescenziali di DBP rispetto a quelle dell'età adulta (Pavuluri et al., 2004). Il trattamento profilattico dell'episodio maniacale deve protrarsi per almeno 12-24 mesi dalla risoluzione dell'episodio stesso (Kowatch et al., 2005).

CONCLUSIONI

L'esame dei dati disponibili relativamente alla terapia psicofarmacologica del DDM e del DBP in adolescenza permette di trarre alcune importanti conclusioni. Una lezione deriva dal fatto che

il 50% dei soggetti ha al termine della sperimentazione mostrato una risposta positiva (25/50); alternativamente, con analisi ITT, sarà solo il 25% dei pazienti ad aver risposto (25/100).

l'esame di tutti i dati disponibili, e non solo a quelli pubblicati, ha permesso di fornire risposte ad un importante problema di salute pubblica, ed ha inoltre stimolato un più rigoroso approccio al tema della terapia antidepressiva negli adolescenti. Possiamo ora dire con ragionevole affidabilità che sono disponibili terapie psicofarmacologiche efficaci e tollerabili, che risultano notevolmente potenziate quando associate alla psicoterapia (e viceversa); tali terapie devono essere attentamente valutate nella scelta del farmaco e nei dei dosaggi di questo, esse vanno inoltre attentamente monitorate ed applicate per lunghi periodi, anche al fine di prevenire ricadute. Vi è comunque bisogno di ulteriori dati, in particolare per quanto riguarda le forme che resistono alla terapia, agli esiti a lungo termine, ed alla applicabilità delle evidenze ottenute per il DDM ed il DBP al trattamento di altri disturbi dell'umore.

BIBLIOGRAFIA

American College of Neuropsychopharmacology: Executive Summary Preliminary Report of the Taskforce on SSRIs and Suicidal Behavior in Youths. American College of Neuropsychopharmacology, Washington, DC, 2004.

Anonimo: Dichiarazione pubblica dell'EMA sugli antidepressivi nei bambini e negli adolescenti. Bollettino d'Informazione sui Farmaci, 12, 76, 2005.

Arango C., Parellada M., Moreno D.M.: Clinical effectiveness of new generation antipsychotics in adolescent patients. European Neuropsychopharmacology, 14, s471-s479, 2004.

Barzman D.H., DelBello M.P., Kowatch R.A., Gernert B., Fleck D.E., Pathak S., Rappaport K., Delgado S.V., Campbell P., Strakowski S.M.: The effectiveness and tolerability of aripiprazole for pediatric bipolar disorder: a retrospective chart review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 14, 593-600, 2004.

Bhatia S.K., Bhatia S.C.: Childhood and adolescent depression. American Family Physician, 75, 73-80, 2007.
Biederman J., Mick E., Wozniak J., Aleardi M., Spencer T., Faraone S.V.: An open-label trial of risperidone in children and adolescents with bipolar disorder. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15, 311-317, 2005a.

Biederman J., McDonnell M.A., Wozniak J., Spencer T., Aleardi M., Falsozone R., Mick E.: Aripiprazole in the treatment of pediatric bipolar disorder: a systematic chart review. CNS Spectrum, 10, 141-148, 2005b.
Boylan K., Romero S., Birmaher B.: Psychopharmacologic treatment of paediatric major depressive disorder. Psychopharmacology, 191, 27-38, 2007.

Bridge J.A., Iyengar S., Salary C.B., Barbe R.P., Birmaher B., Pincus H.A., Ren L., Brent D.A.: Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. Journal of the American Medical Association, 297, 1683-1696, 2007.

Coghill D., Usala T.: Mood disorders in children and adolescents. Psychiatry, 5, 123-127, 2006.
Costello E.J., Erkanli A., Angold A.: Is there an epidemic of child or adolescent depression? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 1263-1271, 2006.

Dekker M.C., Ferdinand R.F., van Lang N.D.J., Bongers I.L., van der Ende J., Verhulst F.C.: Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48, 657-666, 2007.
DelBello M.P., Kowatch R.A., Adler C.M., Stanford K.E., Welge J.A., Barzman D.H., Nelson E., Strakowski S.M.: A double-blind randomized pilot study comparing quetiapine and divalproex for adolescent mania. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 305-313, 2006.

Emslie G.J., Rush A.J., Weinberg W.A., Kowatch R.A., Carmody T., Mayes T.L.: Fluoxetine in child and adolescent depression: acute and maintenance treatment. Depression and Anxiety, 7, 32-39, 1998.

Emslie G.J., Heiligenstein J.H., Hoog S.L., Wagner K.D., Findling R.L., McCracken J.T., Nilsson M.E., Jacobson J.G.: Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 1397-1405, 2004.

European Commission: Report on the State of Young People's Health in the European Union, 2000.

Essau C., Dobson K.: Epidemiology of depressive disorders. In: Essau C., Petermann F., Northvale N.J. (Eds.): *Depressive Disorders in Children and Adolescents: Epidemiology, Course and Treatment*. Jason Aronson, Washington, DC, USA, 1999.

Findling R.L.: Update on the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *European Psychiatry*, 20, 87-91, 2005.

Findling R.L., McNamara N.K.: Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents. *Clinical applications*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(s6), 30-44, 2004.

Findling R.L., McNamara N.K., Stansbery R.J., Feeny N.C., Young C.M., Peric F.V., Youngstrom E.A.: The relevance of pharmacokinetic studies in designing efficacy trials in juvenile major depression. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16, 131-145, 2006.

Food and Drug Administration: FDA public health advisory: reports of suicidality in pediatric patients being treated with antidepressant medications for major depressive disorder (mdd). statement regarding the anti-depressant. www.fda.gov/cder/drug/advisory/mdd.htm (accesso in data 24 luglio 2007)

Frazer J.A., Biederman J., Tohen M., Feldman P.D., Jacobs T.G., Toma V., Rater M.A., Tarazi M.A., Kim G.S., Garfield S.B., Sohma M., Gonzalez-Heydrich J., Riser R.C., Nowlin Z.M.: A prospective open-label treatment trial of olanzapine monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, 239-250, 2001.

Geller B., Sun K., Zimmerman B., Luby J., Frazier J., Williams M.: Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents: a preliminary study. *Journal of Affective Disorders*, 34, 259-268, 1995.

Goodman W.K., Murphy T.K., Storch E.A.: Risk of adverse behavioral effects with pediatric use of antidepressants. *Psychopharmacology*, 191, 87-96, 2007.

Hammad T.A., Laughren T., Raccosin T.: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63, 332-339, 2006.

Jick H., Kaye J., Jick S.S.: Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *Journal of the American Medical Association*, 292, 338-343, 2004.

Kaufman J., Martin A., King R.A., Charney D.: Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biological Psychiatry*, 49, 980-1001, 2001.

Kowatch R.A., DelBello M.P.: Pharmacotherapy of children and adolescents with bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 28, 385-397, 2005.

Kowatch R.A., Suppes T., Carmody T.J., Bucci J.P., Hume J.H., Kromelis M., Emslie G.J., Weinberg W.A., Rush A.J.: Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 713-720, 2002.

Kowatch R.A., Fristad M., Birmaher B., Wagner K.D., Findling R.L., Hellander M., and the Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder: Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 213-235, 2005.

Masi G., Mucci M., Millepiedi S.: Clozapine in adolescent inpatient mania. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 93-99, 2002.

Moreno C., Arango C., Parellada M., Shaffer D., Bird H.: Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115, 184-195, 2007.

Mosholder A.D.: Suicidality in Pediatric Clinical Trials of Antidepressant Drugs: Comparison between Previous Analyses and Columbia University Classification. Food and Drug Administration, 2004.

National Institute for Clinical Excellence: Depression in Children and Adolescents. National Institute for Clinical Excellence, Londra, 2005.

Olfson M., Shaffer D., Marcus S.C., Greenberg T.: Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60, 978-982, 2003.

Panei P., Arcieri R., Marzi M., Knellwolf A.L.: Bambini e psicofarmaci: tra incertezza scientifica e diritto alla salute. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 20, 7-8, 2007.

Parker G.: Depressive symptoms in adolescence may increase the risk of psychiatric disorders in early adulthood. *Evidence Based Mental Health*, 60, 15, 2003.

Research Units of Pediatric Psychopharmacology: Fluvoxamine for anxiety in children. *New England Journal of Psychiatry*, 344, 1279-1255, 2001.

Rowe L., Tonge B., Melvin G.: When should GPs prescribe SSRIs for adolescent depression? *Australian Family Physician*, 33, 1005-1008, 2004.

Rutter M., Kim-Cohen J., Maughan B.: Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 276-295, 2006.

Santone G., Monaci A., Lazzarotto Muratori M., Ciarafoni C., Borsetti G.: Efficacia della psicofarmacoterapia nella prevenzione del suicidio. In: Mircoli G., Marchegiani S. (Eds.): *Il Lavoro di Vivere. Atti del XXI Convegno della Società Italiana di Psichiatria – Sezione Marche*. Ancona, 27 settembre 2003. Società Italiana di Psichiatria – Sezione Marche, Ancona, 2005a.

Santone G., Monaci A., Lazzarotto Muratori M., Ciarafoni C., Borsetti G.: Psicofarmacoterapia dei disturbi della condotta in adolescenza. In: Nardi B., Bandoni M., Capecchi I. (Eds.): *Approccio all'Adolescente Difficile. Atti del VI Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista*. Ancona, 27 maggio 2005. ASUR Marche – Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2005b.

Shapiro N.A.: Bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 131-141, 2005.

Smarty S., Findling R.L.: Psychopharmacology of pediatric bipolar disorder: a review. *Psychopharmacology*, 191, 39-54, 2007.

Strober M., Lambert C., Schmidt S., Morrel W.: The course of major depressive disorder in adolescents. I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 34-42, 1993.

Treatment for Adolescents With Depression Study Team, 2004: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *Journal of the American Medical Association*, 292, 807-820, 2004.

Wagner K.D., Jonas J., Findling R.L., Ventura D., Saikali K.: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopram in the treatment of pediatric depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 280-288, 2006.

Watanabe N., Hunot V., Omori I.M., Churchill R., Furukawa T.T.: Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 84-95, 2007.

Whittington O.J., Kendall T., Fonagy P., Cottrell D., Cotgrove A., Boddington E.: Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *The Lancet*, 363, 1341-1345, 2004.

Wittchen H.-U., Kessler R.C., Pfister H., Lieb R.M.: Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 14-23, 2000.

Wohlfarth T.D., van Zwieten B.J., Lekkerkerker F.J., Gispen-de Wied C.C., Ruis J.R., Elferink A.J.A., Storosum J.G.: Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 79-83, 2006.

Wolraich M.L.: Review: relying on published data alone overestimates efficacy and safety of SSRIs in children. *Evidence Based Mental Health*, 7, 115, 2004.

Wozniak J., Biederman J., Richards J.A.: Diagnostic and therapeutic dilemmas in the management of pediatric-onset bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(s14), 10-15, 2001.

UMORE E CRISI NEL CICLO DI VITA

LE FLUTTUAZIONI DELL'UMORE

La percezione delle fluttuazioni del tono dell'umore attiene all'esperienza quotidiana della nostra specie. Alcune di queste fluttuazioni, sostenute da emozioni quali la contentezza fino alla sensazione di euforia le consideriamo e le viviamo come momenti positivi e, in generale, produttivi. Momenti di appiattimento emotivo fino alla tristezza le viviamo per contro come esperienze, in generale, negative. A volte siamo in grado d'identificare i fattori che possono innescare questi stati d'animo, altre volte ci sembrano svincolati dalle esperienze quotidiane.

Se analizziamo le fluttuazioni del tono dell'umore potremo rilevare che – con l'eccezione di alcune descrizioni fenomenologiche – si tratta di condizioni meno ampiamente studiate rispetto ad altri stati emozionali, e ciò nonostante l'elevata frequenza quotidiana con cui si presentano e l'importanza delle relative derive in ambito psicopatologico rappresentate dai disturbi dell'umore. Mick Power (1999), ad esempio, sostiene che la tristezza è, a differenza delle altre emozioni di base – gioia, rabbia, disgusto, paura – meno ampiamente studiata, pur essendo una condizione inerente alla natura umana e descritta in varie forme quali quella letteraria, pittorica ecc. Una parziale spiegazione di ciò è che la maggior parte delle ricerche in campo clinico hanno preso in esame e approfondito l'analisi della casistica più estrema, come si possono trovare nella depressione o nel lutto, da considerarsi stati affini ma non equivalenti alla tristezza (Bar-Zisowitz, 2000).

Di fatto le oscillazioni del tono dell'umore sono fenomeni quotidiani molto diffusi e possono pertanto essere considerati “normali”. Per indagarle diventa interessante un approccio di tipo etologico – osservazione dall'esterno – e psicologico, ovvero l'indagine sui meccanismi mentali e relazionali.

Secondo tale ottica, se osserviamo gli stati di euforia – o equivalenti innalzamenti del tono dell'umore – essi s'ingenerano a seguito di successi, aspettative rinforzate, incremento dell'autostima e della fiducia nelle proprie capacità. Svolgono la funzione di spinta all'azione, di facilitazione al superamento degli ostacoli, di apprezzamento sereno delle proprie capacità, di eccitazione per l'approssimarsi del risultato ambito.

Manifestazioni di tipo euforico possono però per diverse persone assumere il significato – più o meno inconsapevole – di una reazione di evitamento rispetto allo stato mentale della tristezza: in questi casi è generalmente presente la spinta all'azione – spinta all'evitamento – ma può mancare la concretizzazione di obiettivi specifici da perseguire.

STATI DI TRISTEZZA E DISPERAZIONE

Sono condizioni molto frequenti e sono considerate emozioni di base. Secondo la lettura dei sistemi motivazionali interpersonali possono essere legati a due condizioni di base:

- a) stato di frustrazione nell'ambito del Sistema Motivazionale Interpersonale (SMI) dell'Attaccamento come reazione alla perdita, vera o presunta che sia;
- b) percezione della propria sconfitta o degli insuccessi quando è attivo il Sistema Agonistico.

Però la mentalizzazione peculiare della nostra specie arricchisce in modo diversificato le condizioni d'innescio di questi stati mentali: ne è esempio la “Sindrome del sopravvissuto”, dove gli aspetti “depressivi” hanno difficoltà a trovare una risoluzione per la mancanza della possibilità di prevenzione e riparazione. Va infatti osservato che uno degli stati mentali che possono innescare la tristezza è rappresentato dall'emozione del senso di colpa che, nell'ottica psicologica, si ascrive ai

SMI, avendo la funzione di prevenzione di insulti/lesioni ai membri della collettività, rispettivamente un valore di riparazione nel momento in cui si sia commesso – più o meno intenzionalmente – un atto lesivo nei confronti di alcuni o tutti membri della collettività: il senso di colpa del sopravvissuto, e la relativa tristezza, per ovvie ragioni non può avere questa tipologia di risoluzione.

L'ottica etologica ci può illuminare sui relativi segnali connessi alla tristezza. Dopo la fase di separazione del cucciolo dalla madre, quest'ultimo attiva la fase di *richiamo* dell'adulto – base sicura – per mezzo di segnali vocali, in genere urlati, che hanno il significato psicologico di segnalazione della propria posizione e di richiamo della figura di accudimento. Qualora queste operazioni non abbiano successo, il cucciolo diventa mutacico, si cerca una posizione protetta, si accuccia in modo “arrotolato” o assume una posizione fetale. Questa fase detta appunto della tristezza e della disperazione ha importanti funzioni – e relativi significati – che consistono da un lato nell'evitamento del pericolo della segnalazione della propria presenza all'eventuale predatore in assenza della figura di protezione; nella funzione di conservazione dell'energia personale, non sprecata in inutili richiami; nella funzione “dolce” di accudimento e infine, nell'ambito della nostra specie, svolge anche un positivo ruolo di stimolo all'autoaccudimento. Protegge inoltre dalle richieste ambientali considerate o sentite come eccessive. Infine, la nostra specie acquisisce anche il significato di uno stato informativo sulla qualità o la cura della relazione con l'altro.

Rispetto a quanto ho detto sopra ci si può chiedere quando le fluttuazioni del tono dell'umore diventano patologiche. La risposta più immediata è che ciò avviene quando i limiti cosiddetti “normali”, quindi socialmente accettati, vengono superati per intensità, continuità, persistenza temporale; ne è un esempio il lutto patologico, definito tale quando la reazione di tristezza e disperazione della perdita subita si protrae per oltre 6 mesi.

Vi sono alcuni costrutti che fungono da attenuatore delle fluttuazione del tono dell'umore: si tratta delle strategie di *coping* cioè di quell'insieme di strategie che si attivano in modo selettivo per fare fronte a eventi complessi potenzialmente pericolosi. Un altro concetto, più recente, è quello di *resilienza*, che rappresenta la capacità di resistere agli eventi negativi o stressanti, sulla base della propria esperienza e quindi anche della propria organizzazione di significato personale (OSP), come analizzeremo meglio in seguito.

Vi sono alcuni principi generali che introducono a una visione costruttivista delle fluttuazioni del tono dell'umore. Si tratta della “coesistenza” fra aspetti generali comuni alle differenti OSP e le particolarità di attribuzione di significato che la singola persona può dare all'esperienza di tali fluttuazioni. Da un lato un principio organizzativo generale affonda le sue radici nell'assetto biologico, dall'altro il valore dell'esperienza personale deriva anche dalla storia di sviluppo individuale. In ambedue i casi, ma soprattutto per quest'ultimo, la concettualizzazione delle OSP come categorie alle quali ricondurre, con tutti i limiti del caso, il funzionamento individuale, risulta essere particolarmente utile.

Pertanto a livello generale rileviamo che il successo in un'azione conduce a una elevazione del tono dell'umore, a un incremento dell'autostima ed eventualmente a una reazione euforica con un corteo di emozioni (gioia, ecc.) che inducono a proseguire nella strada intrapresa e ci informano emozionalmente che la strategia appare percorribile.

L'insuccesso provoca un abbassamento del tono dell'umore e, in generale, un abbassamento dell'autostima. Può essere espresso con una varietà di espressioni emozionali che vanno dalla tristezza (es. perdita vera o presunta), delusione (obbliga a un ripensamento), paura ecc. a meno che non si trovi di fronte a una situazione individuata come pericolosa, nel qual caso possono essere messe in atto strategie di fuga e di evitamento. L'insuccesso tende a porre la persona in una condizione di blocco potenziale avviando l'esperienza della tristezza e della delusione. Tali emozioni – che soggettivamente vengono vissute come negative – hanno però significati potenzialmente positivi, nel senso che la tristezza induce a una potenziale elaborazione della perdita e all'autoaccudimento, mentre la delusione induce a un ripensamento in ordine alle aspettative nel

propri confronti o nei confronti degli altri e stimola una riflessione critica e a una riformulazione del piano strategico d'azione.

Per altro, nella dimensione soggettiva il significato personale fa attribuire un senso differente alla stessa emozione. Meglio, con la stessa parola – tristezza – s'intendono significati, e quindi anche emozioni differenti. Pertanto sotto l'etichetta linguistica di "tristezza" si ritrovano coloriture emozionali e aspetti differenti legati alla diversità del funzionamento individuale. Questo vale anche per la concettualizzazione delle organizzazioni di significato personale.

Se ci spostiamo al punto di vista psicopatologico, possiamo sostenere che, come non esiste "la tristezza" così non esiste "la depressione", bensì esistono stati dell'umore differenti – definiti patologici – accomunati sotto l'etichetta di depressione: ad esempio una persona che ha sviluppato una significativa attitudine alle proiezioni nel futuro, vivrà l'esperienza depressiva in modo differente rispetto a quando il funzionamento individuale è maggiormente centrato sul presente e sul passato.

È ormai ampiamente documentato il ruolo della qualità delle precoci relazioni bambino-caregiver (Murray e Cooper, 1997; Carter et al, 2000; Hay et al, 2001) e del legame di attaccamento sullo sviluppo del bambino stesso (Rubin e Burgess, 2002), in particolare per ciò che concerne un armonico strutturarsi della personalità di quest'ultimo (Teti et al., 1995; Murray et al., 2001). I genitori svolgono infatti una serie di funzioni fondamentali durante la crescita del figlio (Burgess et al., 2003) e in particolare la relazione tra di essi risulta indispensabile poiché:

- favorisce lo sviluppo delle competenze necessarie per un'interazione positiva con i pari fornendo le quelle abilità necessarie a iniziare e mantenere un rapporto con gli altri come, ad esempio, le capacità linguistiche e il controllo degli impulsi;
- fornisce le risorse emozionali e cognitive necessarie per esplorare gli ambienti sociali;
- è foriera di tutte le successive relazioni extrafamiliari. All'interno di questa relazione, il bambino comincia infatti a sviluppare le aspettative sulle proprie interazioni con altre persone e a maturare le strategie per raggiungere gli scopi personali e per proteggere il proprio Sé.

A tale riguardo, è stata ampiamente dimostrata l'importanza della *sensitività materna*, intesa come la capacità di rispondere ai segnali del bambino in modo pronto e adeguato, rispettandone tempi e ritmi. Ciò significa avere riguardo dei tempi del bambino, del suo stile d'attaccamento, mostrare un'attitudine positiva nei suoi confronti, evidenziando la capacità di stimolazione l'evoluzione del bambino stesso (Brenna et al, 2000; Thompson, 2000; De Wolff et al, 1997; Barnard et al, 1995; Bornstein, 1995). Tali costrutti possono essere concettualizzati all'interno del paradigma del *maternal care-giving system* ossia del "prendersi cura materno" (George e Solomon, 1999) che ha caratteristiche simili all'attaccamento infantile di Bowlby (1976).

Molti studi hanno a tal proposito dimostrato che l'attaccamento sicuro facilita sviluppi armonici della personalità, delle capacità cognitive e sociali (Booth et al., 1991) e corrisponde a una ottimale autoregolazione delle emozioni di disagio: è quindi un probabile *fattore di protezione* rispetto a possibili disturbi del comportamento, dell'attenzione e affettivi. Si è infatti dimostrato come i bambini classificati *sicuri* nella prima infanzia affrontino, in età scolare, episodi ripetuti di competizione con i coetanei in modo più funzionale e con maggiori risorse e sono più socievoli rispetto ai bambini il cui attaccamento era stato valutato come *insicuro* (Liotti 1996). Contrariamente, gli attaccamenti insicuri – evitanti e resistenti – comportano uno sviluppo non ottimale del sistema di regolazione delle emozioni e presentano lievi deficit nello sviluppo della metacognizione e della teoria della mente (Meins '97).

Wartner et al. (1994) mostrano che a 6 anni di età i bambini sicuri giocano e risolvono i conflitti sociali con maggiori competenze rispetto ai bimbi insicuri. Inoltre, il *Minneapolis Longitudinal Study* (Sroufe, 1983; Sroufe et al., 1984) indica come i bambini classificati *sicuri* in età prescolare risultino più popolari e siano giudicati dai loro insegnanti come più competenti nella regolazione emotiva, più obbedienti, abbiano una più elevata autostima e percezioni mentali più positive.

Di contro, un legame d'attaccamento *insicuro* è legato a minori risorse e competenze sociali in età prescolare e scolare (Burgess, 2003; Renken et al., 1989). In particolare, la disorganizzazione

dell'attaccamento in età prescolare risulta correlata al successivo fallimento nell'adattamento sociale e rifiuto da parte dei pari in età scolare (Verschueren & Marcoen, 1999; Verschueren, 2001) e sembra inoltre responsabile dello sviluppo di disordini a livello di cognizione sociale e sembra essere implicata nell'evoluzione di alcune forme di psicopatologia (Green & Goldwyn, 2002).

Pertanto, in una dinamica di relazione familiare che rimane stabile nel tempo, la sicurezza dell'attaccamento nell'infanzia rende il bambino più ricettivo in molte aree relative al suo sviluppo sociale, agli stimoli di socializzazione forniti dal caregiver e nello sviluppo della personalità: coscienza, consapevolezza, regolazione emotiva, formazione e mantenimento di relazioni intime importanti come quelle con i pari.

Dal momento in cui lo sviluppo emotivo nei primi anni di vita è un fattore cruciale ai fini di un equilibrato e armonico sviluppo della personalità del piccolo, risulta ancora più importante sottolineare come tale acquisizione sia fortemente legata alle dinamiche relazionali familiari. Recenti lavori (Kerns et al, 2007) mostrano infatti come l'attaccamento sicuro e la madre vista come base sicura siano correlati con più alti livelli di regolazione emotiva funzionale nel figlio e con un umore più positivo. Inoltre, la responsività genitoriale, in situazioni di stress nel bambino, predice in lui una migliore regolazione delle emozioni negative, così come il calore materno sembra essere collegato a una migliore regolazione delle emozioni positive (Davidov e Grusec, 2006). Ciò è confermato dal dato (Ramsden e Hubbard, 2002) secondo cui l'espressività, all'interno della famiglia, di emozioni negative e l'accettazione, da parte della madre, anche delle emozioni negative del proprio bambino, siano direttamente correlate alla regolazione emotiva messa in atto dal bambino e indirettamente collegate alla sua aggressività.

Il *parenting*, inoltre, inteso come stile narrativo materno nei confronti del bambino – parlare del e con il bambino stesso considerandolo come essere dotato di pensieri, emozioni, stati mentali – esercita effetti positivi nella direzione di una maggior sicurezza dell'attaccamento nel figlio, dell'acquisizione futura di adeguate competenze socio-emotive con i pari in età scolare e di più elevati punteggi alle scale di valutazione del temperamento nei termini di “buon adattamento all'ambiente” (Laible 2004).

All'opposto, invece, difficoltà nella relazione bambino-caregiver, così come una certa incapacità da parte della madre di modulare un'adeguata vicinanza emotiva con il proprio bambino, favoriscono in questo la formazione di disturbi emotivi interiorizzati o esteriorizzati (Burgess et al., 2003; Whiffen et al, 2005). Inoltre un atteggiamento ostile e di disapprovazione della madre nei confronti del figlio risulta correlato con una maggiore difficoltà di regolazione emotiva globale attuata dal bambino (Hinshaw e Hinshaw, 2001) e ciò pare oltremodo legato al fatto che la manifestazione di affetti negativi da parte del figlio può indurre la madre a tentare di reprimere tali emozioni, mostrando così carenze nella sensibilità di risposta alle necessità del piccolo.

Pertanto, in linea con quanto indicato, si evince che livelli elevati di ansia nei genitori o una loro difficoltà di regolare le proprie emozioni risultano associati in senso negativo con i comportamenti di regolazione emotiva nel bambino (Carson, Parke, 1996; Hinshaw e Hinshaw, 2001).

Inoltre, una serie di ricerche compiute sullo stato mentale della madre durante la gravidanza e nel periodo postnatale hanno appurato che si sviluppano effetti a lungo termine sul comportamento e sullo stato cognitivo del bambino (Ainsworth et al, 1978; Brennan et al, 2000). A sostegno di ciò, emerge anche come in un contesto di depressione materna la continuità dell'interazione emotiva e la capacità di regolare reciprocamente l'interazione risultino particolarmente perturbati a causa di una maggiore perdita dell'iniziativa o di un'iperstimolazione intrusiva: tutto ciò sembra sortire importanti effetti rispetto allo sviluppo del bambino e all'insorgere di disturbi di tipo comportamentale, cognitivo ed emotivo (Cooper & Murray, 1998; Gamble et al., 2005; Hay et al, 2001).

Un importante e recente studio longitudinale (Johnson, 2006) – che indaga l'effetto del *parenting* rispetto al rischio che il bambino presenti in età adulta disturbi della personalità, vale a dire malattie psichiatriche vere e proprie, come il comportamento schizoide o le sindromi paranoide – mostra proprio che l'associazione di una serie di atteggiamenti disfunzionali dei genitori – come ad

esempio un'eccessiva assenza fisica, punizioni molto dure, scarse manifestazioni d'affetto, cattiva comunicazione – determina un aumento del rischio di sviluppo di disturbi della personalità nel figlio. Ciò in linea con la tesi secondo la quale la trasmissione di disturbi psichiatrici lungo le generazioni dipende soprattutto dal comportamento parentale e non tanto da fattori genetici.

In letteratura è altresì messa in evidenza l'associazione tra fattori socio-culturali – in particolare la relazione genitore-bambino – e lo sviluppo di disordini comportamentali nel bambino stesso nonché le ricadute nei termini di competenze di gestione delle relazioni sociali (McGee et al., 1984; Schachar et al., 1981; Barkley et al., 1992; Taylor et al., 1991). Keown e Woodward (2002) segnalano inoltre come l'iperattività e i disturbi della condotta siano associati a un atteggiamento di trascuratezza importante da parte delle figure genitoriali, in particolare alla mancanza di comunicazione con il padre e la mancanza di interazioni affettive con la madre. Gli stessi autori inoltre (Keown e Woodward, 2006) evidenziano come i bambini con iperattività sviluppino un comportamento più aggressivo nei confronti dei pari, siano meno inclini a collaborare o aiutare gli altri bambini e tutto ciò con seri e importanti risvolti sull'evoluzione globale del piccolo.

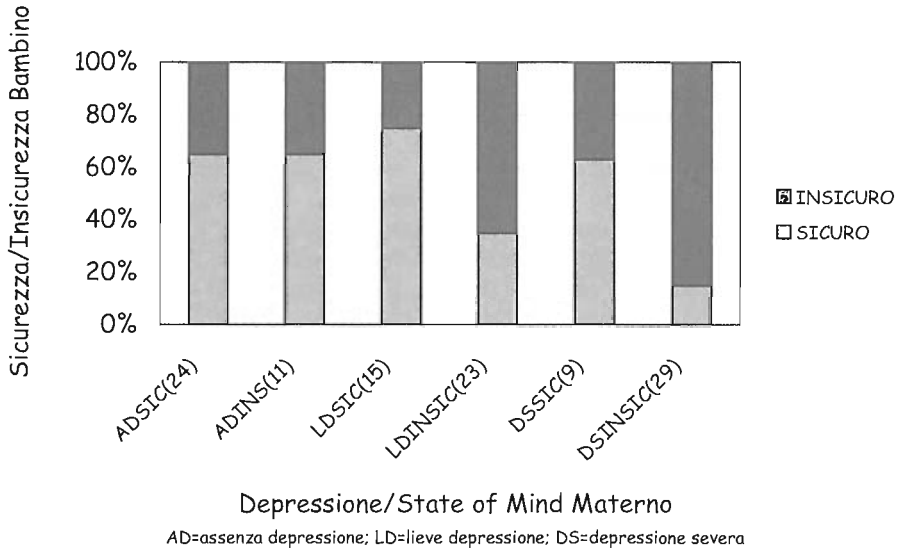
Anche la salute fisica, per certi importanti aspetti, è legata alla qualità delle relazioni interpersonali (Feeney, 2000; Ciechanowski et al, 2002). Il modo, ad esempio, in cui i bambini percepiscono una situazione come stressante dipende, in larga misura, dalle interazioni e dalla relazione con il *caregiver* (Cole et al, 1994). Se il *caregiver* non è in grado di fornire supporto empatico al bambino per regolare le proprie emozioni, questi si troverà in uno stato di stress psicologico, soprattutto se questo avviene in modo costante (Tronick, 1989; Weinberg e Tronick, 1996).

Pertanto una “adequata” relazione bambino-*caregiver* caratterizza con un'elevata percentuale un legame di attaccamento sicuro, che è in grado di mediare le conseguenze fisiologiche dello stress (Gunnar et al, 1996).

Risulta dunque fondamentale, ai fini di un equilibrato e armonico sviluppo della personalità del bambino, riflettere sull'importanza di una efficace relazione di attaccamento come fattore protettivo in grado di mediare gli effetti derivanti da situazioni socio-ambientali sfavorevoli, avverse e negative. A tal proposito il grafico 1 (cfr. grafico 1), tratto da un'interessante studio (Mc Mahon et al., 2006) mostra proprio come la depressione materna sia correlata all'insicurezza dell'attaccamento nel bambino solo se in congiunzione con uno *State of Mind* materno insicuro. Ne consegue quindi che la sicurezza o meno dello *State of Mind* materno relativo all'attaccamento può costituire un fattore in grado di mediare la relazione tra depressione materna e l'instaurarsi dell'insicurezza dell'attaccamento madre-bambino. Uno *State of Mind* sicuro nella madre è quindi una risorsa, un fattore protettivo rispetto ai rischi delle conseguenze sulla relazione madre-bambino e sullo sviluppo armonico di quest'ultimo.

La significativa rilevanza, di quanto sopra specificato conduce a meglio delineare il concetto di *resilience* e a considerare l'importanza della necessità di presa in carico e sostegno della coppia madre-bambino in tutte quelle situazioni caratterizzate da disordini della relazione. Ciò anche al fine di favorire una coerente e funzionale elaborazione delle proprie esperienze infantili negative con i propri genitori e poter quindi interrompere la trasmissione intergenerazionale dell'insicurezza dell'attaccamento e di conseguenza riuscire a mediare gli effetti di condizioni sociali e ambientali sfavorevoli sulla relazione madre-bambino. Riflettendo ancora sui fattori protettivi rispetto all'evoluzione di disordini nello sviluppo del bambino, recenti studi (Cook et al., 2006; Zaccagnino et al., 2007) mostrano come in situazioni caratterizzate da esperienze infantili negative con i genitori – come ad esempio maltrattamenti, rifiuto o trascuratezza – lo sperimentare una relazione significativa dal punto di vista emotivo con figure diverse dai genitori durante l'infanzia, ovvero un'esperienza di psicoterapia in età adulta, costituiscano fattori in grado di modificare lo *State of Mind* nei termini di incremento della funzione riflessiva (Fonagy et al., 1998) e di una conseguente maggior capacità di elaborazione delle proprie esperienze di attaccamento, determinando così la possibilità di spezzare il ciclo disfunzionale di trasmissione dell'insicurezza dell'attaccamento tra le generazioni.

GRAFICO 1 (McMahon et al., 2006)



Quanto esposto risulta infine particolarmente rilevante soprattutto a fini clinici poiché la conoscenza dei processi relazionali sottostanti al rapporto di attaccamento, può contribuire a capire l'etiologia, la stabilità e dunque orientare il trattamento con particolare riferimento alla comprensione e alla gestione delle emozioni. Nello specifico, la psicoterapia che utilizza come base la teoria dell'attaccamento sembra sortire effetti positivi nei termini di miglioramento dei disturbi di regolazione emotiva (Guttmann-Steinmetz e Crowell, 2006).

UMORE E ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE NELL'ADULTO

In questa sezione s'intendono trattare le emozioni correlate alla tristezza in relazione alle differenti OSP. Non entreremo nel merito della costruzione e del funzionamento delle OSP, per le quali si rimanda a specificazioni più generali della letteratura (Guidano, 1988; 1992; Reda, 1986; Arciero, 2003; 2006; Nardi, 2007; Bara, 2006; Lambruschi, 2004; Strepparava e Rezzonico, 2004).

I volitivi – ODP fobica

Benché la storia evolutiva sia simile, dal punto di vista clinico può essere interessante differenziare in questa organizzazione due versanti: quello agorafobico e quello claustrofobico.

Questi ultimi sono persone attive, intraprendenti che hanno un buon concetto di sé, spesso tese a misurarsi in "sfide" volte a verificare e superare i limiti personali. Sul piano relazionale, intrattengono rapporti ambivalenti con la figura che rappresenta la "base sicura". Sul piano personale, tentano di evitare e superare il senso di fragilità e debolezza personale, spesso malcelato, che può emergere sotto forma di sintomatologia ansiosa e attacchi di panico a fronte di eventi che acquisiscono il senso d'insuccesso o di perdite, vere o presunte.

In queste persone la polarità emozionale euforia/tristezza risulta essere associata in modo importante alla dimensione ansiosa, la quale tende a "coprire" le altre emozioni, evitando o

impedendo la loro percezione. Nella polarità euforica si evidenzia uno stato di ipervigilanza e di iperattività soddisfatta, nella polarità di tristezza sarà presente una velata dimensione ansiosa che tende a impedire la percezione della dimensione della tristezza. Sotto questo profilo tale modalità di funzionamento, impedendo l'emergenza della tristezza, può diventare un *fattore protettivo* nei confronti della depressione. Solo di fronte a reiterati insuccessi che fanno emergere una condizione di stabile fragilità e debolezza avrà sì potrà configurare una condizione depressiva che assumerà le caratteristiche di una depressione ansiosa.

I soggetti del versante *agorafobico* hanno una più elevata percezione soggettiva dei potenziali pericoli e un maggior radicamento consapevole nei confronti della potenziale base sicura. Pur essendo pure loro abbastanza refrattari ad accedere alla dimensione della tristezza, di fronte al pericolo della perdita presunta la condizione ansiosa, pur presente a volte anche in modo significativo, risulta meno protettiva nei confronti della tristezza e del progressivo scivolamento nella condizione depressiva. In particolare ciò avviene quando la persistenza di una qualità di vita costrittiva e ampiamente limitante fa emergere in tutta la sua drammaticità la condizione depressiva.

Il caso di Franca

Si tratta di una donna manager di poco oltre 40 anni di importanti capacità professionali che intraprende una terapia a seguito di una serie di attacchi di panico per lei inspiegabili. Dopo pochi mesi gli attacchi di panico sono scomparsi in quanto Franca è in grado di individuare e gestire quelle increspature ansiose che precedentemente esitavano in attacchi di panico. Spesso è anche in grado, eseguendo la "moviola" da sola, di identificare le emozioni che hanno suscitato queste increspature.

Un giorno si presenta affermando qualcosa che non va sul lavoro: non è più tesa all'efficienza come un tempo, le ore le sembrano lunghe e, per la prima volta nella vita, qualche mattina si sveglia con il desiderio di non andare al lavoro. L'indagine mostra che l'efficienza lavorativa non solo non è diminuita ma è addirittura aumentata; che ha ricevuto attestazioni positive da parte dei superiori e che recentemente alcuni suoi subordinati le hanno apertamente dichiarato la loro contentezza a lavorare con lei. Quindi, in teoria, tutto va per il meglio. Nel processo di costruzione condivisa di senso emerge che la spinta motivazionale al lavoro si è stemperata anche in relazione a motivazioni di tipo familiare e, più in generale, per una diversificazione degli interessi. E' come se la "sindrome adrenalinica" che aveva sostenuto il suo impegno lavorativo fino a poco prima, fosse venuta meno, peraltro consentendo addirittura un incremento dell'efficienza. Si discute, quindi della percezione soggettiva e delle condizioni emozionali a fronte dei dati da lei stessa riferiti. Emerge quindi che Franca si permette il "lusso" di percepire emozioni come la stanchezza, la noia per alcune mansioni poco interessanti, una certa tristezza per la propria condizione relazionale: tutte cose molto naturali e comuni la cui percezione era prima inibita dalla condizione ansiosa. In chiusura della seduta, il terapeuta commenterà in modo benevolo: "Benvenuta fra noi umani!..."

I duttili – OSP da Disturbo Alimentare Psicogeno (DAP)

Caratterizzati da una "percezione vaga e indefinita di sé", i DAP sono soggetti a importanti variazioni del tono dell'umore in relazione alla sensibilità nei confronti della percezione esterna del senso di sé. Questo determina una ipersensibilità al giudizio altrui sia effettivo che soprattutto presunto. In genere è proprio la presunzione rispetto al giudizio altrui che attiva la dimensione emozionale: una percezione positiva (lodi, successi, ecc...) determineranno un innalzamento dell'autostima e quindi del tono dell'umore, a una percezione negativa seguirà un abbassamento dell'autostima e quindi del tono dell'umore. Tali fluttuazioni possono essere abbastanza ampie e frequenti tanto da presentarsi anche più volte nell'arco di una giornata. Queste fluttuazioni che possono rappresentare clinicamente delle vere e proprie distimie, sono anche responsabili del fatto che in passato i Disturbi del Comportamento Alimentare sono stati considerati da alcuni studiosi come una sottocategorie dei Disturbi dell'Umore.

Le fluttuazioni dell'autostima coinvolgono ovviamente il giudizio su di sé e sul proprio valore: il senso di valore personale, essendo un nucleo centrale del funzionamento DAP, ha scarse possibilità di mediazione nei confronti dell'importanza delle fluttuazioni, fenomeno che avviene in misura nettamente minore nelle altre OSP.

Sul piano emozionale, è centrale il senso di inadeguatezza che può svilupparsi fino alla percezione del senso di vuoto. I meccanismi di evitamento rispetto a tale condizione emozionale sgradevole sono molteplici e possono avere delle valenze anche di tipo positivo come lo sviluppo della capacità di sognare a occhi aperti e quindi sviluppare anche un'interessante capacità immaginifica e progettuale. Peraltro questa stessa caratteristica può diventare un fattore di amplificazione delle fluttuazioni del tono dell'umore. Questo aspetto è particolarmente presente nelle persone in cui prevale il versante cosiddetto *bulimico*, caratterizzato per l'appunto dalla percezione del senso di inadeguatezza personale. Tale senso di inadeguatezza può sfociare nel senso di vuoto ma anche di perplessità, disorientamento, estraneità, noia, oppure attivare il versante dell'ansia e del panico o quello della tristezza e della disperazione.

Fra le emozioni caratteristiche di questa modalità di funzionamento va richiamata la *delusione*, sia nel versante di *deludere*, che di *essere delusi*. La delusione è un'emozione "cognitiva", nel senso che attiva un ripensamento rispetto alla situazione che si è creata. In genere si attiva a seguito di un ostacolo rispetto al conseguimento dell'obiettivo e l'emozione induce un ripensamento rispetto alla situazione, al ruolo proprio e altrui e quindi a una riformulazione e riprogettazione dell'azione. Quando la delusione è troppo intensa, il meccanismo di blocco all'azione – che dovrebbe condurre alla fase di valutazione – non si evolve e l'individuo resta incastrato in tale posizione per cui si ha in genere l'emergenza del senso di inadeguatezza con la sequenza sopra descritta.

Il caso di Veronica

Veronica è una diciassettenne a organizzazione DAP che ha un diabete di difficile compensazione; ha crisi bulimiche da oltre un anno, per lei assolutamente immotivate e prive di nesso causale con l'esperienza quotidiana. Inviata in psicoterapia dall'internista, preoccupato dagli effetti patogeni delle abbuffate, Veronica racconta che sabato mattina, improvvisamente, ha avuto un impulso irrefrenabile ad abbuffarsi. Alla moviola retrospettiva risulta che il giorno precedente si era verificata a scuola un'importante incomprensione non chiarita con un docente per lei altamente significativo. Dopo un iniziale stato di perplessità si era sviluppata rabbia quindi un rilevante senso di delusione che via via nel pomeriggio si era trasformato dapprima in una profonda tristezza, quindi in una sensazione poco definibile, comunque simile al languore, condizione che attenuava la percezione delle emozioni e che neanche l'invito del suo ragazzo per un aperitivo serale poteva modificare, invito che peraltro aveva rifiutato col pretesto del mal di testa. Questa condizione emozionale verrà in seguito riconosciuta come una di quelle predisponenti l'attacco bulimico. In effetti il mattino successivo persiste questo stato di languore, non si reca a scuola (essendo la prima della classe e diabetica godeva di privilegi ufficiali) e, dopo l'uscita di casa della madre, "improvvisamente" viene colpita dal forte attacco bulimico. Al termine della seduta, la paziente converrà che l'attacco bulimico era tutt'altro che improvviso ma era stato "preparato" fin dal giorno precedente; che la sensazione di languore aveva una funzione di protezione nei confronti della profonda tristezza; che tale sensazione, avente comunque anche un modico valore di autoaccudimento, era un fattore predisponente all'abbuffata; che se avesse accettato l'invito del suo ragazzo presumibilmente questo stato mentale si sarebbe drasticamente modificato.

Le OSP più polarizzate sul versante *anoressico* mostrano, rispetto al versante *bulimico*, una maggiore capacità di analisi e discriminazione delle emozioni. Questa capacità decisamente maggiore appare però limitata alle emozioni dette "più superficiali" cioè quelle meno direttamente connesse col senso di sé. Infatti lo scompenso *anoressico* deriva in genere dall'impossibilità di cogliere e gestire tali emozioni originate ad esempio da separazioni percepite come globalmente rifiutanti oppure da emozioni nettamente contrastanti rispetto all'idea che la persona ha di sé. Quindi vi è la possibilità di esperire emozioni come la tristezza purché non radicate in modo importante nel senso di sé. L'iperattività, il perfezionismo, fino all'anestesia emozionale della

condizione anoressica – dove tutta l'attenzione è volta al controllo del cibo e del corpo – sono modalità di evitamento dell'emergenza di tali emozioni profonde.

Il caso di Federica

Federica ha 21 anni, è studentessa universitaria, interrompe in primavera una storia affettiva importante ma prematura e durante il successivo soggiorno estivo all'estero, dopo una fase di euforia e iperattività, al rientro in Italia inizia a nutrirsi poco fino a raggiungere una condizione di importante dimagrimento. Durante la terapia riconoscerà che aveva lasciato il proprio partner perché era "troppo importante", perché avrebbe implicato un profondo coinvolgimento emotivo e progettuale. Inoltre la non accessibilità a queste importanti emozioni avevano impedito l'emergenza della tristezza in relazione alla separazione e quindi all'elaborazione della stessa. Infine, il mancato riconoscimento della condizione di disagio durante il soggiorno di studio all'estero, a fronte di un'immagine di sé come forte e invincibile basata su una dimensione di pseudoautonomia forzata, ha provocato la situazione di scompenso che assume il significato di tentativo di anestesia emozionale.

Sia con le persone del versante anoressico che con quelle del versante bulimico è importante il lavoro di riconoscimento e differenziazione emozionale. Ciò può essere fatto in vario modo: uno strumento che si è rivelato utile in clinica, peraltro assieme ad altri consimili, è l'uso del TREQ (*Trantor Emotions Questionnaire*) di Rezzonico e Bisanti (2002).

Per quanto concerne il lavoro clinico sul senso di vuoto, che spesso è presente nelle organizzazioni DAP, in altra sede (Rezzonico e Bisanti, 2005) è stata presentata una modalità di intervento volta a decostruire il senso di vuoto. Si tratta, in altri termini, di modificare la percezione del senso di vuoto: il *senso di vuoto* "non è vuoto" ma in esso, partendo dai margini, è possibile differenziare in altre emozioni quali la tristezza, disperazione, perplessità, inadeguatezza, estraneità, disorientamento, senso dell'ignoto, ansia, panico, noia (cfr. grafico 2)

I metodici – OSP Ossessiva

L'OSP ossessiva è caratterizzata dalla difficoltà di integrare, in modo perfetto e contemporaneo, le due immagini opposte di sé e quindi degli altri e del mondo. La necessità di controllo conduce di fatto a una dipendenza dai meccanismi costrittivi irrazionali ed espone a variazioni umorali apparentemente incongrue. La difficoltà di gestione *soft* delle emozioni è generalizzata e particolarmente evidente per quanto concerne la rabbia e quelle collegate alla dimensione della sessualità. Le variazioni umorali apparentemente incongrue sono di fatto spesso correlate a situazioni ed eventi di cui è difficile reperire il significato. L'incapacità a gerarchizzare diventa inoltre un fattore favorente queste variazioni umorali. Si possono quindi avere a livello psicopatologico dei fenomeni distimici, mentre gli aspetti palesemente depressivi sono in genere secondari, legati alle condizioni di vita costrittive e limitanti che il disturbo persistente provoca. L'esperienza nel disturbo ossessivo è sfiancante sia per la sua persistenza nel tempo, con le relative fluttuazioni sintomatiche, sia perché si tratta spesso di persone intelligenti che si rendono conto della "stupidità", peraltro incoercibile, del proprio comportamento. Ciò può dar luogo a condizioni depressive anche di importante gravità con l'emergenza di ideazioni suicide viste come unica soluzione per rompere un circolo vizioso che si ritiene imm modificabile. Ciò fa sì che in almeno un terzo dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi si ritrovi in comorbilità la condizione depressiva.

Un cenno a parte merita la difficoltà a gerarchizzare che si riflette anche sulla percezione del miglioramento della propria condizione.

Il caso di Andrea

Andrea è un professionista di 45 anni che dall'età dell'adolescenza ha sintomi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo correlati con l'area delle emozioni di rabbia e della sessualità. È reduce da ripetute terapie, farmacologiche e psicoterapeutiche, che sembrano non avere modificato in modo sostanziale il quadro clinico. Nei primi colloqui emerge una dimensione depressiva e suicidale importante che si attenua nei mesi successivi in relazione a una significativa riduzione della sintomatologia. Un giorno arriva abbastanza arrabbiato affermando che la psicoterapia e la

psicofarmacologia comunque abbinata, non siano servite a nulla. La percezione soggettiva è appunto di fallimento e orienta all'interruzione del trattamento. Poiché al paziente era stato somministrato con cadenza circa bimensile il TREQ (Rezzonico e Bisanti, 2002) – questionario composto da una lista di emozioni che la persona è invitata a indicare e ponderare - è stato possibile ricostruire le importanti variazioni, in senso positivo, del tono dell'umore. Infine una quantificazione dei sintomi ossessivi ha reso possibile l'evidenza "razionale" del miglioramento fino a quel momento ottenuto.

I riflessivi responsabili – OSP Depressiva

L'OSP depressiva si costruisce attorno al senso di indegnità e di non amabilità personale per cui risulta particolarmente sensibile all'attivazione di emozioni quali tristezza, disperazione, senso di colpa, ma anche rabbia etero o autodiretta. Queste emozioni vengono attivate da esperienze di perdita, vera o presunta, solitudine, rifiuto, insuccesso. Una modalità di evitamento di questa dimensione può portare, più o meno stabilmente, a una condizione di tipo euforico. Sono persone serie, responsabili, con un forte senso altruistico e dell'amicizia, che possono sviluppare una piacevole autoironia utile per avere un minimo di distacco da sensazioni negative più profonde. Sarebbe possibile sviluppare un trattato sulla tristezza e disperazione ma in un'ottica costruttivista è più opportuno sottolineare alcuni aspetti.

Il primo concerne, nella dimensione etologica e psicologica sopra menzionate, il fatto che la condizione depressiva presenta degli aspetti intrinsecamente positivi, che a volte possono tradursi anche in "vantaggi secondari" che possono anche ostacolare il processo di guarigione.

Come detto l'esperienza depressiva è una condizione di risparmio energetico e di minore esposizione a stressor e a richieste ambientali che non si è in grado di soddisfare, è anche un segnale, un'informazione, che le energie si stanno esaurendo o che occorre modificare la modalità per affrontare la situazione. Può assumere il significato di autoaccudimento e di richiesta dell'aiuto altrui.

Un altro aspetto, solo occasionalmente valorizzato in ambito psichiatrico, concerne il fatto che l'esperienza depressiva conduce a un modo differente di percepirsi e di guardare dentro di sé. E' in tale condizione che si possono percepire, per tempi e per modi, perturbazioni che non vengono considerate nello stato timico normale; è esperienza clinica che la persona in condizione depressiva ha fatto delle "scoperte" – su sé o sugli altri – che poi è in grado di razionalizzare e finalizzare quando riacquista il normale stato timico. Questo è un aspetto proprio inerente la creatività connessa a una particolare condizione emozionale che consente di "leggere" da un punto di vista differente la complessità della cosiddetta realtà.

Il caso di Luca

Chiedo a Luca, 30 anni, diagnosticato secondo il DSM come Disturbo Bipolare e Disturbo di Personalità NAS le sue considerazioni sulla propria situazione attuale – caratterizzata da un abbassamento del tono dell'umore – anche alla luce del percorso terapeutico fatto assieme.

Rezz.: *Noi abbiamo fatto un lavoro sulla conoscenza di sé e le emozioni. In particolare, se uno si concentra sulle emozioni che sottendono e caratterizzano l'umore: la tristezza, la gioia, la disperazione, l'allegria ecc., mi puoi dire cosa hai imparato e come vedi la tua situazione attuale.*

L.: *Io sono partito che ero totalmente in balia delle emozioni. I passaggi da gioia a disperazione erano assolutamente slegati dalla realtà. Secondo me la differenza rispetto a prima è questa: in tutto il percorso che abbiamo fatto, quando provo un'emozione oggi io cerco di valutare cosa c'è sotto. Riesco a differenziare la gioia vera da quella derivante da un "Disturbo dell'Umore". Ora quando provo delle emozioni cerco subito di collegarle a qualcosa di pratico. Sono passato da uno stato in cui sembravo in un giungla o una partita di ping pong. Ora le emozioni hanno un senso rispetto a quello che sta succedendo, adesso viaggio con i piedi per terra, prima viaggiavo per aria. Anche quando provo delle sensazioni negative ora so come mai ci sono, magari possono essere più forti rispetto a quelle di un'altra persona, però sono più consapevole. C'è un lavoro per cercare di conoscersi e di capire i propri limiti, per cercare di evitare situazioni che so che mi portano a degli*

stati emotivi esagerati, nel bene e nel male. Sono più portato, ultimamente, a emozioni depressive ma nonostante questo non ho emozioni di eccitazione e anche quando sale l'eccitazione cerco di "tararla" all'evento. La cosa principale è legata alla coscienza, a quello che si dice qui e ora. Non più, quando sei in uno stato di eccitazione, fare progetti per i prossimi 100 anni. Secondo me ho avuto un cambio radicale di vita.

Rezz: *Questa consapevolezza che uno ha acquisito, cambia anche la qualità dell'emozione o la sua intensità e frequenza?*

L.: *Cambia l'intensità: prima erano esagerate. L'euforia: facevi progetti per 10 anni, non dormivi e facevi dei discorsi che non avevano proprio senso e la depressione ti lasciava a letto per una settimana. Le emozioni sono proprio cambiate, sono emozioni più vere, più concrete. Per esempio. l'ho visto molto nel rapporto con gli altri, le relazioni con gli altri erano squinternate perché passavi da momenti in cui ami tutti a momenti in cui odi tutti. Invece adesso le emozioni sono più... all'inizio ti sembra di non averne più, ti sembrava più bello prima perché passavi... perché avevi questi momenti fantastici, hai un po' di nostalgia. Col passare del tempo mi sono reso conto che la vita vera è diversa, è fatta di emozioni più vere, più sincere: è cambiata la qualità e stavo pensando se era cambiata la quantità. Le emozioni forse adesso, essendo più moderate, durano anche più tempo, quindi sono più salde.*

Rezz.: *Hanno una durata, una persistenza maggiore.*

L.: *Ecco, una costanza maggiore, quello che mancava prima.*

Rezz.: *Ti sei fatto un'ipotesi del perché di questo aspetto, diciamo, di "sregolazione" emotiva?*

L.: *Domandona...*

Rezz.: *Da bambino: come erano le emozioni?*

L.: *Da bambino non ricordo bene ma se penso all'adolescenza io ero molto chiuso e ho passato molti periodi cupo e solo; e poi è stato come se ci fosse una specie di esplosione che mi ha dato la falsa illusione di essere vivo, mentre prima mi sembrava di essere un po' morto... Come mai è successo questo? Non so se sia legato al discorso che ho appena fatto del cercare un modo di uscire da questo tunnel del piattume e dell'isolamento, allora non sai come giostrarti e non lo fai con coscienza e allora c'è stata l'esplosione da un punto di vista emotivo e una vita "dissoluta", allora c'è la ricerca di emozioni sempre più forti, stati d'animo estremi, di situazioni pericolose... Potrebbe essere una roba del genere, una reazione... Ecco io ho la sensazione, ritornando all'essere piccolo, che io ero compresso: non ho mai sfogato la rabbia, fatto casini, ero tranquillo, andava bene tutto, non sono mai uscito dagli schemi, però, sotto sotto, non è che fossi veramente così come apparivo, quindi, forse, queste cose si sono accumulate e sono scoppiate. Questo è il punto di vista.*

LE VARIAZIONI DELL'UMORE NELLA TERZA E QUARTA ETÀ

In generale le variazioni del tono dell'umore nell'età anziana riflettono quelle dell'età adulta, e ciò riguarda anche le differenze nelle OSP in relazione a tematiche più frequenti nella condizione della terza e quarta età. C'è evidentemente una maggiore sensibilità rispetto a temi quali la malattia, la morte, la solitudine, l'autonomia personale, la capacità di ricevere aiuto e via dicendo. Ad esempio, le organizzazioni depressive e quelle DAP sono meno sensibili rispetto al tema della morte: le prime perché "è una condizione naturale dell'uomo", le seconde perché il senso generale di indefinitezza si applica anche a questa tematica. Per contro, le organizzazioni ossessive e fobiche, che hanno il tema del controllo, della previsionalità e dell'integrità personale, risultano molto più esposte alle attivazioni emozionali su questi temi. Il discorso potrebbe continuare a lungo perché coinvolge anche le modalità con cui richiedere e accettare la cura e l'accudimento nonché l'affrontare i temi su esposti di solitudine, ecc...

In diversi casi nell'anziano, le fluttuazioni del tono dell'umore possono essere più frequenti e più marcate in relazione anche a una potenziale maggiore labilità emotiva legata a fenomeni organici oppure di natura psicologica. In quest'ultimo caso va ricordato che il desueto costrutto di

“depressione nascosta” assume una rilevanza tutta particolare nell’anziano. Vuoi per il suo esordio spesso subdolo e ingravescente che non viene riconosciuto dalla persona stessa, vuoi per le minori relazioni sociali significative in grado di accorgersi di queste variazioni dell’umore, vuoi ancora per una certa superficialità con cui si affrontano le tematiche personali dell’anziano, la depressione può sfociare in un livello di gravità importante da un lato conducendo a quadri definiti pseudodemenziali, dall’altro a una dimensione suicidaria. È solo il caso di ricordare che il maggior tasso di suicidi riusciti è ad appannaggio della popolazione anziana di sesso maschile.

Da un punto di vista operativo può essere interessante la differenziazione tra anziani (65-75 anni), vecchi (75-85) e ultra-vecchi (più di 85 anni) dove però occorre considerare che la determinazione dell’età è puramente indicativa.

Per il trattamento della depressione degli *anziani* risulta in generale adeguato l’approccio del trattamento utilizzato nell’età adulta, dove potrà variare la sensibilità alla risposta farmacologica e dove le tecniche psicoterapeutiche di derivazione “beckiana” risultano particolarmente efficaci.

Per il trattamento della condizione depressiva dei *vecchi* risulta particolarmente indicato aiutare la persona a osservare il proprio passato cercando di dare un senso compiuto alla propria esperienza di vita. Per il trattamento della depressione negli *ultravecchi*, assieme al passaggio precedente risulta indicato cercare di affrontare il significato della morte, secondo i valori della persona, in modo che essa diventi un’esperienza affrontabile con un misto di serenità e di saggezza.

Decostruire il senso di vuoto:

differenziare in tristezza, noia,
perplexità, ignoto, inadeguatezza,
ansia, panico, disperazione, estraneità,
disorientamento...

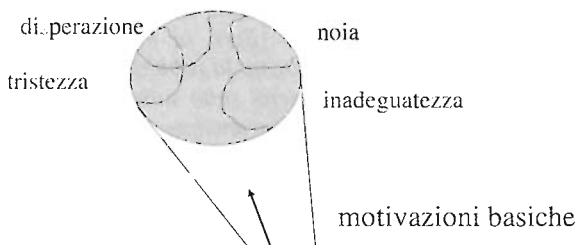


Grafico 2

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S.: Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1978.

Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana. Bollati Boringheri, Torino, 2003.

Arciero G.: Sulle Tracce del Sé. Bollati Boringheri, Torino, 2006.

Bara B.G.: Manuale di Psicoterapia Cognitiva, vol. II: Clinica. Bollati Boringheri, Torino, 2006.

Barnard K.E., Martell L.K.: Mothering. In: Bornstein M.H. (Ed.), *Handbook of Parenting*, Vol. 3: Status and Social Conditions of Parenting. Erlbaum, Hillsdale (N. J.): 3-26, 1995.

Barr-Zisowitz C.: Sadness. Is there such a thing? In: Lewis M., Haviland-Jones J.M. (Eds.), *Handbook of Emotions*, II Ed., The Guilford Press, New York, pp. 607-622, 2000.

Booth C., Rose-Krasnor L., Rubin K.H.: Relating preschoolers' social competence and their mothers' parenting behaviors to early attachment security and high-risk status. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 363-382, 1991.

Bornstein M.H.: Parenting infants. In: Bornstein M.H. (Ed.), *Handbook of Parenting*, Vol. 1: Children and Parenting. Erlbaum, Hillsdale, (N. J.), 3-39, 1995.

Bowlby J.: *Attachment and Loss*, Vol. 1. Basic Books, New York, 1969. [Ed. It.: *Attaccamento e Perdita*, Vol. 1: *L'Attaccamento alla Madre*. Boringhieri, Torino, 1976].

Brennan P.A., Hammen C., Andersen M.J., Bor W., Najman J.M., Williams G.M.: Chronocity, severity and timing of maternal depressive symptoms: Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36, 759-766, 2000.

Burgess K.B., Marshall P.J., Rubin K.H., Fox N.A.: Infant attachment and temperament as predictors of subsequent externalizing problems and cardiac physiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 819-831, 2003.

Carson J.L., Parke R.D.: Reciprocal Negative Affect in Parent-Child Interactions and Children's Peer Competency. *Child Development*, 67(5), 2217-2226, 1996.

Carter A.S., Garrity-Rokous E., Chazan-Cohen R., Little C., Briggs-Gowan M.: Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 18-26, 2001.

Ciechanowsky P.S., Walker E.A., Katon W.J., Russo J.E.: Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667, 2002.

Cohn J.F., Tronick, E.Z.: Specificity of infants' response to mothers' affective behaviour, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 242-248, 1989.

Cole P.M., Michael M.K., O'Donnel Teti L.: The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 73-100, 1994.

Cooper P.J., Murray, L.: Postnatal Depression, *B.M.J.*, 316, 1884-6, 1998.

Davidov M., Grusec J.E.: Untangling the links of parental responsiveness to distress and warmth to child outcomes. *Child Development*, 77(1), 44-58, 2006.

Deborah L.: Maternal Emotional Expressiveness and Attachment Security: Links to Representations of Relationships and Social Behavior. *Merrill-Palmer Quarterly* 52(4), 645-670, 2004.

De Wolff M.D., van Ijzendoorn M.H.: Sensitivity and attachment: a meta-analysis of parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591, 1997.

Feeney J.A.: Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: Care, Health and Development*, 26, 277-288, 2000.

Gamble J., Creedy D., Moyle W., Webster J., Mcallister M., Dickson P.: Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*, 32, 11-19, 2005.

George C., Solomon J.: Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. In: Cassidy J., Shaver P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment*. Guilford. New York, 649-670, 1999.

Green J.M., Goldwyn R., Peters S., Stanley C.: Subtypes of attachment disorganization in young school age children. Biennial Meeting of the Society for Research on Child Development. Minneapolis, April 2001.

Green J.M., Goldwyn R.: Annotation: Attachment disorganization and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (7), 835-846, 2002.

Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringheri, Torino, 1988.

Guidano V.F.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringheri, Torino, 1992.

Gunnar M.R., Brodersen L., Nachmias M., Buss K., Rigatuso J.: Stress reactivity and attachment security. *Developmental Psychology*, 29, 191-204, 1996.

Hay D.F., Pawlby S., Sharp D., Asten P., Mills A., Kumar R.: Intellectual problems shown by 11-years-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 42, 871-889, 2001.

Hinshaw S.M., Hinshaw S.P.: Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: Linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 73-86, 2001.

Johnson J.G.: Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63(5), 579-87, 2006.

Keown L.J., Woodward L.J.: Early parent-child relations and family functioning of preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553, 2002.

Keown L.J., Woodward L.J.: Preschool boys with pervasive hyperactivity: Early peer functioning and mother-child relationship influences. *Social Development*, 15(1), 23-45, 2006.

Kerns K.A., Abraham M.M., Schlegelmilch A., Morgan T.A.: Mother-child attachment in later middle childhood: Assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attachment and Human Development*, 9(1), 33-53, 2007.

Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*. Bollati Boringheri, Torino, 2004.

Liotti G.: L'attaccamento. In: Bara B. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringheri, Torino, 1996.

Mantymaa M., Puura K., Luoma I., Salmelin R., Davis H., Tsiantis J., Ispanovic-Radojkovic V., Paradisiotou A., Tamminen T.: Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems, *Child: Care, Health & Development*, 29(3), 181-191, 2003.

McGee R., Silva P.H., Williams S.: Perinatal, neurological, environmental and developmental characteristics of seven-year-old children with stable behaviour problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25(4), 573-586, 1984.

Mc Mahon C.A., Barnett B., Kowalenko N.M., Tennant C.C.: Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 660-669, 2006.

Murray L., Cooper P.J.: Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Diseases in Childhood*, 77, 99-101, 1997.

Murray L., Woolgar M., Hooper R., Stein A., Cooper P.: Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 891-899, 2001.

Nardi B.: *CostruirSi: Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.

Power M.: Sadness and its disorders. In: Dalgleish T., Power M. (Eds), *Handbook of Cognition and Emotion*, pp.497-520. Wiley, London, 1999.

Reda M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Renken B., Egeland B., Marvinney D., Mangelsdorf S., Sroufe L.A.: Early childhood antecedents of aggression and passive withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 57, 257-281, 1989.

Rubin K.H., Burgess K.B.: Parents of aggressive and withdrawn children. In: Bornstein M.H. (Ed.), *Handbook of Parenting*, pp. 383-418; 2nd Ed., Vol. 1: Children and Parenting. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah (N. J.), 2002.

Rezzonico G., Bisanti R.: Il Trantor Emotions Questionnaire (TREQ) in psicoterapia cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 11(5), 36-53, 2002.

Rezzonico G., Bisanti R.: Aspetti dell'intervento con l'adolescente borderline. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.), *Approccio all'Adolescente Difficile. Atti del VI Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista*. Università Politecnica delle Marche, Quaderni ASUR, Ancona, 2005.

Rezzonico G., Strepparava M.G.: Percorsi di nascita del mondo e del Sé: i sogni nelle diverse organizzazioni di significato personale. In: Rezzonico G., Liccione D. (Eds.), *Sogni e Psicoterapia: l'Uso del Materiale Onirico in Psicoterapia*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005.

Saunders R., Jacobvitz D., Zaccagnino M., Loch L., Hazen N.: Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. Communication presented during the 15th Biennial Conference of the SRHD. Fort Worth, Texas, 2006.

Schachar R.J., Rutter M., Smith A.: The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry*, 22, 375-392, 1981.

Sroufe L.A., Rutter M.: The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17-29, 1984.

Sroufe L.A.: Infant-caregiving attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In: Perlmutter M. (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology*, Vol. 16. Erlbaum, Hillsdale (N. J.), 1983.

Taylor E., Sandberg S., Thorley G., Giles S.: The Epidemiology of Childhood Hyperactivity. *Maudsley Monographs*, N° 33. Oxford University Press, New York, 1991.

Teti D.M., Gelfand D.M., Messinger D.S., Isabella R.: Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376, 1995.

Tronick E.Z.: Emotions and emotional communication in infants. *American Psychology*, 44, 112-119, 1989.

Verschueren K., Marcoen A.: Representation of self and socioemotional competence in Kindergartners: Differential and combined effects of attachment to mother and to father. *Child Development*, 70(1), 183-201, 1999.

Verschueren K.: Narratives in attachment Research. Biennial Meeting of the European Society of Developmental Psychology, Uppsala. August 2001.

Wartner U.G., Grossmann K., Fremmer-Bombik E., Suess G.: Attachment patterns at age six in South Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development*, 65(4), 1014-1027, 1994.

Weinberg M.K., Tronick E.Z.: Infant affective reactions to the resumption of maternal interactions after the still-face. *Child Development*, 67, 905-914, 1996.

Zaccagnino M., Cook R., Jacobvitz D., Veglia F.: Pathways to earned-security: The role of alternative support figures. Communication presented during the 2007 International Attachment Conference, Braga, Portugal, 2007.

ATTACCAMENTO E DISTURBI DELL'UMORE

INTRODUZIONE

Nell'ambito del cognitivismo clinico, si è ritenuto per molto tempo che le esperienze primarie di attaccamento che orientano alle rappresentazioni di sé e del mondo caratteristiche dell'organizzazione depressiva di personalità e dei quadri psicopatologici di tipo depressivo, siano rintracciabili in modelli di relazione caratterizzati da risposte di indifferenza, fastidio, disimpegno, allontanamento o addirittura ostilità alle segnalazioni e richieste di conforto e protezione da parte del bambino: vale a dire da configurazioni d'attaccamento di tipo evitante nella prima infanzia e di tipo cosiddetto "difeso" in età prescolare e scolare (Guidano e Liotti 1983; Reda 1986; Guidano 1987, 2001; Bara 1986, 2006; Nardi 2001, Arciero 2002).

L'aver attribuito un tale rilievo agli itinerari di sviluppo evitanti nella genesi del disturbo depressivo, ha portato sicuramente a sottovalutare il ruolo e l'importanza che possono rivestire altre vie di sviluppo, nell'articolarsi dei diversi quadri clinici affettivi. In effetti già lo stesso Bowlby (1980) suggeriva ipotesi più articolate, indicando tra le tipologie di personalità maggiormente esposte al rischio depressivo, oltre a coloro che tendono all'accudimento compulsivo e a quelle che tendono ad affermare compulsivamente l'indipendenza dai legami affettivi, anche soggetti con stili relazionali ansiosi e ambivalenti.

Nell'ultimo decennio, fortunatamente i rapporti tra attaccamento e psicopatologia sono stati studiati e delineati in termini assai più articolati e complessi. Da un lato, attraverso una più attenta considerazione della interconnessione tra fattori di vulnerabilità biologica e contesto relazionale con i relativi assetti difensivi che in esso si delineano. Dall'altro, i legami stessi d'attaccamento sono stati ripensati non già come determinanti lineari delle diverse organizzazioni cognitive, bensì come modalità specifiche di elaborazione dell'informazione cognitiva e affettiva (*modi di usare la mente*) e come specifici *modelli di regolazione dell'esperienza emotiva* che possono influenzare e ingranarsi in modo vario con ogni organizzazione cognitiva e con forme espressive diverse di ogni categoria nosografica psichiatrica.

Da tempo abbiamo compreso quanto sia improduttivo pensare alle varie categorie nosografiche della psichiatria infantile o dell'età adulta, come a categorie unitarie: più spesso è possibile osservarne ricche differenziazioni interne ricollegabili ad altrettante differenziazioni sul piano esplicativo ed evolutivo: per cui *stesse categorie descrittive possono essere sostanziate da itinerari di sviluppo e organizzazioni del sé diverse* (a volte anche radicalmente diverse). Inoltre abbiamo da tempo imparato a considerare le diverse configurazioni d'attaccamento non già in termini categoriali, quanto piuttosto in termini dimensionali, per cui è apparso evidente come *livelli diversi di flessibilità e d'integrazione dello stesso pattern d'attaccamento possano esprimersi con uscite psicopatologiche diverse* (anche molto diverse come forma e come gravità) (Lambruschi, 1996-2006, 2004).

ATTACCAMENTO E DISTURBI DELL'UMORE NELL'ADULTO

Tutto ciò, ovviamente vale anche, per quell'insieme variegato e complesso di quadri psicopatologici che rientrano nell'area dei *disturbi dell'umore*. In effetti molte delle ricerche disponibili in letteratura, e anche alcune metanalisi condotte su campioni clinici specifici, evidenziano la difficoltà di connettere i disturbi affettivi e i diversi quadri depressivi ad un *unico* stato mentale relativo alle proprie esperienze primarie d'attaccamento, testato ad esempio attraverso la *Adult*

Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1985; Main, Goldwin, 1989): in tali studi, rispetto ai gruppi controllo, appaiono anzi sovrarappresentate le configurazioni U (irrisolto), E (preoccupato, invischiato) e *in misura minore* Ds (distanziante, accantonante) (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1966; Rosenstein e Horowitz, 1996; Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target, Gerber 1996).

Gli studi che mettono in correlazione attaccamento e *disturbi bipolari* sono pochi e scarsamente coerenti; d'altra parte i disturbi bipolari sembrano evidenziare una elevata ereditarietà, con un indice di concordanza tra gemelli monozigoti fino al 70/86%, per cui l'impatto degli eventi relazionali nella loro eziopatogenesi potrebbe risultare meno rilevante.

Per quanto riguarda invece i *disturbi unipolari*, una importante distinzione di cui occorre tener conto riguarda la dimensione *esternalizzazione/internalizzazione* (Achenbach, Edelbrock 1983): alcuni di questi quadri clinici mostrano infatti una componente importante di sintomi *internalizzanti* (autoaccuse, autosvalutazioni, ansia), maggiormente correlati con pattern di tipo "enmeshed"; altri casi, ampiamente caratterizzati da sintomi di tipo *esternalizzante* (rabbia, comorbidità con disturbi della condotta o iperattività), risultano invece maggiormente ricollegabili a processi d'attaccamento di tipo evitante e a stati mentali nell'adulto di tipo distanziante (M. Dozier, K. Chase Stovall, Kathleen E. Albus, 1999).

Coerentemente con tale distinzione, negli studi in cui sono stati esclusi dal gruppo campione i soggetti in comorbidità con il *disturbo antisociale di personalità*, tendono, ad esempio, a prevalere gli stati mentali "enmeshed"; mentre negli studi in cui sono stati esclusi i soggetti in comorbidità con il *disturbo borderline di personalità*, tendono invece a prevalere stati mentali distanzianti riguardo agli attaccamenti primari. Inoltre, sempre tra i quadri unipolari, sembra esservi una più chiara correlazione tra attaccamenti insicuri e Distimia, mentre in alcuni campioni di soggetti con Depressione Maggiore sarebbero addirittura presenti elevate percentuali di "free": ciò presumibilmente per la natura più episodica e meno pervasiva del DDM rispetto alla distimia cronica.

Uno studio da noi effettuato con l'uso della A.A.I., con il sistema di classificazione proposto da Crittenden (1999) su un gruppo di pazienti depressi, con diagnosi di disturbo depressivo maggiore o distimico, sembra confermare una tale differenziazione nelle vie di sviluppo. Usando la *Scala H.A.R.D.* (J.C. Rufin e M. Ferreri, 1984), abbiamo estratto in particolare i punteggi relativi ai fattori "Ansia" e "Rallentamento", e abbiamo potuto osservare che: a) quadri depressivi con *marcata componente ansiosa*, aspetti di agitazione psicomotoria, e globalmente elevata emotività espressa (quadri ansio-depressivi), si connettono tendenzialmente ad itinerari di sviluppo di tipo ansioso-resistente e coercitivo, e a organizzazioni del Sè nell'adulto di tipo "enmeshed", invischiato e preoccupato riguardo alle relazioni; b) quadri depressivi caratterizzati da *marcato rallentamento psicomotorio*, astenia, regolazione affettivo-emotiva interna e bassi livelli di emotività espressa, pronunciata perdita di interesse e di motivazione fino al limite dello stato stuporoso, sono invece riferibili tendenzialmente a itinerari di sviluppo di tipo insicuro-evitante e difeso, e a organizzazioni del Sè nell'adulto di tipo "dismissing", accantonante e svalutante il valore degli affetti e delle relazioni (Lambruschi, Lenzi, Bossoletti, Caramelli, 2004).

I DISTURBI DELL'UMORE IN ETÀ EVOLUTIVA

Nel considerare le uscite psicopatologiche più tipiche *dell'età evolutiva*, occorre anzitutto sottolineare che per molti decenni si è dibattuto sull'esistenza stessa della depressione, in quanto *disturbo* vero e proprio nel bambino. Il concetto che bambini in età prepubere possano presentare clinicamente una depressione è stato rifiutato per molte decadi poiché si pensava che fossero troppo immaturi cognitivamente ed emozionalmente per poter sperimentare un sentimento depressivo. Mentre in altre fasi del ciclo vitale lo studio dei disturbi depressivi ha raggiunto risultati sufficientemente condivisi, in età evolutiva la definizione e l'inquadramento nosografico di tali

disturbi sono ancora problematici, in relazione alla peculiare e variabile espressività clinica della patologia psichica nelle varie fasce di età.

Spesso in età evolutiva si è parlato di “*equivalenti depressivi*” con riferimento a svariate uscite sintomatologiche (Lambruschi, 1999):

- *disturbi della condotta*, sotto la forma di ritiro e isolamento da un lato, e di scoppi improvvisi e immotivati d'ira dall'altro;
- *disturbi dell'apprendimento* e problemi nell'area della motivazione e dell'attenzione;
- *sindromi da deficit d'attenzione con iperattività*, che si configurano su tali itinerari di sviluppo come fare compulsivo per non sentire, come esplorazione compulsiva come “distrattore”;
- *disturbi psicosomatici*, come esito di un precoce e massiccio processo di inibizione degli stati affettivi e dei loro correlati espressivo-motori.

Vere e proprie manifestazioni cliniche depressive (nella forma più strutturata del disturbo affettivo “maggior” o “specifico”, con tutto il repertorio ideativo, emotivo, comportamentale e somatico che conosciamo) sembrano configurarsi con maggior frequenza nel corso della preadolescenza. In effetti, i bambini mancano delle competenze cognitive su cui si fondano gli atteggiamenti tipici di uno stato depressivo adulto: e cioè l'autocommiserazione, la percezione negativa di sé, e la disperazione. Il bambino vive tacitamente la sua condizione di solitudine, di non amabilità, come condizione scontata, come esperienza diretta, la vive e basta. È con l'adolescenza che emerge la necessità di riordinare ad un livello più astratto ed esplicito tutta questa impalcatura di fondo, in una immagine esplicita di sé percepita come stabile e al tempo stesso che dia un senso di progettualità attiva. Nasce la capacità di guardarsi da fuori e da più punti di vista diversi, una crescente consapevolezza di sé, il doversi spiegare esplicitamente l'avvertita distanza tra sé e il consorzio umano, la nuova dimensione temporale offerta dal pensiero ipotetico-deduttivo che porta a declinare e proiettare nel futuro sentimenti di incapacità e di fallimento, così da avvertire un vero e proprio senso di disperazione (Lambruschi, 1999).

Nonostante queste considerazioni, attualmente (SINPIA, 2004) si riconosce che i disturbi depressivi in età evolutiva, anche se con differenze importanti, possano avere una consistenza e una stabilità di malattia simili a quelli dell'adulto (Ryan, 1992-2003; Kovacs, 1994-1996-1997; Roberts et al, 1995; Birmaher et al, 1996-1998-2002-2004; Carlson, 2000; Goodman et al, 2000; Park et Goodyer, 2000; Thorpe et al, 2001; Purper-Ouakil et al, 2002; Allen-Meares et al, 2003; Brennan, 2003; Elliot and Smiga, 2003; Goodyer et al, 1997; Hazell, 2003; Lagges et Dunn, 2003; Luby et al, 2003; Poli et al, 2003).

Dati epidemiologici emersi da alcuni studi internazionali (Dubini et al, 2001) e nazionali (Faravelli et al, 1990) evidenziano che i disturbi emotivi (disturbi d'ansia e disturbi depressivi) presentano nella popolazione generale una prevalenza media del 2.5%. La prevalenza del Disturbo Depressivo Maggiore (DDM) è stimata tra l'1.8% e il 2.5% in età prepubere e tra il 2.9% e il 4.7% negli adolescenti; la prevalenza del Disturbo Distimico (DD) è stimata tra lo 0.6% e l'4.6% nei bambini e tra l'1.6% e l'8% negli adolescenti (Esser et al, 1990; Fleming et Offord, 1990; Cooper et Goodyer, 1993; Lewinshon et al, 1993; Polaino-Lorente et Domenech, 1993; Brent et al, 1995; Kessler et al, 2001; Nobile et al, 2003). Il rapporto maschio-femmina è 1:1 nei bambini, 1:2 negli adolescenti (Fleming et Offord, 1990; Angold e Rutter, 1992).

Alcuni studi indicano negli ultimi anni un aumento della prevalenza di forme più lievi e ad esordio più precoce (Ryan et al, 1992; Neuman et al, 1997) sia per una abbassamento della soglia di richiesta di consultazione (legata ad una maggiore consapevolezza del problema nella popolazione generale), sia per una maggiore attenzione sanitaria e una aumentata sensibilità diagnostica dei clinici alla depressione dell'infanzia, sia probabilmente per il fatto che le condizioni di vita attuali sono maggiormente in grado di slatentizzare condizioni di vulnerabilità depressiva, anche e soprattutto in età evolutiva.

Il disturbo depressivo ad esordio precoce è per certi aspetti simile a quello dell'adulto, ma *si manifesta con espressività clinica differente e peculiare in rapporto alle varie fasi dello sviluppo.*

Innanzitutto non è presente nel bambino la prevalenza netta per il sesso femminile, tipica della depressione adulta. Al contrario, si osserva più spesso una prevalenza nel sesso maschile, o nessuna prevalenza.

PREVALENZA	
DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	DISTURBO DISTIMICO
1.8-2.5% BAMBINI 2.9-4.7% ADOLESCENTI	0.6-4.6% BAMBINI 1.6-8% ADOLESCENTI

L'esordio è più spesso insidioso e l'andamento cronico, rispetto all'esordio acuto e all'andamento episodico degli adulti. Sul piano clinico, nella depressione infantile, prevalgono la disforia e l'irritabilità rispetto alla tristezza ed alla melanconia dell'adulto. Inoltre, a differenza dell'adulto, il bambino in età prepubere ha maggiore difficoltà a identificare e a descrivere stati soggettivi tipici della depressione adulta e, in molti casi, la depressione è riconoscibile dagli altri (familiari, amici, insegnanti), soprattutto in manifestazioni oggettive (riduzione dell'attività, dell'iniziativa, della varietà degli interessi). Nella depressione infantile, inoltre, prevale la reattività dell'umore a fattori esterni, che, nell'adulto, è presente nella depressione atipica.

Nella fascia d'età 0-3 anni, i sintomi più frequenti sono: pianto eccessivo, irritabilità, disturbi del sonno, calo dell'appetito e/o del peso, alterazioni della motricità (rallentamento o irrequietezza), ritardi o regressioni in diversi ambiti (linguaggio, motricità, controllo degli sfinteri), disturbi psicosomatici (vomito, diarrea, dermatite, alopecia), scarso contatto visivo, scarsa mimica facciale. Per la fascia d'età 0-3 anni la diagnosi può avvalersi della classificazione diagnostica *zero to three*, che prevede la categoria diagnostica: "Disturbo dell'umore: depressione infantile" (National Center for Clinical Infant Program, 1994)). Secondo la classificazione 0-3, la diagnosi di depressione infantile è riservata a bambini che presentino un pattern di umore depresso o irritabile, con un abbassamento dell'interesse o del piacere provati per attività tipiche del loro livello di sviluppo, diminuita capacità di protestare, pianto eccessivo e repertorio povero di interazioni ed iniziative sociali. I sintomi devono essere presenti per almeno 2 settimane e possono essere accompagnati da disturbi del sonno o dell'alimentazione, inclusa la perdita di peso. Quando questi sintomi vengono osservati in presenza di una deprivazione ambientale o psicosociale significativa, in particolare con grave assenza di cure, deve essere considerata la diagnosi alternativa di *Disturbo di attaccamento reattivo a maltrattamento/carenza di cure affettive*. Se il disturbo non è grave ed osservato transitoriamente nel contesto di un adattamento che il bambino sta mettendo in atto (ad es., ripresa del lavoro del genitore), dovrebbe essere considerata la diagnosi di disturbo dell'adattamento.

Nella fascia d'età 3-5 anni, ai sintomi presenti nelle fasce di età precedenti, si aggiungono altri peculiari di questa fase dello sviluppo. Il mondo immaginativo ed i giochi di fantasia sono caratterizzati da contenuti di fallimento, dolore, distruzione. Alcuni bambini possono agire tali fantasie in comportamenti auto-eteroaggressivi. Sintomi d'allarme sono il rallentamento, la scarsa tendenza a comunicare, l'apatia, l'appiattimento affettivo, la riduzione dell'interesse per il gioco e per altre attività. Spesso si instaura un legame molto stretto e regressivo con la madre, con tendenza all'evitamento sociale.

In età scolare il bambino, avendo una maggiore capacità di verbalizzare e di condividere i propri sentimenti depressivi con altre persone, tende ad esprimere l'umore depresso nei giochi e nei sogni. Emergono fantasie di morte, disistima, sentimenti di perdita e di abbandono. Possono essere presenti una facile tendenza ad annoiarsi, isolamento sociale, difficoltà relazionali con i coetanei. A questi stati di animo, spesso il ragazzo reagisce con comportamenti di protesta e di opposizione. Pertanto, ai sintomi già citati si associano problemi comportamentali quali aggressività, oppositività, iperattività, impulsività, tendenza alla menzogna, messa in atto di fughe. Il rendimento scolastico può calare per instabilità attentiva, difficoltà di concentrazione e facile stancabilità, con

conseguenti insuccessi scolastici che possono determinare un abbassamento dell'autostima e sensi di colpa. Nei bambini sono inoltre frequenti le lamentele somatiche, quali cefalea, dolori addominali, dolori diffusi.

In adolescenza, le maggiori capacità introspettive e la consapevolezza di sé permettono una maggiore espressione verbale dei propri stati d'animo. Le oscillazioni dell'umore tipiche di questa età sono più intense. Coesistono anedonia e passività sia motoria sia ideativa (scarsa iniziativa, perdita degli interessi, scarso rendimento scolastico sino all'apragmatismo). Possono svilupparsi sentimenti di inferiorità (bassa autostima, sensi di colpa, sentimenti di incomprensione e di sfiducia, isolamento sociale). Talora si sviluppano sentimenti di onnipotenza che portano a reazioni aggressive e a passaggi all'atto (fughe da casa o da scuola, comportamenti antisociali). Pensieri di morte, tentativi di suicidio, abuso di sostanze e sintomi psicotici sono più frequenti in quest'epoca di vita. E' necessaria una attenta valutazione di possibili sintomi psicotici, come deliri ed allucinazioni, generalmente congruenti con il disturbo dell'umore (udire voci di biasimo o voci che inducono al suicidio, deliri di colpa o indegnità). Le forme associate a sintomi psicotici sono particolarmente gravi, più frequentemente ricorrenti, più resistenti ai trattamenti, e più spesso associate a disturbo bipolare. Il rischio suicidario è in queste forme particolarmente elevato.

Recentemente, è stata istituita una *task force* che ha proposto, primariamente a scopo di ricerca, di estendere i criteri diagnostici del DSM-IV all'età prescolare. Questo gruppo di studio e di ricerca ha elaborato dei *Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (RDC-PA, 2003)*, consistenti in alcune modifiche di criteri del DSM-IV per 13 patologie psichiatriche in età prescolare. In particolare, per il DDM sono state fatte le seguenti considerazioni: i bambini depressi in età prescolare, similmente a bambini più grandi e agli adulti, evidenziano sintomi tipici come tristezza o irritabilità e anedonia, ma l'anedonia si manifesta come "assenza di allegria"; inoltre, mostrano segni vegetativi, come alterazioni del sonno e dell'appetito; possono presentare alcuni giorni di eutimia; le tematiche di morte e suicidio si evidenziano principalmente nel gioco.

Come già sottolineato, uno dei problemi diagnostici più frequentemente sottolineato nei disturbi depressivi dell'età evolutiva è rappresentato dal fatto che tanto più i soggetti sono giovani e tanto più hanno difficoltà a descrivere il loro stato d'animo e spesso confondono le emozioni tra loro, come la rabbia e la tristezza, e cercano di comunicare il loro disagio attraverso comportamenti anomali.

Non è infrequente nella pratica clinica trovare bambini che manifestano "evidenti" sentimenti depressivi *non riconosciuti dal genitore*, dove la chiarificazione diagnostica può passare quindi solo attraverso l'osservazione e la relazione diretta col bambino.

Ma, a ben vedere, ciò non dovrebbe sorprendere: non è proprio questo il problema centrale della psicopatologia infantile? Se i genitori, le loro figure d'attaccamento fossero in grado di riconoscere e condividere la tristezza del loro figlio, di lasciarsi "attraversare" da quel dolore, probabilmente quei segni non avrebbero necessità di trasformarsi in patologia: in un'ottica cognitivo-evolutiva abbiamo imparato ad osservare e ad interpretare i sintomi infantili come *metafore incomplete* (Liotti, 2001) di un'area emozionale critica non adeguatamente riconosciuta, articolata ed espressa dal bambino nella relazione col proprio caregiver.

La depressione infantile, dunque, come tristezza disregolata, in quanto non adeguatamente riconosciuta e condivisa, un dolore di cui non si è potuto fare adeguata "palestra" nel corso del proprio itinerario di sviluppo.

Ciò, con le differenziazioni interne che abbiamo ritrovato anche nei quadri depressivi adulti: vale a dire che saranno maggiormente ricollegabili ad itinerari di sviluppo di tipo "*difeso*" (principalmente ai pattern A1-2, A3, A4), quando si osserva nel bambino una maggiore coartazione emozionale, rallentamento psicomotorio e anedonia, o prevalenza di rabbia, sintomi externalizzanti e comorbidità con disturbi della condotta o sindromi ipercinetiche; e ad itinerari di sviluppo di tipo *coercitivo* (principalmente ai pattern passivi C4, C6), quando invece prevalgono i sintomi da internalizzazione e l'ansia e la regolazione emotiva in eccesso dominano il campo.

IL LUTTO IRRISOLTO NEL BAMBINO

Nella classificazione 0-3 (National Center for Clinical Infant Program, 1994) oltre alla depressione infantile viene indicata la *reazione a scomparsa o lutto prolungato* in cui si osservano i seguenti sintomi:

- il bambino piange, chiama e cerca il genitore assente e rifiuta i tentativi di chi cerca di consolarlo;
- atteggiamento di ritiro emotivo con ipersonnia, espressione del volto triste e mancanza di interesse per attività proprie dell'età;
- disturbi del comportamento alimentare e del sonno;
- restringimento della gamma degli affetti;
- comparsa di distacco con apparente perdita di ricordi del genitore scomparso e difficoltà a riconoscersi nel ricordo che lo riguarda;
- o all'opposto, ipersensibilità ad ogni ricordo del genitore, con segni di sofferenza acuta se un suo oggetto venga toccato o asportato, utilizzo degli stessi oggetti per consolarsi, emotività intensa di fronte a tematiche riguardanti la separazione.

Com'è noto, è questo l'ambito psicopatologico a cui Bowlby ha dedicato gran parte della propria attenzione clinica e teorica nella sua Trilogia (*Attaccamento e Perdita*) e in particolare nel terzo volume, tutto dedicato alla *Perdita della madre* e ai suoi effetti sul piccolo. Com'è noto, secondo J. Bowlby il *lutto normale (fisiologico)* implica necessariamente il transitare attraverso 4 fasi:

fase di *intorpidimento* (disorientamento, confusione, incredulità) soprattutto quando l'evento è molto traumatico, imprevisto e forse incomprensibile;

fase di *protesta* (connotata da intensi sentimenti di rabbia);

fase di *disperazione*, vale a dire, la consapevolezza che non tornerà ("mi rendo conto che non ce l'ho più, mi manca da morire"), profonda tristezza, malinconia, perdita di motivazione, disturbi del sonno, dell'alimentazione, ritiro sociale, intensa desolazione. Tali sentimenti di solitudine non riescono di solito ad essere alleviati dalla presenza di altri significativi (padre, amici, parenti, ecc); sebbene essi forniscano un certo grado di conforto, non riescono a colmare il vuoto emotivo dell'assenza della figura d'attaccamento⁸;

fase di *distacco*, connotata da miglioramento dello stato emozionale e graduale reinvestimento delle attività sociali, e di altre figure; non è da intendersi come un naturale consumarsi del legame d'attaccamento, ma piuttosto come attiva repressione difensiva, disattivazione delle risposte di attaccamento che hanno fallito per lungo tempo nel cercare risposta. Il termine "distacco" è stato male interpretato, in termini di totale disinvestimento e disinteresse verso la figura d'attaccamento: per cui successivamente Bowlby la ridefinì come fase di *riorganizzazione* dei propri modelli operativi interni del sè e dell'altro, in modo tale da rendere possibili sia un mantenimento del legame sia un aggiustamento continuo alle reali circostanze e richieste di vita.

In effetti studi più recenti (ad esempio, Klass e coll, 1996), mostrano chiaramente come bambini e adolescenti che hanno subito un lutto importante, ben lungi dal lasciar perdere e disinvestire, mantengono continuamente un contatto, anche dopo molto tempo, con la figura scomparsa: la sognano, si scoprono a parlare col genitore, immaginano sovente che lui li stia guardando, tengono e utilizzano le sue cose in vari modi, ci pensano spesso esplicitamente. Questi "contatti", continuano a fornire sollievo, conforto, sostegno e facilitano la transizione dal passato al futuro.

Silverman e Nickman (1996) hanno trovato che almeno 5 tipi di attività aiutano i bambini a mantenere contatti mentali sani con il genitore perduto (e vanno quindi considerate *normali*, fisiologiche): 1) localizzare il genitore in un *luogo* (solitamente il paradiso o il cielo) da dove il genitore continua a osservarli, a guardarli, a interessarsi alle loro attività e bisogni; 2) esperire, sentire vicino a sè, la *presenza* continua del genitore; 3) "*tendere*" verso il genitore per mantenere

⁸ In situazioni particolari, come ad esempio, la perdita del coniuge, segni clinici evidenti di depressione si possono notare: nel 30-40% dei casi nei primi mesi dopo la perdita; nel 18-30% dei casi dopo 12 mesi dalla perdita; ancora nel 18% dei casi anche oltre i 24-30 mesi

l'interazione con loro; 4) compiere sforzi particolari, a volte intensificati o incoraggiati dagli altri membri familiari, per *ricordare le caratteristiche* della persona morta e soprattutto il suo amore per loro; 5) tenere *oggetti* (indumenti, gioielli, oggetti utilizzati quotidianamente dalla figura d'attaccamento): il contatto con questi oggetti sembra prolungare il sentimento di prossimità e di sentirsi amati e protetti.

Ma non sempre le cose vanno così bene. Non sempre i bambini hanno la possibilità di nutrirsi di sponde relazionali capaci di farli transitare in modo adeguato attraverso le fisiologiche fasi del lutto. Per alcuni bambini la perdita è vissuta senza possibilità di aiuto, senza possibilità di ribellione e di protesta, senza possibilità di soffrire il lutto e di essere confortati. Sempre Bowlby (1979) osserva anche che in contesti familiari connotati da forti e continue minacce d'abbandono (come mezzo di controllo sul bambino) si determina nel bambino molta angoscia acuta o cronica: più avanti nella vita, la persona potrà rispondere ad un lutto con una depressione cronica in cui la credenza dominante è quella di essere stata deliberatamente abbandonata, come punizione, dalla persona morta. Dunque, non è tanto la perdita, assoluta o relativa, in sé a predisporre alla psicopatologia, quanto piuttosto la qualità del legame che la precede, la accompagna e la segue, e cioè il contesto relazionale in cui si inserisce, le possibilità che sono offerte al piccolo di elaborare i sentimenti di rabbia e di disperazione ad essa connessi (nel rapporto con il genitore rimasto, o con una figura sostitutiva calda e supportante). Non è possibile riconoscere, comunicare e sciogliere le nostre emozioni più dirompenti al di fuori della relazione (questi non possono configurarsi come atti privati interni ad una mente isolata): abbiamo bisogno di un'altra mente e di un altro cuore che accolga, condivida empaticamente con noi, e magari ci aiuti a renderci semanticamente intelligibili i sentimenti che stiamo provando (Lambruschi, 1999, 2004).

Dunque, l'incontro con contesti relazionali caratterizzati da livelli e qualità diverse di insicurezza potrà condurre a quelli che Bowlby e i teorici dell'attaccamento considerano come *modelli di lutto disturbato*:

Dolore Cronico (e organizzazione relazionale ansioso resistente)

In questi contesti, connotati come sappiamo da un grado maggiore o minore di discontinuità e imprevedibilità nel comportamento della figura d'attaccamento, potremo assistere ad una abnorme amplificazione dei diversi segnali d'attaccamento nel bambino. Qui la sua mente si organizza in modo da mantenere continuamente la ricerca di segnali che indichino la prossimità e disponibilità della figura d'attaccamento, per cui gli stati tipici del lutto (confusione, rabbia, dolore, distacco) verranno percepiti in forma quantitativamente più drammatica e intensa, qualitativamente meno chiara, più confusa, disordinata e con una maggiore persistenza nel tempo. Gli *indici di mancata risoluzione del lutto* descritti da Main e collaboratori nelle narrazioni di soggetti classificati appunto come *Unresolved* alla AAI sono molto simili a quelli presenti nelle narrazioni di questi soggetti: 1) mancanze nel controllo metacognitivo del *ragionamento* (persistente incredulità, idee di essere la causa della morte, manifestazioni di confusione tra la persona morta e il sé); 2) nel controllo metacognitivo del *discorso* (silenzi prolungati e inappropriati, associazioni strambe, attenzione inusuale per i dettagli, utilizzo di frasi enfaticamente poetiche o del laudativo nel parlato); 3) risposte *comportamentali* estreme al momento del trauma.

Assenza di Dolore (e organizzazione relazionale evitante)

Si connette a pattern evitanti, descritti successivamente come "difesi" in età prescolare e scolare, caratterizzati da autossufficienza compulsiva e abnorme disattivazione dei segnali tipici del sistema dell'attaccamento. La mancata integrazione dei vari sistemi di memoria consente qui di non integrare le informazioni di tipo affettivo ed emotivo, con una più o meno marcata negazione del dolore, assenza del dolore in un'ottica di fiducia compulsiva su di sé. E' questo il caso del lutto prolungato con comparsa di distacco emotivo, con apparente perdita di ricordi del genitore scomparso e difficoltà a riconoscersi nel ricordo che lo riguarda. Già Bowlby mostrava come questi ultimi individui siano più vulnerabili alla malattia fisica e ad uscite psicopatologiche di tipo somatoforme. Per inciso, nel suo ultimo libro (*Charles Darwin: una nuova vita*, 1990) descriveva le malattie fisiche da cui era sempre stato afflitto Darwin - tra cui dolori gastrici, palpitazioni

cardiache, e vari altri sintomi pare riferibili ad una “sindrome da iperventilazione” – ricollegandole alla perdita precoce della madre che Darwin subì a 8 anni di età, ma soprattutto alla sofferenza repressa che seguì a tale perdita.

In alcuni casi, connessi a contesti relazionali particolarmente pericolosi e gravi (pattern descritti, a seconda del sistema di classificazione adottato, come *disorganizzati/disorientati* o *difesi e coercitivi ad alto indice*), possiamo notare talvolta segni di una elaborazione del lutto ancor più grave, in cui permane troppo a lungo (anche dopo 4 o 5 anni) una intensa sofferenza, angoscia, tristezza profonda, accompagnata a “contatti” o segni di presenza della figura d’attaccamento percepita dai bambini questa volta come inquietante, intrusiva o spaventante: la madre può essere, ad esempio, percepita come un fantasma la cui presenza fa paura, imprevedibile, fuori dal loro controllo; in questi casi la figura scomparsa può essere localizzata “proprio dietro di me” a differenza di quei bambini già descritti che la immaginano in cielo e vi si rivolgono in termini fiduciosi (Ad esempio, Justin, 12 anni: “.. è come se ci fosse silenzio, e io penso che lei sia proprio dietro di me ... è come quando guardo nello specchio al mattino, mi piace pettinarmi, penso sempre che lei sbucherà da dietro e mi spaventerà ..” (Normand C.L. et al, 1996). Anche i sogni del genitore, non li lasciano di solito tristi o lieti, ma solo spaventati.

CONCLUSIONI

L’essere in grado di articolare in forma sempre più differenziata e complessa i rapporti tra diagnosi descrittive nell’ambito dei disturbi dell’umore e diagnosi “esplicative” in un’ottica cognitivo-evolutiva, acquisisce un valore straordinario e imprescindibile nella strutturazione di interventi psicoterapeutici efficaci e rispettosi della organizzazione del sé e del contesto di relazioni del paziente con il quale ci troviamo a confrontarci nel setting clinico. Le ipotesi “esplicative” che saremo in grado di elaborare e di condividere, andranno a costituire la traccia atta a guidare, a volte esplicitamente, altre volte in forma assolutamente tacita, tutte le nostre operazioni mentali e procedurali: dalla modulazione della relazione terapeutica; al linguaggio più opportunamente viabile (nei suoi contenuti e nella sua forma); alle mete terapeutiche desiderabili e ai passaggi gradualmente per raggiungerle; e infine, al “formato” più opportuno entro cui organizzare il nostro setting psicoterapeutico.

In particolare nel percorso terapeutico col bambino e col suo sistema familiare, le linee strategiche dell’intervento saranno continuamente riaggornate nel corso della terapia in funzione della qualità specifica del pattern d’attaccamento emergente nella relazione tra bambino e genitore e della sua connessione coi sintomi. All’interno di tali linee strategiche verranno, di volta in volta, selezionate, create, inventate nel rapporto con la famiglia, le tattiche più adeguate in vista di tali obiettivi e, soprattutto, maggiormente rispettose dei vincoli culturali ed emotivi della famiglia stessa. Il ruolo del terapeuta sarà, appunto, quello di introdurre nel sistema perturbazioni che risultino *strategicamente e affettivamente orientate* alla riorganizzazione dei pattern d’attaccamento evidenziati e alla articolazione e differenziazione dei relativi schemi cognitivi interpersonali attraverso i quali il bambino tende ad assimilare la sua realtà. (Lambruschi, 2004).

BIBLIOGRAFIA

AA.VV.: La CBCL (Child Behavior Check-List) di Achenbach (USA). Saggi, 24, 2, 95-116, 1988.

Achenbach M. T., Edelbrock C.: Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, Author, VT, 1983.

Akiskal H.S.: Developmental pathways to bipolarity: Are juvenile-onset depressions prebipolar? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34, 754-763, 1995.

Ainsworth M.D.S.: I. Patterns of infants-mother attachment: Antecedent and effects on development; II. Attachment across life span. Bulletin of New York Academy of Medicine, 61, 771-791, 1985.

Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E. e Wall S.: *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1978.

Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. e Wall S.: *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1978.

Allen-Meares P., Colarossi L., Oyserman D. et al.: *Assessing depression in childhood and adolescence: a guide for social work practice*. *Child Adolesc. Social Work J.* 20(1), 5-20, 2003.

Allen-Meares P., Colarossi L., Oyserman D. et al.: *Assessing depression in childhood and adolescence: a guide for social work practice*. *Child Adolesc. Social Work J.* 20(1), 5-20, 2003.

Angold A., Rutter M.: *Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample*. *Develop. Psychopathol.*, 4, 5-28, 1992.

Arciero G.: *Studi e Dialoghi sull'Identità Personale*. Bollati Boringhieri Editore, Torino, 2002.

Bara B.G. (Ed.): *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996 (nuova edizione 2006).

Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E. et al.: *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years*. Part I. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 1427-1439, 1996.

Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E., Douglas E. et al.: *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years*. Part II. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 1575-1583, 1996.

Birmaher B., Brent D.A., Benson R.S.: *Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder*. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37, 1234-1238, 1998.

Birmaher B., Arbelaez C., Brent D (2002) *Course et outcome of child and adolescent major depressive disorder*. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 11(3):619-637.

Birmaher B., Williamson D.E., Dahl R.E. et al.: *Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescent?*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43(1), 63-70, 2004.

Bowlby J.: *Attachment and loss, vol 1. Basic Books, New York, 1969*. [Ed. It.: *Attaccamento e perdita, vol. 1, L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino 1972].

Bowlby J.: *Attachment and loss, vol 2. Basic Books, New York, 1973*. [Ed. It.: *Attaccamento e perdita, vol. 2, La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino 1975].

Bowlby J.: *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, London, 1979. [Ed. It.: *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1982].

Bowlby J.: *Attachment and loss, vol 3. London Hogarth Press, New York, 1980*. [Ed. It.: *Attaccamento e perdita, vol. 2, La perdita della madre*, Boringhieri, Torino 1983].

Bowlby J.: *A secure base*. Routledge, London, 1988. [Ed. It.: *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989].

Brennan J.: *The many faces of depression in children and adolescents*. *Review of Psychiatry*, Vol 21. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 37(5), 630-631, 2003.

Brent D.A.: *Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress*. *Suicide Life Threat. Behav.*, 25, 52-63, 1995.

Brent D.A., Ryan N., Dahl R. et al.: *Early-onset mood disorder*. In: Bloom F. Kupfer D.J. (Eds.), *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, pp. 1631-1642. Raven Press, New York, 1995.

Brent D.A., Holder D., Kolko D. et al.: *A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive treatments*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 887-895, 1997.

- Carlson G.A.: The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *Journal Affect. Disord.*, 61, 3-8, 2000.
- Cooper P.J., Goodyer I.: A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptoms and syndrome prevalence. *Br. J. Psychiatry*, 163, 369-374, 1993.
- Crittenden P.M.: Attaccamento in Et  Adulta: L'Approccio Dinamico Maturativo all'Adult Attachment Interview. Cortina, Milano, 1999.
- Dozier M., Chase Stovall K., Albus K.E.: Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J., Shaver P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Guilford Press, New York, 1999. [Ed. It.: *Manuale dell'Attaccamento: Teoria, Ricerca e Applicazioni Cliniche*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003].
- Dubini A., Mannheimer R., Pancheri P.: Depression in the community: Results of the first Italian Survey. *Int. Clinical Psychopharmacol.*, 16(1), 49-53, 2001.
- Elliott G.R., Smiga S.: (2003) Depression in the child and adolescent. *Pediatr. Clin. N. Am.*, 50, 1093-1106, 2003.
- Esser G., Schmidt H., Woerner W.: Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children - Result of a longitudinal study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 31, 243-263, 1990.
- Faravelli C., Guerrini degli Innocenti B., Aiazzi L. et al.: Epidemiology of mood disorders: A community survey in Florence. *J. Affect. Disord.*, 20(2), 135-41, 1990.
- Fleming J.E., Offord D.R.: Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 571-580, 1990.
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target M., Gerber A.: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 22-31, 1996.
- Geller B., Fox L.W., Clark K.A.: Rate of predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33, 461-468, 1994.
- George C., Kaplan N. e Main M.: *The Adult Attachment Interview*. Manoscritto non pubblicato. University of California, Berkeley, 1985.
- Goodman S.H., Schwab-Stone M., Lahey B.B. et al.: Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39(6), 761-770, 2000.
- Goodyer I.M., Herbert J., Secher S. et al.: Short term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36(2), 179-187, 1997.
- Goodyer I.M., Herbert J., Tamplin A. et al.: Short term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36(4), 474-480, 1997.
- Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. The Guilford Press, New York, 1987. [Ed. It.: *La Complessità del S *. Bollati Boringhieri, Torino, 1988].
- Guidano V.F.: *The Self in Progress: Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. Guilford, New York, 1991 [Ed. It.: *Il S  nel suo Divenire: Verso una Terapia Cognitiva Post-Razionalista*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992].
- Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.
- Hazell P.: Depression in children and adolescents. *Evid. Based Ment. Health*, 6(4), 103-104, 2003.
- Kessler R.C., Avenevoli S., Ries Merikangas K.: Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biol. Psychiatry*, 49, 1002-1014, 2001.

- Klass D., Silverman P.R., Nickman S.L. (Eds.): *Continuing Bond: New Understandings of Grief*. Taylor & Francis, Washington DC, 1996.
- Kovacs M., Akiskal S., Gatsonis C. et al.: Childhood-onset dysthymic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 365-374, 1994.
- Kovacs M.: Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 705-715, 1996.
- Kovacs M., Devlin B., Pollock M. et al.: A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 613-623, 1997.
- Kovacs M., Obrosky D.S., Gatsonis C. et al.: First episode of major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and sociodemographic factors in recovery. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 777-784, 1997.
- Lagges A.M., Dunn D.W.: Depression in children and adolescents. *Neurol. Clin.*, 21(4), 953-960, 2003.
- Lambruschi F.: Il bambino. In: Bara G. (Ed.), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Lambruschi F.: Processi di attaccamento e depressione. In: Nardi B. (Ed.), *La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale*. Atti del I Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1999.
- Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva: Procedure d'Assessment e Strategie Psicoterapeutiche*. Bollati Boringhieri Editore, Torino, 2004.
- Lambruschi F., Lenzi S., Bossoletti R., Caramelli C.: Stili d'attaccamento e pattern sub-sindromici nei disturbi depressivi maggiori. Atti del XII Convegno Nazionale SITCC, Verona, 2004.
- Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R.: Psychosocial characteristic of adolescents with a history of suicide attempt. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32, 60-68, 1993.
- Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., Seeley J.R., Andrews J.A.: Adolescent psychopathology: I: Prevalence and incidence of depression and other DSM III-R disorders in high school students. *J. Abnorm. Psychol.*, 102, 133-144, 1993.
- Lewinsohn P.M., Seeley J.R., Hibbard J., Rohde P., Sack W.H.: Cross sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35(9), 1120-1129, 1996.
- Lewinsohn P.M., Zinbarg R., Seeley J.R., Lewinsohn M., Sack W.H.: Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *J. Anxiety Disord.*, 11, 377-394, 1997.
- Liotti G.: *Le Opere della Coscienza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Luby J.L., Heffelfinger A.K., Mrakotsky C. et al.: The clinical picture of depression in preschool children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42, 340-348, 2003.
- Main M., Goldwyn R.: Adult attachment scoring and classification system. Manoscritto non pubblicato. Department of Psychology, Università di California, Berkeley, 1984-1998.
- Nardi B.: Processi Psicichi e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. *Nuove Prospettive in Psicologia Clinica*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Neuman R.J., Geller B., Rice J.P., Todd R.D.: Increased incidence and earlier onset of mood disorders among relatives of prepubertal versus adult probands. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 466-473, 1997.
- National Center For Clinical Infant Program: 1994, *Classificazione Diagnostica 0-3: Classificazione Diagnostica della Salute Mentale e dei Disturbi di Sviluppo nell'Infanzia*, 1994. [Ed. It.: Masson, Milano, 1997].
- Nobile M., Cataldo G.M., Marino C. et al.: Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs*, 17(13), 927-946, 2003.

Normand C.L., Silverman P.R., Nickman S.L.: Bereaved Children's changing relationship with the deceased. In: Klass D., Silverman P.R., Nickman S.L. (Eds.), *Continuing Bond: New Understandings of Grief*. Taylor & Francis, Washington DC, 1996.

Park R.J., Goodyer I.M.: Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 9(3), 47-61, 2000.

Polaino-Lorente A., Domenech E.: Prevalence of childhood depression: results of the first study in Spain. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 34, 1007-1017, 1993.

Poli P., Sbrana B., Marcheschi M. et al.: Self reported depressive symptoms in a school sample of Italian children and adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev.*, 33, 209-226, 2003.

Purper-Ouakil D., Michel G., Mouren-Simeoni M.C.: Vulnerability to depression in children and adolescents: Update and perspectives. *Encephale*, 28(3), 234-240, 2002.

Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Research Diagnostic Criteria for Infants and Preschool Children: the process and empirical support. Task force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(12), 1504-1512, 2003.

Ryan N.D., Williamson D.E., Yiengar S. et al.: A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 600-605, 1992.

Ryan N.D.: Child and adolescent depression: short-term treatment effectiveness and long term opportunities. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 2(1), 44-53, 2003.

Ryan N.D.: Medication treatment for depression in children and adolescents. *CNS Spectr.*, 8(4), 283-287, 2003.

Roberts R.E., Lewinsohn P.M., Seelewjr: Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(12), 1608-1617, 1995.

Rosenstein D.S., Horowitz H.A.: Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 1996.

Rufin J.C., Ferreri M.: *Diagramme Hard: un nouvel outil d'évaluation des états dépressifs en pratique courante*. *British of Clinical Practice*, 2, 31-37, 1984.

Silverman P.R., Nickman S.L.: Children construction of their dead parents. In: Klass D., Silverman P.R., Nickman S.L. (Eds.), *Continuing Bond: New Understandings of Grief*. Taylor & Francis, Washington DC, 1996.

SINPIA (sez. Apulo-Lucana-ares-regione Puglia): Linee guida diagnostico-terapeutico-gestionali sulla depressione: i disturbi depressivi in età evolutiva, 2004.

Thorpe L., Whitney DK, Kutcher SP et al.: CANMAT Depression Work Group Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VI. Special population. *Can. J. Psychiatry*, 46(1), 63-76, 2001.

Van Ijzendoorn M.J., Bakermans-Kranenburg J.: Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 8-21, 1996.

Marco Brandoni

DISTURBO DELL'UMORE: ASPETTI EPIDEMIOLOGICO – NOSOGRAFICI NELL'ESPERIENZA DEL CENTRO ADOLESCENTI DI ANCONA

STORIA

Nel 1997 su delibera n. 1095 della Regione Marche viene attivato, presso la Clinica Psichiatrica Universitaria e nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale di Ancona, il "Centro per lo Studio e il Trattamento del Disagio Adolescenziiale", di cui, oltre al Prof. Nardi che ne è responsabile, fanno parte il Dott. Marco Brandoni, psichiatra, e la Dott.ssa Sara Rupoli, psicologa.

Nel 2003, sempre su delibera della Regione Marche, il precedente progetto viene ampliato con l'apertura, oltre all'ambulatorio presso l'Ospedale Regionale di Torrette di Ancona, anche di due accessi territoriali, l'uno presso il poliambulatorio di Falconara Marittima, l'altro presso il poliambulatorio di Castelfidardo. Il "Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile", così ridefinito, può contare su un'équipe più ampia, entrandone a far parte il Dott. Arimatea e la Dott.ssa Tittarelli, per fornire all'utenza un servizio al passo con i criteri richiesti per interventi specialistici di qualità.

Nel 2006 viene inaugurato un nuovo accesso territoriale presso i Poliambulatori di Ancona Centro. L'attività clinica del Centro consiste in:

- Oltre mille interventi in media l'anno, mirati alla prevenzione e alla terapia del disagio mentale
- Approccio globale al soggetto, centrato sulla sua personalità e non sui singoli sintomi e problemi presentati, il più empatico e il meno strutturato e medicalizzato possibile, esteso anche all'ambiente affettivo e relazionale
- Interventi predisposti e valutati in équipe e, per la caratteristica di elevata specializzazione, integrati con gli altri servizi del territorio (medici di medicina generale, operatori del settore materno-infantile, altri specialisti, strutture socio-assistenziali, istituzioni pubbliche, ecc.)
- Gruppi terapeutici per genitori
- Osservatorio epidemiologico sulle tendenze giovanili e sulle espressioni di disagio osservate.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICO - NOSOGRAFICI

La statistica che prenderò in considerazione si riferisce all'anno 2006 con 303 nuovi casi di cui 167 di sesso femminile e 136 di sesso maschile (Fig. 1).

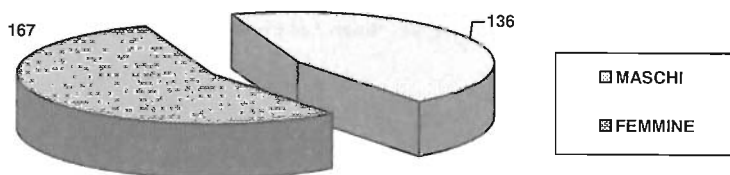


Fig. 1. Casistica

Le fasce di età interessate hanno compreso un range dai 5 anni ai 35 anni, con prevalenza della fascia 19 – 25 anni (Fig. 2).

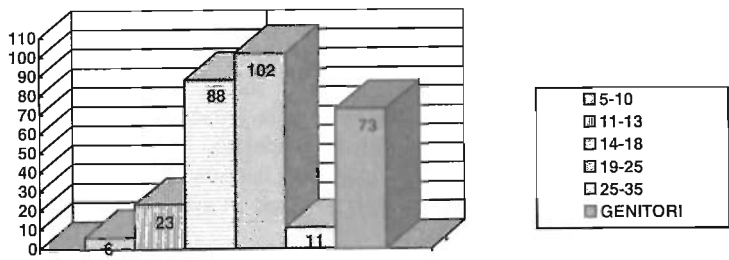


Fig. 2 Fasce d'età

Le Strutture invianti, il Centro è una Struttura di II° livello, sono state in prevalenza le strutture sanitarie con 140 invii, seguite dall'invio per interessamento diretto delle famiglie 82 casi. Da segnalare inoltre casi di richiesta diretta del soggetto con disagio 60 casi ed invii dal Tribunale per i Minorenni delle Marche 11 casi e dalle Scuole 10 casi (Fig. 3).

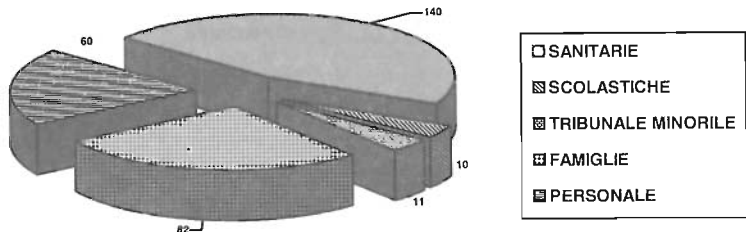


Fig. 3. Strutture invianti

Dei Disturbi clinici presentati dai 303 nuovi casi possiamo vedere come 66 soggetti hanno presentato un Disturbo del tono dell'umore di tipo Depressivo (Fig. 4).

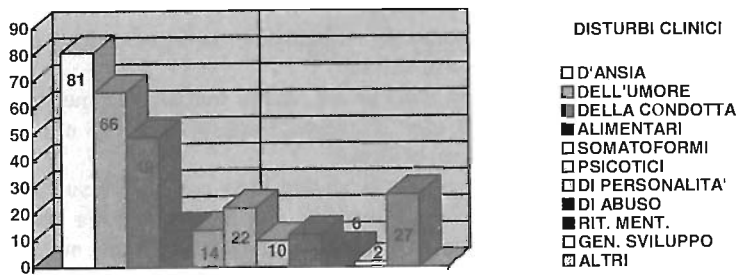


Fig. 4. Disturbi clinici

LA DEPRESSIONE NELL' ADOLESCENZA

La depressione rappresenta una delle maggiori espressioni di criticità e di difficoltà dell'adolescenza. E' importante comunque tener conto che la depressione riveste, nello sviluppo psicologico dell'adolescente, anche un ruolo adattivo: infatti nella sua accezione "fisiologiche", essa è fondamentale per la maturazione della personalità del ragazzo favorendo l'acquisizione di un senso di sé e del mondo più duttile ed articolato.

Viceversa, nella sua accezione "patologica", quando la depressione produce uno disagio tale da interferire con le potenzialità dell'adolescente, può arrestare in maniera brusca e drammatica la progettualità nell'intero ciclo di vita successivo.

In base ai dati rilevati c/o il nostro Centro nell'anno 2006, negli adolescenti maschi, la fascia di età maggiormente interessata dalla depressione è stata quella tra i 18 e i 20 anni.

Nel sesso femminile si è osservato una distribuzione più uniforme della depressione nelle varie fasce di età (Fig. 5).

**DISTRIBUZIONE DELLA DEPRESSIONE
NELLE FASCE DI ETÀ**

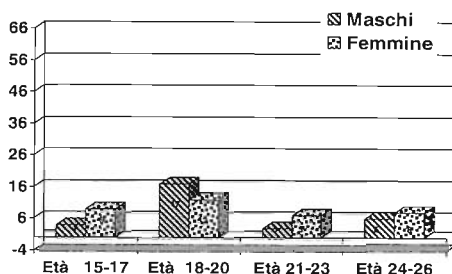


Fig. 5. Distribuzione della depressione per fasce d'età

Esaminando il quadro clinico depressivo secondo un approccio categoriale, i sintomi più frequentemente riscontrati sono stati:

l'abbassamento del tono dell'umore, il sentimento di svalutazione, la mancanza di energia, una marcata riduzione di interesse verso tutte o quasi le attività.

Altri sintomi, pur se presenti con una frequenza non elevata, vanno sicuramente menzionati per la loro importanza clinica: gli atti autolesivi, le idee di morte, l'abuso di alcool e/o di sostanze stupefacenti, i tentati o mancati suicidi e i disturbi psicotici.

Di questi sintomi si è osservata una distribuzione diversa nei due sessi, con una prevalenza nel sesso maschile dell'aggressività, dell'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti e della sintomatologia psicotica (riscontrata soltanto negli adolescenti maschi); mentre si è osservata una netta prevalenza nel sesso femminile di idee di morte ed atti autolesivi.

Un solo tentato suicidio in paziente di sesso femminile (Fig. 6).

PRINCIPALI DIFFERENZE DELLA SINTOMATOLOGIA NEI DUE SESSI

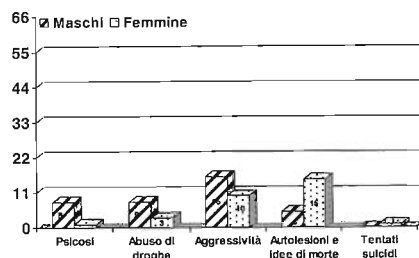


Fig. 6. Differenze sintomatologiche nei due sessi

Un altro aspetto molto importante evidenziato nella Depressione adolescenziale (come anche nell'adulto), è l'alterazione del **FATTORE TEMPO**. Un tempo che si presenta rallentato, bloccato. Una mancanza di un "Tempo futuro" fino arrivare al blocco, con conseguenti gesti autolesivi o suicidi ed una svalutazione del "Tempo passato", una destoricizzazione del tempo passato, che ha perso di significato. Gli adolescenti depressi elaborano, infatti, un vissuto temporale che è privo di una struttura, che non ha più un senso, che non ha propositività e che porta al ritiro, all'angoscia, all'incapacità di avere un futuro. Uno degli interventi più difficili, secondo me, da effettuarsi in psicoterapia con un adolescente depresso, è il riuscire a far stare il giovane nel "Tempo presente", farlo stare nel presente è un passaggio doloroso per l'adolescente depresso, vuol dire aiutarlo a gestire le ansie delle previsioni future (che si rivelano al momento angoscianti), vuol dire aiutarlo a rivalutare l'attuale ed a riformulare il passato (che ha perso di significati positivi). Per quanto riguarda le tematiche depressive adolescenziali più frequenti, si sono evidenziate: la perdita della speranza "mi sento una merda" e la perdita della speranza che qualcuno mi possa aiutare; terribile ed angosciante è la sensazione di sentirsi "Solo", "Solo" intesa come sensazione soggettiva di percepire la solitudine, il sentirsi isolato (anche se ha intorno amici e persone che gli vogliono bene e che cercano di dare aiuto). Secondo i criteri di classificazione utilizzati nel DSM IV, le forme di depressione da noi riscontrate sono state nel 60% *episodi singoli di depressione maggiore* e nel 15% *episodi ricorrenti*; la *distimia* si è osservata nel 15% degli adolescenti; nel 10% dei pazienti si è riscontrata *depressione con sintomatologia psicotica* (Fig. 7).

DISTRIBUZIONE DELLE FORME DI DEPRESSIONE

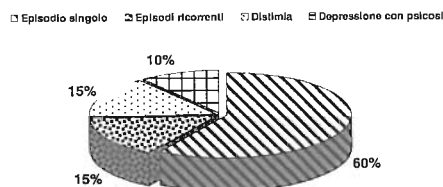


Fig. 7. Andamento cronologico della depressione

Da una lettura di tipo Cognitivo Comportamentale Post-razionalista, si è evidenziata una statistica (basata sui 66 casi con Disturbo del tono dell'umore), in cui gli stili di personalità rappresentati sono stati:

il *Contestualizzato* (DAP) con il 58%, il *Contestualizzato - Controllante* (DAP-FOB) con il 23%, il *Controllante* 13% (FOB) - il *Distaccato* (DEP) ed il *Normativo* (OSS), entrambi con il 3% (Fig. 8).

DISTRIBUZIONE DEGLI STILI DI PERSONALITA'

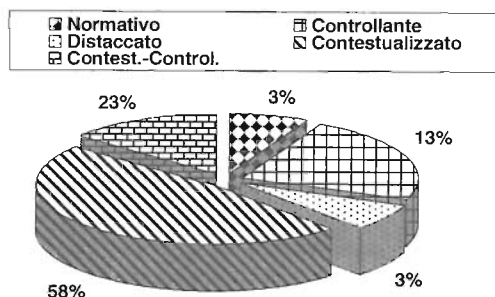


Fig. 8. La depressione negli stili di personalità

Nei soggetti *Contestualizzati* (Nardi e Capecci, 2005) *DAP* o *DAP-Prone*, che regolano il senso di sé in base alla capacità di corrispondere volta per volta alle aspettative delle figure di riferimento, gli eventi che hanno portato allo scompenso sono stati quelli in cui era presente una difficoltà a demarcarsi dalla famiglia, cioè a prendere decisioni, fare scelte e, in seguito, concretizzarle in maniera autonoma, indipendentemente dalle aspettative dei familiari o delle altre figure significative, soprattutto quando esse apparivano disconfermanti.

Altri motivi di disconferma che potevano generare scompensi depressivi, sono risultate le relazioni sentimentali, poiché nella formazione, nel consolidamento e nella fine di queste, cambia il senso di sé del soggetto con organizzazione *DAP*, che tende a leggersi totalmente nel partner. Soprattutto il tradimento da parte del partner è stato vissuto come un evento altamente disconfermante che ha generato un grave scompenso depressivo.

Il fallimento scolastico o l'aumento della richiesta di impegno negli studi si è dimostrata un'altra importante causa di scompenso, poiché veniva percepito come indice assoluto del proprio valore personale.

Da un punto di vista sintomatologico il quadro depressivo si è manifestato con una mancata esposizione a situazioni disconfermanti o vissute come banco di prova (85% dei soggetti *contestualizzati*), con un senso di inadeguatezza (80% dei soggetti), con il timore di essere giudicati (75% dei soggetti), e con un senso di vergogna (70% dei soggetti).

Gli atti autolesivi erano presenti nel 20% dei soggetti *contestualizzati* e venivano compiuti per sentirsi, quando arrivavano ad una situazione di annullamento, quasi di vuoto: infatti il dolore diventa la sensazione minima per percepirsi, tanto che non hanno mai il senso di dolore (Tab. 1).

Tab. 1

85%	Mancata esposizione in situazioni disconfermanti
80%	Senso di inadeguatezza
75%	Paura di essere giudicati
70%	Sentimenti di svalutazione
50%	Senso di vergogna
40%	Assenza di amabilità
40%	Senso di incapacità
35%	Senso di fallimento
20%	Atti autolesivi
15%	Tratti psicotici

Gli adolescenti *Controllanti* (Nardi e Capecci, 2005) *FOB* o *FOB-Prone*, che regolano il senso di sé in base alla capacità di controllo della prossimità alle figure di riferimento, hanno presentato modalità di scompenso riconducibili alla paura dell'abbandono, quindi al senso di mancata protezione o al senso di costrizione; questi hanno manifestato un'ordinata serie di sintomi, peculiari dell'una o dell'altra situazione. In questi adolescenti tipici eventi scompensanti erano costituiti dall'inizio della vita universitaria, il cui cambiamento di città, di amici, di scuola e l'allontanamento dalla famiglia rivestivano il significato di "perdita di protezione" oppure il termine della carriera universitaria con il necessario cambiamento di prospettive: dal mondo dello studio a quello lavorativo. La formazione, il consolidamento e la fine di una relazione, assumevano il significato di perdita del controllo rispetto alla vicinanza e all'allontanamento del partner, quindi non stupisce che per i *CONTROLLANTI FOB-Prone* anche questo abbia costituito motivo di scompenso.

Il loro vissuto depressivo si è manifestato con un senso di vulnerabilità, di perdita di controllo e di mancanza di protezione; frequenti sono state le somatizzazioni (Tab. 2).

Tab. 2

85%	Senso di vulnerabilità
85%	Senso di perdita di controllo
85%	Somatizzazioni
85%	Senso di mancata protezione
50%	Senso di costrizione
30%	Senso di sconcerto

Gli adolescenti con personalità *Distaccata* (Nardi e Capecci, 2005) *DEP* o *DEP-Prone*, che regolano il senso di sé in base alla capacità di prevenire o gestire le situazioni di rifiuto e di abbandono, razionalizzando e spiegando gli eventi vissuti. In essi sono stati sempre presenti un senso di negatività personale, di solitudine e di disperazione.

Gli eventi di vita che sono sembrati prestarsi più facilmente a essere percepiti in termini di perdita o delusione, e quindi di attivare uno scompenso depressivo, sono stati quelli in cui è avvenuta una separazione o si è presentata una minaccia di separazione da una persona significativa. Altre situazioni erano rappresentate da rivelazioni spiacevoli riguardanti una persona cara che hanno spinto a riconsiderare a fondo l'immagine di quella persona o del rapporto che si aveva con essa. Il non sentirsi più capace in ambito scolastico o lavorativo ha creato in questi adolescenti un senso di negatività personale e di impotenza che ha portato alla comparsa di una sintomatologia depressiva. Erano sempre presenti un senso di negatività personale, di solitudine e di disperazione.

Nel 65% dei casi si sono riscontrati inoltre un senso di colpa, di impotenza e di inamabilità e la rabbia (Tab. 3).

Tab. 3

100%	Senso di negatività personale
100%	Senso di solitudine
100%	Disperazione
65%	Senso di colpa
65%	Senso di impotenza
65%	Rabbia
65%	Senso di inamabilità
35%	Sensazione di essere abbandonati
35%	Senso di perdita

La personalità *Normativa* (Nardi e Capecci, 2005) *OSS* o *OSS-Prone*, che regola il senso di sé in base alla capacità di riferire le esperienze vissute a principi generali e regole certe, possono scompensarsi in risposta a una varietà estremamente ampia di possibili eventi di vita – a volte apparentemente irrilevanti - che vanificano la continua ricerca di certezza, permettendo così l'affiorare di quelle sensazioni ambivalenti e contraddittorie tanto temute. Comunque gli eventi di vita di maggiore riscontro all'osservazione dei dati corrispondevano invariabilmente a situazioni emotivamente significative in cui era difficile discriminare con certezza gli aspetti "positivi" da quelli "negativi": delusioni o fallimenti in ambito professionale o scolastico, problemi interpersonali in un rapporto significativo, separazione, perdita o malattia di un parente o di una persona cara.

Nel loro vissuto depressivo era sempre presente un senso di incontrollabilità, di imperfezione e di indegnità che essi hanno cercato di "soffocare" con rituali e ruminazioni (100% dei soggetti).

In metà degli adolescenti *Normativi* era presente anche un senso di inamabilità e di immoralità (Tab. 4).

Tab. 4

100%	Senso di incontrollabilità
100%	Senso di imperfezione
100%	Rituali
100%	Ruminazioni
100%	Senso di indegnità
50%	Senso di immoralità
50%	Senso di inamabilità

Infine i soggetti con organizzazione mista DAP-FOB (12% dei soggetti) hanno presentato una sintomatologia depressiva variabile con caratteristiche intermedie alle due organizzazioni pure, definita dalla prevalenza di una o dell'altra.

CONCLUSIONI

Gli episodi depressivi sono seguiti a momenti di crisi che l'adolescente non è riuscito a superare, inoltre il momento di crisi non era strettamente in relazione con l'evento quanto piuttosto con il modo in cui il soggetto ha percepito e integrato l'evento critico.

Per cui accadimenti apparentemente poco significativi, che però il ragazzo ha vissuto in modo fortemente destabilizzante hanno innescato uno scompenso depressivo.

La famiglia, la scuola e il gruppo dei pari sono stati gli ambiti all'interno dei quali l'adolescente ha sviluppato la maggior parte del suo disagio.

Disagio che si è manifestato principalmente attraverso liti, opposizione o manifestazioni aggressive nei confronti dei genitori, desiderio di abbandonare gli studi, difficoltà a mantenere un rendimento scolastico sufficiente, ansia prima delle interrogazioni o degli esami, paura del confronto con gli altri e rifiuto delle situazioni di esposizione.

Nel Centro Adolescenti viene applicato un approccio psicoterapeutico di tipo sistemico processuale che focalizza il vissuto del soggetto e che permette di cogliere, come aspetti clinici apparentemente simili, rivestano invece significati profondamente diversi da soggetto a soggetto, sulla base del proprio stile di personalità e quindi "I sintomi sono espressione della modalità di scompenso di una Organizzazione di Significato Personale".

Infine, utile una riflessione sul "Cosa significa restare sempre lo stesso nel tempo, quando tutto intorno a noi e dentro noi cambia".

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S.: Patterns of infants-mother attachment: Antecedents and effects on development. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 771-791, 1985.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition (DSM-IV). A.P.A. Press, Washington, 1994. (Ed. it.: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione - DSM-IV. Masson, Milano, 1995).

Arciero G., Mazzola V.: Le organizzazioni di personalità: l'approccio post-razionalista. In: Nardi B. (Ed.), Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Borgna E.: Le Figure dell'Ansia. Feltrinelli, Milano, 1997.

Braconnier A.: Dépression à l'adolescence. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-214 A10: 1-4, 1993.

Cesari G.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): Adolescenza e Trasgressione. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.

Crittenden P.M.: Quality of attachment in the preschool years. Review of Psychopathology, 4, 209-241, 1992.

Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.

Crittenden P.M.: Pericolo, Sviluppo e Adattamento. Masson, Milano, 1997.

Crittenden P.M.: The process of constructing the self and its relations to psychotherapy. In: Bondolfi G., Bizzini L. (Eds.), 7th International Congress on Constructivism in Psychotherapy. Université de Genève, Genève, 2000.

Guidano V.F.: Complexity of the Self. Guilford, New York, 1987. (Ed. it.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

Guidano V.F.: L'adolescente nel modello cognitivo. In Nuvoli G. (Ed.), Psicologia e Adolescenza. Delfino, Sassari, 1990.

Guidano V.F.: The Self in Progress. Guilford, New York, 1991. (Ed. it.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Guidano V.F.: Orientamenti razionalisti e non razionalisti nella psicoterapia cognitiva (seminario tenuto nel 1989). In: Nardi B. (Ed.), Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.

Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980. (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).

Nardi B.: La depressione. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1995.

Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B., Capecci I.: Contributo per una lettura evolutiva e adattiva della organizzazione di significato negli stili di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 17(9), 34-52, 2005.

Nardi B., Pannelli G.: Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico-processuale. *Rivista di Psichiatria*, 32 (4), 157-164, 1997.

Nardi B., Pannelli G.: Approccio cognitivo, sistemico-processuale, alla depressione adolescenziale. *Complessità & Cambiamento*, 6(2), 42-52, 1997.

Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Rivista di Psichiatria*, 6, 277-286, 1998.

Prigogine I.: Irreversibility as a symmetry-breaking process. *Nature*, 246, 67-71, 1973.

Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Reda M.A.: La maturazione adolescenziale nell'epistemologia cognitiva sistemico processuale. In: Nardi B. (Ed.). *La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale*. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1999.

Reda M.A., Liotti G.: Un modello cognitivo della depressione. Aspetti teorici e sperimentali. In: AA.VV. (Eds.), *La Condizione Depressiva*. Masson, Milano, 1984.

Rezzonico G., Lambruschi F.: Evoluzione del modello cognitivista. In: Rezzonico G., Lambruschi F. (Eds.): *La Terapia Cognitiva nel Servizio Pubblico*. Angeli, Milano, 1996.

I DISTURBI DELL'UMORE NELL'ETÀ EVOLUTIVA: ASPETTI CLINICI ED OPERATIVI

L'obiettivo di questo intervento è descrivere alcune delle principali trame narrative utilizzate nella messa a fuoco del proprio disagio da soggetti con diagnosi di disturbo dell'umore. L'ambito della casistica è costituito dagli individui afferiti agli ambulatori del "Centro Adolescenti" nel periodo Gennaio 2006 – Aprile 2007⁹. Come già emerso dalla descrizione dei dati relativi all'attività del Centro Adolescenti (v. capitolo precedente), è stata riscontrata una forte prevalenza di soggetti che hanno presentato un disturbo dell'umore, con Organizzazione di Significato Personale (OSP) di tipo Contestualizzato (Dap-prone), cioè soggetti con una messa a fuoco dall'esterno, in un contesto di alta reciprocità semantica (Nardi, 2005, 2007).

Come spesso accade, ci si è trovati di fronte ad una marcata differenziazione in ambito diagnostico. Nello stesso campione, da un lato, la diagnosi funzionale ha fatto emergere, per quanto riguarda le Organizzazioni di Significato Personale, la prevalenza di un tipo di OSP sulle altre; dall'altro, l'utilizzo della diagnosi descrittiva del DSM-IV per gli stessi soggetti, ha dato modo di verificare come nella variabilità clinica sia emersa un'eterogeneità di disturbi in comorbidità al disturbo dell'umore (ad es. disturbo della condotta alimentare, disturbo d'ansia, attacchi di panico).

In primo luogo, la diagnosi funzionale ha consentito di dare coerenza in senso esplicativo a contesti di scompenso molto diversi tra loro che, tuttavia, possono essere percepiti in modo analogo tra i soggetti. Infatti, gli adolescenti hanno descritto queste situazioni come "cause" di scompenso, in quanto erano percepite, nei casi presi in esame, come obiettive e inesorabilmente imm modificabili. Nel suo manifestarsi, il disagio ha assunto sempre la valenza di oggettività, è sempre stato riportato in termini esterni al sé e, pertanto, è stato vissuto come non modificabile e non alla propria portata. Le situazioni più frequenti di insorgenza del problema e di manifestazione sono state: conflitti familiari, insuccessi nell'ambito scolastico o lavorativo (a seconda dell'occupazione dell'adolescente) e crisi affettive.

Un dato molto significativo ha accomunato tutti i soggetti, quello relativo al tempo trascorso tra l'insorgenza del problema e la richiesta di aiuto, sia se portata avanti dall'adolescente sia se mediata dal genitore; tale periodo è stato sempre superiore a sei mesi. Rispetto ad altre manifestazioni patologiche, il disturbo dell'umore non ha presentato mai caratteristiche di urgenza, è stato spesso messo in secondo piano rispetto al problema che si pensava lo avesse causato (dal conflitto che si viveva o dalla decisione importante che si doveva prendere per la propria vita e che, magari, aveva bisogno di tempo per essere affrontata). In altri casi, è come se non fosse stato riconosciuto il problema, in quanto inizialmente è mancata buona parte della percezione del disagio, che era considerato un effetto del proprio modo di essere, del proprio carattere e, quindi, ancora di più descritto come imm modificabile ed inaccessibile.

Al momento della richiesta di aiuto, è stato riscontrato tra i soggetti un elemento di forte concordanza e significatività clinica nel modo di percepire il cambiamento dell'umore. Il proprio disagio è stato descritto da tutti come tristezza, solitudine, perdita di interesse e di voglia di fare. Vi è stata concordanza nelle descrizioni del problema, nonostante che, come già accennato, molte delle manifestazioni patologiche fossero presenti in comorbidità. Il problema prevalente è stato quello

⁹ Questo contributo è stato realizzato grazie al valido aiuto offerto dai collaboratori del Centro, in un lavoro di équipe relativo alla valutazione degli adolescenti e all'analisi dei colloqui terapeutici.

della tristezza e della solitudine, che si è tradotto in termini comportamentali e nella maggior parte dei casi con l'isolamento sociale ed il ritiro da attività e relazioni.

Andando ad osservare i temi di scompenso, è stata posta innanzitutto attenzione alle modalità individuali di percepire il proprio disturbo dell'umore, evidenziando le similitudini riscontrate nei diversi casi che verranno di seguito riportati.

Martina, una ragazza di 19 anni, è arrivata al Centro Adolescenti presentando un disturbo diagnosticato come Disturbo Ansioso-Depressivo Misto (DSM-IV), che ha descritto in questi termini:

“Durante la giornata piango spesso, anche senza un motivo preciso...spesso non riesco neanche ad alzarmi dal letto la mattina, me ne sto a letto fino a tardi, sto lì e penso che dovrei pulire o mettere in ordine, ma proprio non ce la faccio, non ci provo per niente, tanto mi verrebbe tutto male!”

“Va tutto male...in questo periodo tutta la mia vita è un vero schifo! Ho almeno 4 o 5 problemi enormi, insopportabili che mi rendono la vita una schifezza: il mio ragazzo, la situazione a casa, il lavoro che è impossibile trovarlo e soprattutto il problema più grande: me stessa!”

Al momento della richiesta di aiuto, il vissuto che Martina ha riportato è stato sempre descritto in termini oggettivi come fallimento reale di se stessa. Una delle situazioni in cui emergeva questo tema era l'impossibilità di trovare lavoro:

“Il lavoro è un altro disastro, proprio non lo trovo...ho fatto tanti colloqui ma poi ho troppa paura di fallire! Qualche tempo fa ho avuto la possibilità di fare la commessa in un ingrosso, ma non ci ho nemmeno provato...non ho mai fatto la commessa, non la so fare... e se poi sbaglio qualcosa...sicuramente mi sgriderebbero di brutto e mi manderebbero subito via!”.

Martina ha fatto emergere un elemento di particolare significatività clinica, in quanto, nonostante abbia mostrato la consapevolezza che il problema di trovare un impiego dipendesse da lei, e non da una mancanza di opportunità, il messaggio da lei dato è stato comunque quello di una situazione oggettiva legata al suo poter sbagliare e, quindi, fallire. È emerso pertanto in lei uno “star male” relativo ad un dato reale, in quanto tutti i suoi sforzi sarebbero esitati in un fallimento. Questa convinzione le impediva di credere in qualunque cosa facesse, dal momento che da ogni esperienza avrebbe ricavato per se stessa l'idea di essere una persona fallita.

Il sentirsi apatica, le crisi di pianto, la scarsa considerazione di sé e l'isolamento sociale che Martina ha descritto, imputati sia a se stessa sia agli altri che non l'avrebbero accettata, erano insorti in modo subdolo durante l'estate, quando, finita la scuola superiore, si è trovata a dover affrontare decisioni importanti per il suo futuro. La crisi depressiva si mostrava legata a temi di inadeguatezza, giudizio e fallimento; infatti sono emerse la paura ad intraprendere un eventuale lavoro e, allo stesso tempo, la difficoltà ad iniziare un corso universitario per il forte timore di non riuscire.

Diversa, ma solo in maniera apparente, si è presentata la situazione di Alessio il quale, al momento della richiesta di aiuto, aveva 18 anni e frequentava l'ultimo anno di un Istituto Tecnico. Nel suo caso, la diagnosi descrittiva è stata quella di Disturbo Depressivo Maggiore (DSM-IV). Alessio ha raccontato il suo problema principalmente come crisi di pianto:

“Lunedì pomeriggio ho avuto una forte crisi di pianto. Mi capita spesso, ho sempre avuto alti e bassi. Ogni tot di tempo mi sento giù, soprattutto al ritorno da qualche viaggio. Mi è successo anche quest'estate. Mi sento stanco, sembra che non ho voglia di far niente. Tornando dalla gita ero un po' giù e mi sono confidato con mia madre. Mi viene da piangere e mi sembra di non avere un fine. Nessuna delle mie aspettative si sta avverando. Con gli amici non mi diverto, ma se mi isolo, vado ancora più giù.”

“Anche a settembre ho avuto queste crisi di pianto, poi ne ho parlato con mia madre e mi sono sentito un po' meglio. Mi sento meglio quando riesco a sfogarmi.

Mi è capitato anche questo lunedì, mi sentivo triste, mi sono sfogato, mi sono tolto un peso anche se non c'era niente, non era successo niente di grave. Nel pomeriggio mi distraevo, non riuscivo a studiare, anche a cena ero silenzioso, stavo giù. A scuola sono stato quasi sempre zitto.

Da solo mi capita spesso di piangere, soprattutto con mia madre e in famiglia. Davanti agli altri mi trattengo. La normalità la vivo bene, anche se sono un po' stanco di andare a scuola, non vedo l'ora che finisca. Sento che mi manca qualcosa. Ad esempio, non ho mai avuto una ragazza per un lungo periodo e so che è colpa mia, non ci ho mai tenuto veramente, mi sono sempre comportato male, anche se decido di comportarmi bene, poi succede qualcosa e finisce comunque male.

Di amici ne ho molti, in particolare ho un amico con cui parlo e mi confido abbastanza, ma non può capire tutto. A parte mia madre non ho un punto d'appoggio.

Devo trovare una ragazza, però se poi mi interessa e finisce ci sto troppo male. Sono timido e per vincere la timidezza gioco e rido. Sono stato sempre troppo sfigato e mi sono lasciato trasportare.

A scuola vado bene anche se mi viene sempre detto che posso fare di più.

Tutte queste situazioni si accumulano e poi sento che mi crolla tutto addosso, sto male e mi sento giù, mi sento stanco di tutto."

Le aspettative di Alessio che, come egli ha riportato, non si stavano avverando, riguardavano quasi tutti gli elementi della propria vita: affetti, scuola ed, in parte, anche il nucleo familiare, fatta eccezione per il rapporto che descriveva come molto confidenziale e fonte di sollievo per lui. Tornare a casa dopo un viaggio assumeva per lui un significato particolare, un cambiamento percepito come esterno al sé, che nel lavoro terapeutico inizialmente sembrava relativo solo ai suoi legami affettivi:

"Quando mi prendono i miei momenti di tristezza sento che mi manca qualcosa e mi dispiace. Per esempio, tornato dalla gita stavo male, mi sentivo solo. È iniziato tutto durante il viaggio di ritorno: sono stato sempre zitto, pensavo che tutto sarebbe tornato alla normalità, mi dispiaceva tornare alla solita vita, mi sono rattristato sempre di più. Appena tornato a casa preferivo isolarmi e ripensare alla gita." In termini di immagini quella sensazione è stata descritta come: "Avevo paura di parlare con la ragazza che avevo conosciuto e che era rimasta a casa, dirle che mi era mancata, non volevo, perché avevo paura di iniziare una storia seria".

Ne è emerso che la percezione del ritorno dalla gita rappresentava una forte contrapposizione a quella modalità "gioco e rido" di rapportarsi alle cose come da lui descritta; vi era invece il timore di doversi impegnare in una cosa seria.

Per Alessio, nel momento in cui ha percepito le aspettative dei professori nei suoi confronti, anche la scuola è diventata una ulteriore difficoltà, nonostante il fatto che, fino a quel momento, non lo fosse stata.

"Ai colloqui a scuola i professori mi hanno detto: 'ti puoi impegnare di più, il 6 non basta, puoi far meglio'. Mi è dispiaciuto, è stato come se avessi buttato via 4 anni. Subito mi sono sentito carico, avevo voglia di migliorarmi, ma poi a casa ci ho riflettuto e l'ho vista come una critica, non mi piacevo, avrei dovuto impegnarmi di più, mi sono sentito triste, mi è dispiaciuto averli delusi, era colpa mia."

La difficoltà di Alessio nel mettere a fuoco le aspettative esterne e a differenziarle dalle proprie non riguardava soltanto i professori, ma anche il contesto familiare, come è emerso successivamente.

"Non so se continuare gli studi... o faccio odontoiatria come vogliono i miei genitori o niente. Da una parte vorrei avere una mia autonomia economica, la mia libertà, mi dispiace dover dipendere ancora dai miei genitori, è come se fossi ancora un bambino, non posso fare quello che voglio io. D'altra parte mi dispiace rinunciare, mi dispiace per gli altri e ho paura di pentirmene in futuro."

I temi di giudizio e di inadeguatezza riportati da Alessio hanno messo in evidenza come il peso che egli sperimentava fosse legato soprattutto alle critiche degli altri, compresa la madre, nonostante fosse per lui unico punto di riferimento, dei professori che lo esortano mentre egli invece si sentiva criticato, degli amici e nelle relazioni sentimentali dove per lui era così difficile rapportarsi, nell'incertezza di non sapere se anche la partner provasse le stesse cose nei suoi confronti. Il lavoro terapeutico con Alessio, ha riguardato in particolare la messa a fuoco dei propri bisogni, delle proprie scelte al fine di differenziarli da ciò che volevano gli "altri" ma era vissuto al tempo stesso da lui sempre e solo come una critica, una svalutazione di sé e soprattutto un fallimento. Le

aspettative che non si stavano avverando e più in dettaglio il “*sentirsi sfigato e trasportato dagli altri*”, erano in funzione dell’idea di sé che Alessio stava sempre più confermandosi, come persona non adeguata e, quindi, fallita. In questa sua sensazione si possono trovare analogie con il tema del “doversi trovare ad affrontare decisioni importanti per il futuro” di Martina. Anche Martina ha descritto questa sensazione non come timore di fallire, bensì come mancanza di forze e disinteresse.

Dall’esperienza di Alessio si evince come le aspettative esterne costituiscano un elemento di disagio molto forte negli adolescenti. Tale disagio può emergere già in prima media, come hanno dimostrato i risultati di una nostra ricerca volta ad individuare i fattori di rischio e i fattori protettivi nella scuola dell’obbligo per prevenire la dispersione scolastica.

Il contesto familiare, tuttavia, non deve essere colpevolizzato. È fisiologico che i genitori ripongano nei figli le proprie aspettative; piuttosto viene a mancare funzionalità e adattamento nella relazione genitore-figlio quando vengono considerate soltanto le proprie aspettative, al punto che l’altro non si sente riconosciuto come soggetto. In questi casi è stato utile un sostegno genitoriale, che nasce però dal presupposto che il problema non è costituito “oggettivamente” né dai genitori, da un lato, né dai figli, dall’altro. Al Centro Adolescenti, nel periodo in considerazione ma non solo, si sono presentate situazioni familiari molto differenti, dai contesti a volte disparati e problematici, che tuttavia, hanno spesso espresso delle forti similitudini proprio nel bisogno degli adolescenti di ottenere un riconoscimento da parte dei genitori. Questo bisogno, difficilmente è colto dagli adolescenti stessi, così come possono “sfuggire” le forti attivazioni emotive che ne derivano: senso di solitudine, vergogna, rabbia, senso di colpa che, come già sottolineato nell’approccio terapeutico, non possono essere considerate “cause” di disagio, dipendenti dal contesto familiare. Queste emozioni in adolescenza sono la conseguenza diretta di quel “terremoto” interiore indotto dal passaggio dal pensiero concreto al pensiero astratto. Si tratta di un cambiamento caratterizzato dal distacco emotivo e cognitivo dai genitori, a favore di un aumento dell’importanza attribuita ai rapporti con i “pari”. Le relazioni amicali, come riportato in letteratura, rappresentano al tempo stesso un fattore di rischio e un fattore di protezione per gli adolescenti.

Il caso di Anna è stato considerato come sufficientemente esplicativo da questo punto di vista.

Anna, una ragazza di 15 anni con genitori separati, frequentante il II anno del Liceo Linguistico, con diagnosi di Disturbo dell’Umore NAS (DSM-IV), ha inizialmente presentato il suo problema in questi termini:

“Il fatto è che io non mi trovo bene con me stessa...dovrei imparare ad accettare la mia insicurezza che non mi fa vivere bene le cose...è sempre stato così, fin da piccola! La mamma ha ragione (è stata la mamma a presentare inizialmente in sede di primo colloquio il problema per conto della figlia), in questo periodo le cose con mio padre non vanno molto bene, è un litigio continuo...ora mi nascerà un fratellastro e io non so come mi troverò, sinceramente non mi va di stravolgermi la vita...anche dopo la separazione mi hanno detto che avrei potuto scegliere, che ero libera di stare dove avrei voluto io, avrei avuto due case...ma qualsiasi cosa scelgo poi mi viene un gran senso di colpa!”.

Anna è arrivata al Centro con una buona motivazione e valide capacità introspettive, che le hanno consentito, in poco tempo, di accedere ai propri contenuti emotivi i quali, nel corso di poche sedute, sono cambiati, così come è cambiato il suo modo di percepire se stessa non più come problema, come ha spiegato qualche settimana dopo:

“Ora le cose vanno un pochino meglio... Anche con mio padre si sono un po’ ristabiliti i rapporti, cerco di non farmi condizionare da lui, prima mi auto-colpevolizzavo per ogni cosa, ora invece ho deciso che mi sarei impegnata a cambiare le cose...Abbiamo avuto una discussione, lui si sentiva offeso, io mi sono impuntata, mi sono sentita infastidita, mi dispiaceva discutere con lui, ma è stato meno pesante delle altre volte...le altre volte mi dispiaceva di più perché era offeso e io ho sempre pensato che se non facevo come diceva lui avremmo litigato di più e questo mi avrebbe fatto star peggio... per questo lasciavo perdere, mi mettevo a pensare dalla sua parte, accettavo il suo punto di vista...questa volta la litigata è stata diversa per me...lui non mi capiva però io avrei fatto quello

che era meglio per me, quello che io pensavo fosse meglio per me! Mi sono sentita libera, con un peso in meno, mi piaceva quella Anna...mentre prima avevo la mia opinione ma sentivo che dovevo mantenerla per me, e mio padre mi imponeva la sua. L'altro giorno mi sono sentita in grado di esternare la mia opinione. Ho capito che io e mio padre siamo due persone opposte, magari entrambi abbiamo lo stesso scopo, ma l'incomprensione crea dispiacere. Ho fatto il primo passo...spero ce ne siano altri, sono orgogliosa di questa Anna ...per quanto riguarda il rapporto con mio padre sto migliorando!"

Da questo nuovo episodio, è emerso come la riformulazione del problema abbia consentito ad Anna di demarcare il proprio sé e di spostare le conferme su un versante più interno. Il dispiacere per le divergenze che ha avuto col padre rimane, pur avendo adesso un significato diverso per lei, meno colpevolizzante nei propri confronti. Si potrebbe dire che il senso di colpa aveva per Anna lo scopo di cancellare il dispiacere.

La riformulazione del problema che il terapeuta restituisce ha la funzione di consentire al paziente di percepirsi in modo diverso, da un altro punto di vista, mentre prima era totalmente centrato sull'esterno e sull'oggettività dello stesso disagio. Ora il punto di vista di Anna su di sé è maggiormente demarcato e le consente di considerare come proprie le esperienze che vive e di percepirle come credibili.

Il lavoro terapeutico con Anna si è interrotto dopo pochi incontri, principalmente per motivi oggettivi, data la sua difficoltà pratica nel raggiungere il Centro; tuttavia, la remissione dei sintomi è stata in funzione di un miglior atteggiamento di Anna, molto meno colpevolizzante e più demarcato nei confronti di se stessa. Il dispiacere, oltre che nei rapporti col padre, era presente anche a scuola, nonostante il rendimento eccezionale di Anna e questa maggiore credibilità delle proprie esperienze è emersa anche da queste parole:

"Questa settimana è andata molto bene...ho deciso di lasciare danza, era troppo faticoso per me, era troppo impegnativo con la scuola...però ho pensato che continuerò a fare sport occasionalmente! A scuola va meglio, ho messo da parte i voti e si cominciano a vedere i risultati! Ho parlato con papà, lui non voleva che mi comportassi da presuntuosa, ho avuto il coraggio di dire " non ci hai mai pensato che forse non sono così sicura e ho bisogno di sentirmelo dire?!" Mi sono proprio piaciuta quando ho detto questa frase, ero coraggiosa e sincera, mi sentivo sicura!!! Ho capito che mi lascio condizionare troppo dall'opinione degli altri e soprattutto da mio padre e anche dal voto che prendo a scuola...sono un po' troppo insicura, divento insicura quando gli altri hanno un'opinione negativa di me... è questo fatto che mi fa star male, non è giusto che mi baso più sull'opinione degli altri che sulla mia..."

Più che una critica sul proprio modo di funzionare è emerso un riconoscere se stessa come fonte di conferme; Anna è apparsa in grado di ricavare sicurezza dal fatto stesso che può concedersi di essere insicura. Ha accettato se stessa senza preoccuparsi di come il padre possa vederla. Da lui vorrebbe essere riconosciuta sempre come persona sicura di sé, come persona adeguata, ma l'impressione che si ha è che per Anna ora questo obiettivo si possa raggiungere non solo mettendo al primo posto l'idea di papà, ma anche tenendo conto dell'idea che ha lei.

Complessivamente, nei vissuti presi in esame e riportati come esempio, trattandosi di soggetti con Organizzazioni di tipo Contestualizzato, il sintomo depressivo è emerso come una forma di difesa e di evitamento dalle situazioni disconfermanti, dalle sensazioni di inadeguatezza, di giudizio e di fallimento, e dai sentimenti di svalutazione.

Il Centro Adolescenti, sin dalla sua nascita, ha cercato di attuare un intervento basato innanzitutto su una corretta diagnosi per l'eventuale presa in carico tempestiva, al fine di evitare la cronicizzazione della patologia. Come già evidenziato precedentemente, l'insorgenza del problema purtroppo va sovente ricondotta a molti mesi prima della richiesta di aiuto. In questi casi i primi contatti, che sono sempre di notevole importanza, assumono valenza ancor maggiore al fine di accogliere la richiesta di aiuto, anche quando non sono gli adolescenti in prima persona ad

esprimere il disagio. I familiari possono sia farsi portavoce, sia sentire su se stessi il carico di tale disagio ed è per questo che si cerca di rispondere ad essi anche attraverso colloqui di sostegno o con il gruppo terapeutico rivolto ai genitori.

La diagnosi funzionale diventa quindi un primo strumento messo a disposizione dell'utente, non per attribuire significato dall'esterno al suo disagio, né per etichettarlo, ma per cominciare a comprendere il proprio funzionamento e da qui il proprio modo di "star male" in un lavoro di coesplorazione con il terapeuta, da cui si passa dalla dimensione oggettiva del problema a quella soggettiva del disagio.

Coerentemente a ciò, come emerso in questo contributo, il lavoro terapeutico svolto con gli adolescenti con disturbi dell'umore non è stato differente dal lavoro costantemente effettuato con altre problematiche. Sin dal primo colloquio, si è offerta all'adolescente la possibilità di percepirsi in una dimensione maggiormente soggettiva, in particolare quella di essere in prima persona un "esperto di sé", una prospettiva cioè che gli poteva consentire di sperimentare il setting terapeutico come uno strumento a sua disposizione ma di cui egli stesso ne era non solo protagonista ma soprattutto regista. Anche quando la richiesta di aiuto si è tradotta nella semplice richiesta di parlare con qualcuno, di "sfogarsi" come a volte accade, si è consentito di sperimentare la conflittualità come elemento del sé, avente connotazioni soggettive per i significati che assumeva, a prescindere da etichette e definizioni descrittive di cosa sia il disagio, anche quando l'adolescente si chiedeva se ciò che provava fosse normale oppure no.

All'interno di questo contesto va quindi evidenziata ancora una volta l'importanza della riformulazione che il terapeuta restituisce all'adolescente, per consentirgli una lettura più "viabile" sul piano soggettivo della realtà, mentre fino a quel momento essa gli appariva inesorabilmente oggettiva ed imm modificabile; in questo modo è possibile favorire quel processo maturativo che è alla base della crisi adolescenziale. Solo tenendo conto della dimensione soggettiva dei propri significati, alla base della coerenza di sé, l'adolescente può infatti collocare il suo disagio, mentre si trova a vivere in un confine labile e instabile tra crescita maturativa e patologia.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV Edizione (DSM-IV). Masson, Milano, 1995.

Damasio A.R.: Emozione e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000.

Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Lambruschi F. (Ed.): Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Nardi B.: La Depressione Adolescenziale. In: Lambruschi F. (Ed.), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.): Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M.. Accademia dei Cognitivi della Marca, Quaderni, Ancona 2003.

Nardi B.: Valenze adattive dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 16 (8/1), 30-47, 2005.

Nardi B.: Costruirsi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia. Franco Angeli, Milano, 2007.

Nardi B., Arimatea E.: L'Intervento terapeutico con l'adolescente difficile. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.): Approccio all'Adolescente Difficile. Atti del VI Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista. Ancona, Quaderni, 2005b.

Emidio Arimatea, Bernardo Nardi

FATTORI DI RISCHIO E DISAGIO SCOLASTICO NELLE ORGANIZZAZIONI DEL SÉ: STUDIO OSSERVAZIONALE IN PRE-ADOLESCENZA

Questa ricerca si è sviluppata all'interno di un ampio progetto sinergico tra il "Centro Adolescenti per la Promozione dell'Agio Giovanile" e l'Istituto Scolastico Comprensivo Distretto n. 9, Scuola Media "G. Pascoli" di Ancona. La collaborazione, in corso da sei anni, è nata al fine di portare avanti un Progetto di Promozione del Benessere, rivolto ad una specifica fascia di età, quella della preadolescenza, nel particolare momento di passaggio dalla scuola primaria (detta scuola elementare) alla scuola secondaria di primo grado (media inferiore). Come riportato in letteratura, in questa fase di transizione per l'adolescente, spesso, vengono a coesistere molti cambiamenti e trasformazioni a livello fisico, cognitivo ed emotivo. Il cambiamento di scuola in questa età è caratterizzato da un differente modo di percepire l'istituzione scolastica, nonché i docenti stessi, che vengono ad avere un ruolo maggiormente distaccato nei confronti degli studenti, rispetto alle precedenti figure. L'arco di tempo che va dai sei ai quattordici anni comprende il periodo formativo fondamentale per lo sviluppo del pensiero. I momenti di passaggio da un ciclo di scuola all'altro corrispondono, grosso modo, ai «periodi critici» di passaggio dal pensiero concreto a quello operatorio e da quello operatorio a quello ipotetico-deduttivo. Il successo o l'insuccesso scolastico in questi «periodi critici» rappresentano una sorta di imprinting che agisce sull'immagine di sé e condiziona la possibilità di accesso ai livelli successivi (Mancini e Gabrielli, 1998). I cambiamenti maggiormente significativi riguardano le relazioni dei pre-adolescenti, a tutti i livelli. La scuola viene a rappresentare l'ambiente sociale extrafamiliare più importante in cui il ragazzo può sviluppare nuovi modelli di condotta; egli sperimenta nuovi rapporti interpersonali, trova altri modelli di identificazione secondaria nelle figure degli insegnanti e in quelle paritetiche e speculari dei coetanei, in un processo di crescita verso l'autonomia personale.

La scuola, pertanto, in un'ottica preventiva di Promozione del Benessere, può essere considerata il luogo per eccellenza nello sviluppo di progetti che si pongono come obiettivo quello di costruire una Rete, un sostegno agli adolescenti, coinvolgendo le figure per essi maggiormente significative: compagni di scuola, docenti, personale scolastico e, naturalmente, genitori.

Dalla necessità della Scuola di avere a disposizione degli strumenti per la costruzione di tale Rete e dall'esperienza del Centro Adolescenti sui problemi che caratterizzano il disagio giovanile è nato questo Progetto, con l'obiettivo di attivare efficaci strategie di prevenzione. Nella fattispecie, l'intervento è stato attuato, innanzitutto, attraverso il questionario TVD: Test di Valutazione del Disagio e della dispersione scolastica (Mancini e Gabrielli, 1989), esplorando comportamenti, emozioni e pensieri che formano il vissuto relativo alla scuola da parte degli studenti di "prima media", cercando di cogliere sul nascere le situazioni di disagio maggiormente critiche. La somministrazione del test è stato solo il punto di partenza del Progetto, per poi coinvolgere tutte le figure che possono far parte della Rete, oltre agli adolescenti stessi. Sono state create, infatti, ogni anno, situazioni di confronto al momento della discussione dei risultati del questionario TVD, da parte dell'équipe della Promozione dell'Agio Giovanile con i diretti interessati coinvolti in questa complessa trama di relazioni e vissuti, genitori e docenti in primis. Momenti di discussione creati al fine di individuare, oltre che gli aspetti del disagio, anche le risorse a disposizione di ciascun elemento della Rete, per potenziarne gli effetti.

La ricerca condotta quest'anno, all'interno del Progetto di Prevenzione appena descritto, si è sviluppata con l'utilizzo di un ulteriore strumento: il "Questionario per la valutazione

dell'Organizzazione di Significato Personale (QSP)", con il duplice obiettivo di far emergere le "Personalità" presenti all'interno del campione in esame e di indagare la correlazione tra i due strumenti, evidenziando infine eventuali differenze di vissuto tra Organizzazioni.

SOGGETTI E METODI

I soggetti che hanno partecipato alla ricerca, al momento della somministrazione (anno scolastico 2006/2007), frequentavano la classe prima dell'Istituto Comprensivo Ancona Centro, scuola secondaria di primo grado. Il questionario è stato sottoposto a 83 soggetti e i questionari completi utili alla ricerca sono stati 73, relativi a 32 soggetti maschi ed a 41 soggetti di sesso femminile; l'età media di questi soggetti è risultata di 11.33 anni.

Lo strumento utilizzato per la ricerca è stato costruito integrando tra loro due questionari autosomministrabili: il Test di Valutazione del Disagio e della Dispersione Scolastica (TVD) di Mancini e Gabrielli (1989) ed il Questionario per la valutazione dell'Organizzazione di Significato Personale (QSP) nella versione a 20 item rivisitata dal Centro Adolescenti. Il Test di Valutazione del Disagio e della Dispersione Scolastica è stato ideato come strumento di indagine del disagio individuale, comprende 36 frasi stimolo, in cui si invita il soggetto ad integrarle in maniera spontanea, senza eccessiva riflessione. Si è trattato di frasi abbastanza semplici che potevano essere completate con poche parole, rendendo più agevole e impersonale l'interpretazione delle risposte. Le frasi erano tutte inerenti l'ambito scolastico ed indagavano tre specifiche macroaree del vissuto adolescenziale con alcune sottoaree di approfondimento:

Rapporto con il sé:

- a) Concetto di sé
- b) Rapporto con la scuola in genere

Rapporto con la scuola:

- c) Rapporto con gli insegnanti

Rapporto con gli altri:

- d) Rapporto con i compagni
- e) Rapporto con i genitori

Il TVD ha perciò consentito di far emergere la soggettività dei pre-adolescenti nei vissuti della esperienza scolastica e di vita. Come riportato in letteratura, il disagio psico-comportamentale va considerato come fenomeno multidimensionale, costituito cioè da diversi aspetti che interagiscono tra loro (Fattori Protettivi e Fattori di Rischio); le aree d'indagine del TVD possono essere considerate maggiormente significative e di coinvolgimento in questa fascia d'età.

L'area relativa al "concetto di Sé" ha esplorato la sensazione globale dell'adolescente nel vivere la scuola, in particolare il livello di soddisfazione che il ragazzo si riconosce quando è invitato a riflettere su se stesso. È di notevole importanza nel contesto scolastico, nel momento di crisi per il pre-adolescente nell'avviarsi dell'adolescenza; ha compreso anche concetti di individuazione, identificazione, stima ed accettazione di sé. Le frasi riguardanti il "rapporto con la scuola" hanno voluto indagare il vissuto che il ragazzo ha sperimentato nei confronti della scuola in generale, anche in relazione alle esperienze precedentemente avute in questo ambito che possono influire sul rapporto con il nuovo Istituto. Le frasi concernenti il "rapporto con gli insegnanti" hanno esplorato una sotto-area rilevante del "rapporto con l'istituzione". I docenti, talvolta, sono gli unici adulti fuori dalla cerchia parentale con cui i ragazzi intrattengono rapporti significativi in questo periodo. Essi vengono considerati, da un lato, modelli di identificazione per i ragazzi ma, dall'altro, sono visti come coloro che rimandano sensazioni di timore e dipendenza, che pongono regole e richieste di impegno; aspetti contro i quali gli adolescenti possono essere più attivi e conflittuali, al fine di rivendicare autonomia e indipendenza. L'area relativa al "rapporto con gli altri" ha indagato le relazioni sociali attraverso i vissuti della quotidianità del ragazzo. Nel rapporto con i compagni di scuola, ciò si è tradotto in una sorta di indice di accettazione che il soggetto ha percepito all'interno della classe e, in alcuni casi, ha offerto informazioni significative sulla dinamica del gruppo classe e

sui meccanismi di non accettazione al suo interno. La "relazione con i genitori" esclusivamente nel contesto scolastico è stata considerata un'area in grado di mettere in evidenza quei modelli che vengono replicati in tutte le relazioni non solo a scuola. Il significato attribuito dai genitori alla scuola ha rappresentato un elemento di grande significatività nel vissuto dello studente, relativamente allo studio ed alla percezione della scuola in genere; questo elemento è stato tradotto nel test come "vissuto dell'adolescente delle aspettative genitoriali".

Nella valutazione delle risposte, eseguita dall'équipe del Centro Adolescenti, sono stati presi in considerazione, come indicatori di un vissuto adattivo del soggetto al proprio contesto di vita o, viceversa, di espressione di disagio, parametri quali: l'integrazione, la buona stima di sé e la presenza di una buona progettualità verso il futuro per la prima macroarea; la buona accettazione ed il riconoscimento dell'autorità scolastica e genitoriale, l'integrazione e il buon funzionamento scolastici e relazionali per le altre due macroaree; è stata considerata inoltre, complessivamente, la coerenza interna delle risposte date. Non sono state valutate le risposte in quanto comportamenti giusti o sbagliati, ma in termini di vissuto; pertanto si è cercato di dare risalto alla soggettività di un vissuto personale che poteva essere considerato positivo, negativo o neutro nel caso in cui dalla risposta non traspariva alcuno stato d'animo. In altri termini, le risposte di tipo aperto date dai soggetti sono state tradotte in valori numerici su una scala Likert da 1 a 5, dove il 3 ha rappresentato risposte di tipo neutro o non risposte, i punteggi bassi 1 e 2 sono stati attribuiti a risposte che presentavano elementi di disagio e, viceversa, punteggi sempre più alti 4 o 5 per le risposte indicative di buon adattamento e vissuto positivo degli studenti.

Successivamente, i punteggi di ciascun soggetto sono stati sommati al gruppo in modo da ottenere un valore percentuale di risposte, indicatore dell'andamento complessivo del campione nelle aree prese in considerazione. Questo tipo di analisi ha consentito di evidenziare i diversi punti di forza o di debolezza dell'intero gruppo, determinando le aree in cui più o meno marcatamente fosse stato presente il disagio.

Per quanto ha riguardato il metodo, la somministrazione del test è stata possibile grazie al coordinamento delle docenti Tutor ed alla cooperazione degli insegnanti, i quali nel momento della distribuzione si sono fatti carico di fornire le adeguate istruzioni agli studenti, sottolineando che non si trattava di un test di intelligenza o di un test di valutazione, bensì di uno strumento utilizzato a scopi scientifici, da cui ottenere informazioni per conoscere i bisogni degli studenti e migliorare l'ambiente scolastico.

L'altro strumento inserito nella ricerca, come già detto, è stato il QSP, al fine di individuare in primo luogo le Organizzazioni di Significato Personale presenti nel campione. Del QSP sono stati scelti e rielaborati, dal Centro Adolescenti, 20 item a risposta chiusa. I soggetti hanno individuato comportamenti e stati d'animo di sé maggiormente indicativi, collocandoli su una scala Likert di 5 valori. Ciascuna Organizzazione è stata pertanto indagata attraverso 5 item specifici, indicativi ciascuno di un vissuto congruo a quella OSP.

La correlazione tra i due strumenti utilizzati, QSP e TVD, è stata effettuata estrapolando, dal campione di partenza, i nuovi gruppi di soggetti appartenenti a ciascuna OSP. È stato indagato, cioè, come ciascuna Organizzazione di Significato Personale degli adolescenti si è rapportata con le aree del TVD: nel "Rapporto col Sé a scuola", nel "Rapporto con l'istituzione scolastica" e nel "Rapporto con gli altri" (compagni ed anche aspettative genitoriali). Inoltre, i risultati del TVD sono stati considerati accorpando il range della valutazione del disagio non più sulla scala Likert a cinque valori già descritta, bensì riducendo le categorie a tre, facendo riferimento al dato medio di risposte fornite da ciascun soggetto del gruppo di quella OSP. Pertanto, sono stati accorpati i dati relativi al disagio forte e medio (punteggi 1 e 2) in un primo scaglione descritto anche dai grafici seguenti ed indicato dall'etichetta "<3", è stato individuato il punteggio medio con un dato che mediamente si approssima al 3 indicato dall'etichetta "Neutro" e, infine, sono stati accorpati i risultati positivi relativi a buono ed ottimo vissuto e adattamento (punteggi 4 e 5) indicato dall'etichetta ">4".

LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Una breve descrizione delle OSP verrà di seguito presentata; per un ulteriore e più adeguato approfondimento si rimanda alla bibliografia, nonché agli interventi, complementari tra loro, presenti in questo stesso volume.

La definizione di Organizzazione di Significato Personale data da Guidano è stata: “Lo specifico assemblaggio dei processi ideo-affettivi che consente ad ogni individuo di mantenere il suo senso di unicità personale e di continuità storica, nonostante le numerose trasformazioni che sperimenta nel ciclo di vita”. Definizione alla quale egli è arrivato osservando che i processi di autoregolazione di tutte le strutture di personalità coincidono con la loro tendenza a mantenere la propria coerenza interna. Come è stato evidenziato da Nardi: “in ogni soggetto, lungo le direttrici primarie che emergono all’interno delle relazioni di attaccamento e che mostrano caratteristiche processuali invariabili, si delinea in modo stabile già nella preadolescenza una specifica organizzazione di significato personale, con peculiari modalità di assimilare e riferire a sé l’esperienza percepita”, cioè emergono modalità specifiche di costruire un senso di sé e di dotare di senso la realtà esterna (Nardi, 2007; Nardi e Capecci, 2007). Al tempo stesso, sono stati individuati ulteriori direttrici di sviluppo, definite con il termine di “descrittori”, le quali consentono a ciascun individuo aperture strutturali e ne determinano la propria unicità all’interno di una organizzazione di significato personale. Dal concetto di OSP introdotto da Guidano, è stata proposta da Nardi (2007) una nuova lettura, ontogenetica e filogenetica, sul significato adattivo dei diversi stili di personalità, in quanto questo senso di sé consente di rispondere, attivamente, ai problemi posti dalle perturbazioni ambientali. Tre assi invarianti di attaccamento costituiscono le direttrici primarie sulle quali si sviluppano le OSP, esse sono: l’asse della messa a fuoco dall’interno (“inward”) o dall’esterno (“outward”), l’asse della reciprocità fisica e l’asse della reciprocità semantica. La nuova concezione evolutiva e processuale dello sviluppo delle organizzazioni in chiave adattiva ha portato la seguente terminologia: Organizzazioni Controllanti (FOB-Prone); Organizzazioni Distaccate (DEP-Prone); Organizzazioni Contestualizzate (DAP-Prone) e Organizzazioni Normative (OSS-Prone).

Le organizzazioni Controllanti maturano attraverso una messa a fuoco prevalentemente “inward”. La comunicazione avviene prevalentemente lungo l’asse della reciprocità fisica in termini di regolazione della distanza, espressa ad alto livello, con gestione della prossimità alle basi sicure e della libertà. La maturazione avviene cioè all’interno di un contesto di attaccamento con reciprocità alta e percepita essenzialmente in termini fisici come distanza, protezione e disponibilità. La strategia adattiva è quella di costruire l’identità ed il significato personale attraverso la regolazione, il controllo della distanza rispetto alle figure ed ai contesti di riferimento, tra due bisogni opposti: quello di essere adeguatamente protetti e quello di essere sufficientemente liberi ed indipendenti, in un mondo percepito come tendenzialmente pericoloso.

Anche l’organizzazione Distaccata opera una messa a fuoco essenzialmente inward e comunica attraverso una reciprocità prevalentemente fisica, ma espressa su bassi livelli. I Distaccati sono abituati a gestire situazioni percepite come separazioni, in conseguenza ad eventi di distacco, perdita, freddezza o inaffidabilità delle basi di riferimento. La strategia adattiva è quella di costruire l’identità ed il significato personale muovendo da una esperienza di separazione e solitudine, non percependola come una condizione necessariamente negativa ma cogliendola come una opportunità per affermarsi e fare scelte propositive, imparando, quando serve, anche a prendersi cura degli altri e ad affinare le proprie competenze per fronteggiare le difficoltà e le avversità dell’esistenza. Nelle organizzazioni Contestualizzate l’attaccamento si esprime in termini marcatamente outward con una costruzione della reciprocità essenzialmente semantica, ad elevati livelli di scambi; in questo si possono riscontrare a volte modalità di forte variabilità, scarsa chiarezza e ambiguità. I soggetti contestualizzati, quindi, imparano a gestire l’imprevedibilità, la mutevolezza, l’ambiguità delle figure di riferimento esterne ricercando da esse approvazione e consenso ed evitando disconferme. Le organizzazioni Normative, anch’esse prevalentemente outward, costruiscono la reciprocità in

termini semantici, ma a bassa intensità di scambi. Il genitore non ridefinisce continuamente, come nelle organizzazioni contestualizzate, ma detta le regole e motiva al rigore ed alla perfezione su principi invarianti, non legati a mode ed alla approvazione esterna (come avviene per i Contestualizzati). Viene pertanto sviluppata la capacità di percepire la comunicazione attraverso la messa a fuoco dei contrasti, degli aspetti ambivalenti e dei chiaroscuri. La chiusura organizzazionale si costruisce sul senso del dovere, sulla ricerca delle certezze e dei punti fermi, sull'impegno, mentre meno importanza viene data ai risultati. (Nardi, 2007).

RISULTATI

La prima macroarea del TVD, quella relativa al "Rapporto con il Se a scuola" ha messo in evidenza prevalentemente dati positivi relativi al vissuto dei pre-adolescenti riguardo a "come si sentono e come si percepiscono a scuola". Sono emerse il 3.6% di risposte con punteggio di tipo 1; le risposte con punteggio tipo 2 sono state 17.6%; il 7.4% di risposte neutre; 54.3% di risposte positive ed infine 17.1% sono state le risposte valutate come molto positive, punteggio 5. All'interno della macroarea "Rapporto con il sé a scuola" è stato individuato dal TVD un ulteriore parametro "l'Atteggiamento degli adolescenti verso il proprio futuro": sono emerse soltanto 1.8% di risposte indicative di un vissuto molto negativo (punteggio 1); il 14.6% di risposte di tipo 2; le risposte neutre sono state 8.2%; le risposte indicanti buon adattamento e buona proiezione nel proprio futuro scolastico sono state il 51.2% (punteggio 4); mentre le risposte con punteggio 5 che indicavano un migliore investimento nel proprio futuro scolastico sono state il 24.2%.

La seconda macroarea che è stata analizzata, ha riguardato il "Rapporto con l'istituzione scolastica" in senso generale, cioè il vissuto degli adolescenti nei confronti di cosa può significare la scuola per essi: le risposte sono state per il 5.5% indicative di forte disagio; per il 32.9% di tipo 2 indicanti un moderato disagio; neutre nel 16.9%; il 36.6% delle risposte sono state di tipo 4, prevalentemente con vissuto positivo; infine 8.1% di esse, di tipo 5 indicanti un buon rapporto e buon adattamento alla scuola in genere. Per quanto riguarda il "Rapporto con l'istituzione scolastica" è stata indagata inoltre la specifica sottoarea, relativa al "Rapporto con i docenti", come cioè venivano vissuti i docenti dai soggetti del campione in esame. È emerso un dato ancor più negativo rispetto a quello dell'Istituzione Scolastica in generale: è stato riscontrato il 4.1% di risposte negative di tipo 1 ed il 47.4% di risposte moderatamente negative, tipo 2, indicanti difficoltà ed elementi negativi nel vissuto adolescenziale nella relazione con i docenti; inoltre il 28.5% di risposte sono state neutre; il 17.9% di tipo 4; ed infine soltanto il 2.1% di risposte hanno indicato un buon adattamento ed un vissuto positivo nei confronti dei professori.

La terza macroarea di indagine ha fatto emergere del campione la modalità di percepire e vivere il "Rapporto con gli Altri" nel contesto scolastico, altri considerati o come compagni di scuola oppure genitori. Sia singolarmente, sia racchiudendo i risultati delle due categorie di persone, è emerso un dato sostanzialmente positivo, complessivamente: solo il 4.6% di risposte di tipo marcatamente negativo; il 28.1% di risposte moderatamente negative; il 5.9% di risposte neutre; mentre la maggior parte, il 51.6% delle risposte ha indicato un vissuto adeguato, moderatamente positivo ed infine il 9.8% di risposte di tipo 5, relative ad un vissuto molto positivo. Le risposte ottenute ai soli item relativi al "Rapporto con i compagni di scuola" hanno messo in luce un risultato ancor migliore in quanto la maggior parte di tali risposte sono state indicative di un vissuto positivo ed adattivo: 58% le risposte di tipo 4 e 14.6% le risposte di tipo 5; inoltre il 6.4 % sono state risposte neutre; il 16.9% risposte di tipo 2 e soltanto il 4.1% di risposte negative indicative di disagio marcato. Infine, considerando soltanto il vissuto dei soggetti in "Rapporto alle aspettative genitoriali" si è riscontrato un dato abbastanza positivo, in dettaglio: il 46.8% delle risposte sono state di tipo 4 e il 9.1% di tipo 5; inoltre il 5.2% di risposte è stato neutro; il 32.3% di risposte è stato di tipo 2 e 6.6% di tipo 1.

I profili ottenuti al test QSP hanno messo in evidenza la distribuzione dei soggetti su tre delle quattro organizzazioni previste: il 38.5% dei soggetti è rientrato nella Organizzazione

Contestualizzata (32 soggetti); il 36.2% (30 soggetti) in quella Controllante ed il 13.2% dei soggetti è rientrato nell'Organizzazione Normativa (11 soggetti), mentre di questo campione nessun soggetto è rientrato nell'Organizzazione di tipo Distaccato.

Dei soggetti che al test QSP sono rientrati nell'Organizzazione Contestualizzata, i risultati sono riassunti nel grafico 1, per quanto ha riguardato la percezione di "Se a scuola", il 9.4% è rientrato in situazioni di disagio, cioè i loro risultati medi al TVD in questa area sono stati inferiori al punteggio 3. La maggior parte di questi soggetti, il 56.2% è rientrata nella categoria neutra, risultati medi al TVD prossimi al valore 3; mentre il 34.4% dei soggetti ha messo in evidenza un vissuto positivo. Molto differente per questi soggetti è stata la distribuzione all'interno del "Rapporto con l'Istituzione scolastica": il 37.5% dei soggetti ha mostrato disagio nei confronti della scuola riportando risultati abbondantemente inferiori al 3 al TVD; la restante parte ha mostrato un atteggiamento neutro nel 62.5% dei Contestualizzati; mentre nessun soggetto Contestualizzato ha messo in evidenza un vissuto positivo della Scuola, cioè nessuno di loro al TVD nel rapporto con la scuola, ha avuto risultati medi maggiori di 3. Nella terza macroarea, quella del "Rapporto con gli altri": il 21.9% dei soggetti Contestualizzati ha presentato un vissuto negativo, il 62.5% di loro ha mostrato un vissuto soggettivo al TVD prossimo al valore medio 3; infine soltanto il 15.6% dei soggetti ha riportato un vissuto positivo caratterizzato da punteggi medi maggiori di 3, nel proprio "Rapporto con gli altri".

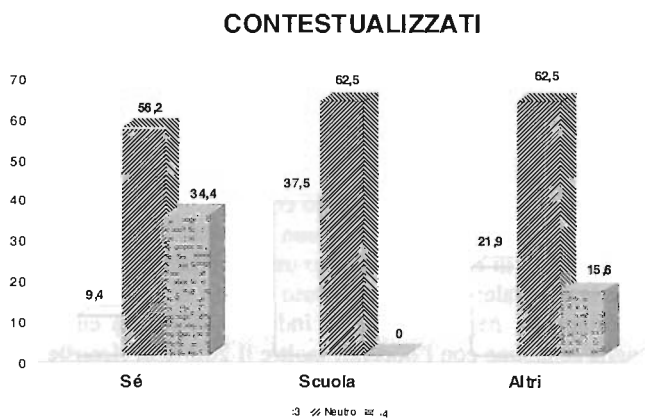


Grafico 1: Distribuzione dei soggetti Contestualizzati nelle aree del TVD

Dall'analisi dei risultati del TVD nei soggetti che sono rientrati nella Organizzazione Controllante, (Grafico 2), è emerso un buon "Rapporto con il Se" in quanto il 30% degli studenti ha buon adattamento e buona percezione di sè; mentre il restante 70% ha messo in evidenza un vissuto neutro, con risultati al TVD sul punteggio centrale 3; di loro nessun soggetto ha riportato un vissuto negativo, cioè dalle valutazioni, mediamente inferiore al 3.

Nel "Rapporto con la scuola" è emerso che il 33.4% dei soggetti ha un vissuto negativo; la maggior parte dei soggetti ha presentato un atteggiamento neutro pari al 60% dei Controllanti; mentre soltanto il 6.6% di loro ha riportato un vissuto positivo nei confronti dell'Istituzione scolastica, con valutazioni mediamente maggiori al punteggio 3.

Nel "Rapporto con gli altri" questi soggetti Controllanti hanno messo in evidenza una difficoltà, presentando disagio nel 33.4% di loro; un atteggiamento neutro nel 53.3% dei casi; ed un vissuto positivo di buon adattamento, ai compagni ed alle aspettative genitoriali, soltanto nel 13.3% dei casi.

CONTROLLANTI

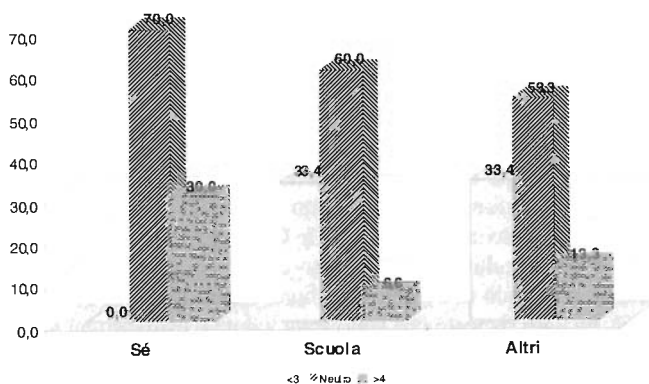


Grafico 2: Distribuzione dei soggetti Controllanti nelle aree del TVD

Per i soggetti rientrati nell'Organizzazione di Significato Personale Normativa, risultati sintetizzati al Grafico 3, il vissuto nell'ambito del "Rapporto con il Se" è stato positivo nella maggioranza degli intervistati cioè per il 54.5%; il 45.5% ha messo in evidenza un vissuto neutro, cioè valutazioni al TVD mediamente prossime al punteggio 3; mentre nessun soggetto ha mostrato un vissuto negativo.

Per quanto riguarda il "Rapporto con l'Istituzione", tutti i soggetti Normativi, il 100% come riportato dal grafico seguente, hanno messo in evidenza un vissuto né particolarmente negativo né al tempo stesso positivo, con valori medi del disagio di ciascun soggetto molto prossimi al punteggio 3. Anche nel "Rapporto con gli altri" è emerso in questi soggetti un vissuto prevalentemente neutro pari al 63.6% dei Normativi; è stato positivo per il 36.4% di loro, mettendo in evidenza risultati al TVD alti, indicatori di benessere; mentre nessun soggetto con questa OSP ha riportato un vissuto negativo, come è accaduto anche nelle altre aree del TVD.

NORMATIVI

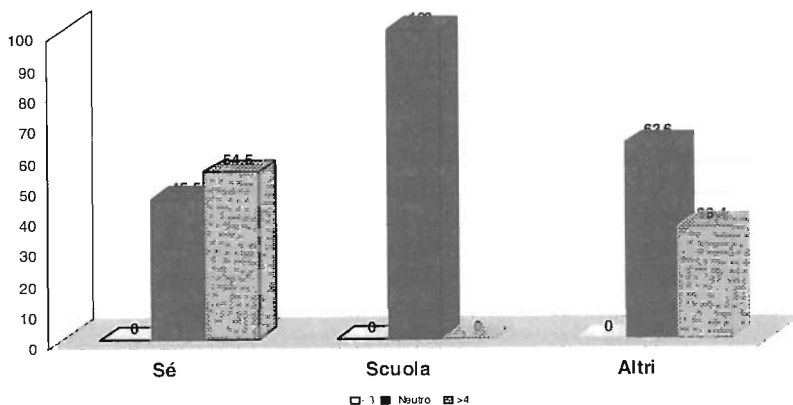


Grafico 3: Distribuzione dei soggetti Normativi nelle aree del TVD

DISCUSSIONE

Dai due strumenti utilizzati nella ricerca sono emersi dati significativi e complementari ai fini della spiegazione del vissuto soggettivo relativo alla scuola, nel gruppo dei pre-adolescenti presi in esame. Il Test per la Valutazione del Disagio e della Dispersione Scolastica, ha messo in evidenza dalle tre aree di indagine, nel complesso, un vissuto positivo degli adolescenti, tuttavia, con alcune differenze significative. Il QSP ha consentito di mettere a fuoco, in rapporto al TVD, il vissuto di ciascuna delle tre Organizzazioni di Significato Personale, emerse da questo campione, evidenziando differenze altrettanto significative tra le Organizzazioni.

La prima macroarea del TVD, relativa al Rapporto con il sé a scuola, ha indicato come si sono sentiti i soggetti a scuola, mettendo in evidenza un buon adattamento in quanto la maggior parte dei soggetti, circa il 71.4%, ha dato risposte che sono state valutate espressione di un vissuto positivo. È emerso in questi soggetti un forte senso di autoefficacia ed autostima in ciò che hanno fatto e che continuano a svolgere a scuola. In particolare, si è riscontrato un significativo investimento: sia in termini di vissuto positivo, nel sentirsi bene a scuola, sia per quanto ha riguardato la percezione del proprio futuro scolastico e di quelle opportunità che la scuola può offrire. In particolare la scuola è stata considerata mezzo per il raggiungimento dei propri obiettivi (75% di risposte positive). Dalle risposte, ad esempio, è emerso che non tutti i soggetti sapevano cosa fare da grandi ma la maggior parte di loro prevedeva una buona carriera scolastica.

Nel "Rapporto con l'istituzione scolastica" è emersa una maggiore distribuzione di risposte tra vissuti positivi e vissuti negativi, infatti, sono emerse il 38.4% di risposte negative ed il 44.7% di risposte positive. Tale risultato ha preso maggiormente forma nell'ambito del "Rapporto con i docenti" dove il vissuto negativo del campione è risultato complessivamente del 51.5%. Rispetto ai risultati relativi al "Rapporto con il Se" è emersa una prima e forte contraddizione. Gli studenti hanno mostrato principalmente scarsa consapevolezza riguardo gli strumenti che la scuola può offrire per raggiungere quegli obiettivi da loro sentiti importanti ed alla propria portata. Nello specifico, ad esempio, i compiti sono stati vissuti nella maggior parte dei casi, in modo negativo e sono stati descritti anche come una limitazione, anziché come uno degli strumenti utili per l'apprendimento. Ancor più indicativa è stata la situazione nel rapporto con i docenti, che ha messo in luce la difficoltà da parte dei soggetti di mettersi "nei panni del docente". È mancata soprattutto empatia nei confronti del docente, il riconoscimento della persona e della sua autorevolezza. Il processo di identificazione nella figura adulta del docente, negli anni passati della ricerca sempre molto frequente, in questo caso è venuto a mancare. Agli item specifici relativi al rapporto con i professori tipo: "Se io facessi l'insegnante", "Se i miei insegnanti volessero" e "Quando arriva il professore", la maggior parte dei soggetti ha messo in evidenza comportamenti diffusi ma privi di relazione e poveri di emozioni, pertanto le frasi sono state valutate prevalentemente come neutre. I casi in cui hanno messo in evidenza paure ed insicurezze, a prescindere dal comportamento adottato dai docenti, bensì nel significato che queste interazioni hanno assunto per i soggetti, i vissuti emersi sono stati valutati fortemente negativi e purtroppo sono risultati la maggioranza.

Nella terza macroarea relativa al "Rapporto con gli altri", il vissuto emerso è stato prevalentemente positivo, maggiormente nei riguardi dei compagni di scuola: 72.6% di risposte positive indicative di un buon adattamento e fortemente in linea con i dati della letteratura. In questa età di cambiamenti, i pari hanno un ruolo molto importante ai fini stessi della conoscenza di sé e dello sviluppo della propria personalità. Il dato emerso ha sostenuto l'ipotesi che la scuola sia fonte di benessere, soprattutto in quanto momento di accrescimento nelle relazioni con i compagni, più che nello studio e nella formazione. I genitori stessi, nelle alte aspettative manifestate nei confronti della scuola, anche negli anni passati di questa ricerca, hanno sempre posto enfasi sulle relazioni e sul momento di accrescimento personale per il figlio che la scuola può rappresentare. Talvolta però, i genitori hanno messo in secondo piano doveri e compiti. Nel vissuto degli adolescenti è come se, inconsapevolmente, la scuola passi in secondo piano, mentre sono fonte di benessere la percezione

di sé e la relazione con i compagni. Il “Rapporto con le aspettative dei genitori”, ha fatto emergere un vissuto positivo solo nel 55.9% delle risposte mentre quelle negative sono state 38.9%, il dato era riferito non alla relazione genitori-figli in senso lato ma al vissuto scolastico nello specifico. Hanno avuto un ruolo fondamentale le aspettative mostrate dai genitori nei confronti dei figli riguardo alla scuola. Ad esempio, a domande come: “I miei genitori vogliono che io a scuola” o “Quando con i miei genitori parlo della scuola” sono state evidenziate, talvolta, emozioni fortemente negative negli adolescenti. Tali risposte hanno riportato spesso “quanto e come” i ragazzi hanno raccontato della scuola ai genitori e sono state considerate indicatrici di un vissuto negativo, quando ad esempio, è emersa la difficoltà degli studenti nel creare un dialogo con i propri genitori sul tema scuola.

Da parte degli adolescenti è stata evidenziata inoltre, in modo marcato, la paura di deludere i genitori. Questo aspetto ha mostrato un vissuto negativo, sebbene a scuola tale paura può essere considerata anche risorsa positiva, indicativa di senso di responsabilità e in quanto talvolta può portare gli adolescenti ad investire emotivamente in ciò che fanno.

Da parte dei soggetti è stato messo in evidenza anche un vissuto positivo delle aspettative genitoriali, ad esempio, alla domanda “Io penso di avere bisogno che i miei genitori” o “I miei genitori vogliono che io a scuola” alcuni soggetti hanno riportato sicurezza di sé derivante dal rapporto col genitore, fiducia e sostegno ricavati dall’adulto. E’ stato riscontrato come sia fisiologico da parte dei genitori riporre nei figli le proprie aspettative; le difficoltà sono emerse, tuttavia, quando sono venute a mancare funzionalità e adattamento nella relazione genitore-figlio. Ad esempio, nei casi in cui da parte del genitore sono state considerate soltanto le proprie aspettative, al punto che il figlio non si è sentito riconosciuto come soggetto. Da questo punto di vista il dialogo ha avuto un ruolo molto importante, tanto che alcuni adolescenti hanno messo in evidenza come sia stato forte in loro il bisogno di dialogo oltre che della presenza dei genitori, specie nelle situazioni in cui la scuola ed i docenti erano percepiti distanti.

Per quanto ha riguardato il test QSP, sono emerse soltanto tre delle quattro OSP, in particolare, la percentuale maggiore di soggetti è rientrata nell’Organizzazione Contestualizzata (38.5%) così come è stato riscontrato anche nei campioni di altre ricerche non solo in ambito clinico. I soggetti che al questionario sono rientrati in questa Organizzazione nelle tre macroaree analizzate, complessivamente hanno messo in evidenza un vissuto negativo, fatta eccezione per il “Rapporto con il sé”, dove è emerso per il 34.4% dei soggetti un vissuto positivo. L’area con la presenza maggiore di soggetti Contestualizzati che hanno sperimentato disagio, dai parametri del TVD, è stata quella del “Rapporto con l’Istituzione scolastica” dove al 37.5% di soggetti in cui prevalevano risposte negative non si è contrapposto nessun soggetto con vissuto positivo. Il dato relativo a questi soggetti è apparso in linea con il risultato del campione generale precedentemente descritto. Hanno messo in evidenza come la scuola, nel cambiamento da “elementare” a “media”, specie per quanto riguarda il rapporto con i docenti, può diventare fonte di disconferme. In particolare, in questi soggetti che hanno una lettura del Sé spiccatamente esterna, contesto-dipendente, il cambiamento del contesto ha rappresentato un forte motivo di crisi nelle relazioni da cui trarre conferme. Il vissuto maggiormente negativo è infatti emerso nelle domande, dove la relazione ha preso forma per l’adolescente dall’idea introiettata dell’altro, quando maggiormente ha tenuto conto di: “come l’altro mi vede”, “di come sono io a scuola”, “di cosa i miei Prof. pensano di me” o “i miei genitori pensano che io a scuola”.

I soggetti del campione con OSP Controllante, hanno messo in evidenza un vissuto positivo solo nel “Rapporto con il Sé” per il 30% di loro. In questa Organizzazione è stato confermato il dato generale emerso al TVD, tuttavia, con il vissuto negativo più marcato. Sono prevalse le risposte neutre, che non erano indice di un chiaro vissuto, tuttavia, è risultato che per questa Organizzazione il “Rapporto con gli altri” ed il “Rapporto con la scuola” sono stati ambiti di difficoltà dove il 33.4% di loro ha messo in evidenza un vissuto negativo. Dalle risposte ottenute questo dato è da imputare prevalentemente al significato dato da questi soggetti alle relazioni in esame. I Controllanti si caratterizzano per una messa a fuoco dall’interno, in un contesto di attaccamento ad

alta reciprocità fisica, sono centrati sui bisogni di chiusura/esplorazione, e di protezione/libertà. Come era stato già accennato, il vissuto negativo nei confronti della scuola dovuto ai compiti, può rappresentare un esempio, di come i Controllanti possano ricavare un forte senso di limitazione e vincolo dall'impegno percepito per la scuola. Le stesse relazioni, nuove, non ancora esplorate, in quanto si è solo al primo anno di scuola "media", possono essere vissute ancora non adeguatamente come fonte di sicurezze, anziché di approvazione come emerso nei Contestualizzati.

I soggetti Normativi nelle tre macroaree hanno manifestato un vissuto maggiormente positivo rispetto alle altre Organizzazioni, ciò che ha colpito infatti, come mostrato nel Grafico 3, è stata la completa assenza del vissuto negativo, pur essendo alta la percentuale di risposte neutre. Il dato maggiormente positivo riguarda il "Sé a scuola", con il 54.5% di soggetti che hanno manifestato buona percezione di sé, ad indicare autostima e senso di efficacia. Nei Normativi è stato riscontrato un ottimo rapporto con gli altri nel 36.4% dei soggetti, risultato che è in funzione anche della ricerca di approvazione genitoriale, secondo principi fatti propri e stabili in una relazione d'attaccamento che si caratterizza proprio per un'alta coerenza comunicativa. Nei Normativi, dove la chiusura organizzativa si costruisce sul senso del dovere e sull'impegno piuttosto che sui risultati, è emerso più che negli altri soggetti del campione, che la scuola non è fonte di difficoltà, perché è una certezza alla quale si aderisce proprio per senso del dovere. Pertanto nel "Rapporto con l'Istituzione" il dato emerso è stato 100% di soggetti Normativi con un vissuto neutro, caratterizzato sia da una gestione dell'emozioni di tipo fortemente cognitivo, modalità che li contraddistingue, sia dall'adesione ad una idea di scuola che per loro ha significato certezza e dovere.

CONCLUSIONI

In questa ricerca sono stati approfonditi due aspetti: quello conoscitivo, in quanto ha offerto la possibilità di indagare alcuni elementi che caratterizzano il vissuto soggettivo riferito alla scuola, in un campione di 73 studenti anconetani di "Prima Media"; quello applicativo, in quanto è rientrata all'interno di un Progetto di Promozione del Benessere per la prevenzione del disagio in preadolescenza.

Sono stati individuati alcuni degli elementi significativi che, in termini di Fattori Protettivi e Fattori di Rischio, sono alla base del Benessere, come sancito anche dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità. Ci si è avvalsi di un approccio che ha evidenziato gli aspetti esplicativi del vissuto degli studenti. In particolare, l'utilizzo dell'analisi qualitativa espressa dal TVD ha consentito sia di indagare la presenza di disagio psico-comportamentale nel campione di soggetti preso in esame, sia di inquadrare i maggiori contesti espressivi e relazionali dei ragazzi di 11-12 anni, nell'ambito scolastico. Il periodo preso in esame, è momento di significativi cambiamenti e di "crisi" per il preadolescente nel passaggio dalla scuola primaria a quella secondaria di primo grado. Inoltre, obiettivo della ricerca è stato quello di correlare, tramite QSP, l'organizzazione di significato personale al vissuto soggettivo del singolo studente nelle tre macroaree del TVD. In altri termini, ha consentito di mettere a fuoco quali coloriti emotivi e quali sfumature erano presenti tra Organizzazioni, nelle modalità di percepire, riordinare e riferire a Sé l'esperienza scolastica.

La ricerca è stata svolta a scuola, luogo che assume un ruolo determinante nella costruzione di una Rete per il sostegno ed il Benessere dell'adolescente. I Progetti di Promozione del Benessere, nel contesto scolastico, trovano la loro sede migliore in quanto spazio autorevole, ma soprattutto contesto di riferimento per figure diverse che interagiscono con gli adolescenti. La scuola ha consentito sino ad oggi di coinvolgere molti adolescenti e al tempo stesso di offrire strumenti per riconoscere e potenziare risorse a docenti e genitori. Se da un lato la scuola contribuisce ad aumentare le difficoltà del preadolescente ponendolo di fronte a situazioni nuove, complesse e di cambiamento, dall'altro rappresenta una "palestra di vita", un momento di confronto con modelli diversi da quelli sperimentati nelle relazioni d'attaccamento e nel contesto familiare. Come evidenziato da questa ricerca nelle aspettative degli studenti e dei genitori, la scuola consente la realizzazione di sé, non solo attraverso la crescita culturale e la formazione, ma in quanto momento

di "allenamento" alle relazioni. In accordo con quanto sostiene la letteratura, è emersa molto forte l'importanza delle relazioni con i compagni, particolare fonte di benessere, e del rapporto con i genitori. Alle relazioni non può essere attribuito un parametro di analisi comune, specie nel momento in cui sono vissute con disagio: il livello di significatività del rapporto è legato alla lettura soggettiva individuale ed alla modalità del soggetto di inserire e riordinare gli episodi che accadono all'interno del rapporto stesso, nell'ambito della propria storia e del proprio significato personale. Pertanto, sono emerse non solo differenze individuali ma anche tra i gruppi per i significati eterogenei dati al contesto scolastico. Ad esempio, la macroarea dove maggiormente sono emerse difficoltà e disagio nel campione è stata quella relativa al "Rapporto con l'Istituzione Scolastica": la correlazione col QSP ha messo in evidenza una forte differenza tra i soggetti Normativi, da una parte, e i Contestualizzati e i Controllanti dall'altra. I Normativi hanno vissuto con atteggiamento neutro la scuola, in quanto essa è integrata nelle loro certezze interiori; i Contestualizzati all'interno del contesto scolastico erano alla ricerca di conferme, che però sono risultate diverse da quelle fornite dalla "scuola elementare" ed hanno portato un vissuto prevalentemente negativo; nei Controllanti è prevalso invece un vissuto negativo di limitazione e costrizione, dovuto ai compiti ed ai doveri che caratterizzano la scuola. Pur investendo emotivamente nella scuola, con un atteggiamento di forte fiducia nei propri mezzi e nelle opportunità che la scuola offre, la maggior parte dei soggetti, 62 tra Contestualizzati e Controllanti, ha manifestato una scarsa condivisione ed introiezione dei principi e dei doveri scolastici.

In questo caso, i risultati della ricerca hanno messo in evidenza nel campione un atteggiamento positivo verso il futuro, che ha rappresentato un fattore protettivo e, quindi, una risorsa nei confronti delle frustrazioni e delle difficoltà che la scuola può prospettare ma, al tempo stesso, si è riscontrata una scarsa consapevolezza delle modalità più adeguate per raggiungere i propri obiettivi. Tale dato è stato analizzato anche in funzione dell'atteggiamento assunto dagli adulti: le aspettative genitoriali hanno spesso un forte peso sugli studenti. È emersa anche la paura di deludere i genitori, che si può tradurre sia in un vissuto negativo di intrusione e insicurezza, sia viceversa in una forte sicurezza in sé quando il senso di responsabilità è già acquisito. Pertanto, gli adulti dovrebbero tener conto di quali sfumature caratterizzano il vissuto scolastico dei figli, accompagnare il loro processo di sviluppo e coesplorare, con ruolo quasi terapeutico, il vissuto soggettivo proprio e quello del figlio, per evitare di sostituirsi a lui o di rivivere esclusivamente a modo proprio le situazioni dell'adolescente. La scuola, fondamentale strumento educativo, dovrebbe tornare ad essere reinvestita di tale ruolo da parte dei genitori, i quali devono condividere con essa le responsabilità, senza deleghe. Secondo quanto emerso nella ricerca, l'ascendente del genitore sul figlio è determinante sia nella relazione che i due vanno ad instaurare con il contesto scolastico, sia nelle modalità con cui il figlio affronta i "doveri" scolastici. È importante che vi sia condivisione tra genitori e figli nel ruolo da attribuire alla scuola ma soprattutto che questo ruolo attribuito all'istituzione scolastica faccia i conti con gli strumenti che essa ha a disposizione. Inoltre, il rapporto è risultato tanto più indebolito ed ha mostrato contrapposizioni figli-genitori, quanto più gli adolescenti hanno sentito prevalere le aspettative e i desideri degli adulti anziché i propri. Da questo punto di vista, mettendo a disposizione dei genitori gli strumenti per conoscere i vissuti dei figli, possono essere attuati progetti di Promozione del Benessere maggiormente efficaci, se calati nel contesto scolastico e se vi è "alleanza" tra genitori e scuola per il Benessere dei giovani.

Oltre agli elementi in parte già noti, riportati sino ad oggi dalla letteratura e confermati dalla ricerca (preadolescenza come età critica, importanza del contesto scolastico, importanza delle figure significative e ruolo svolto dai pari), se ne sono aggiunti altri di particolare interesse ed originalità. Questa ricerca ha messo in evidenza una differenza statisticamente significativa tra modi diversi di vivere il contesto scolastico. È emerso che personalità diverse si rapportano in modo diverso alle tematiche inerenti la scuola, portando in sé non solo coloriti emotivi ma, soprattutto, significati differenti. Focalizzare l'attenzione sugli aspetti peculiari del disagio scolastico ha consentito di avere a disposizione una differente chiave di lettura, tale da comprendere il significato adattivo di molti comportamenti e da calarlo nel contesto di manifestazione del disagio, rendendo quest'ultimo meno

colpevolizzato, ma risorsa per il giovane. Sovente la Promozione del Benessere viene attuata con interventi "a pioggia" e con modalità che purtroppo non hanno risorse sufficienti tali da evidenziare le differenze individuali. Da questa esperienza è emerso che le differenze individuali hanno un ruolo molto importante; tuttavia, l'efficacia dei progetti può essere in funzione di molti parametri, specie quando essi vengono considerati nel contesto e nel divenire dei problemi. Pertanto, data come certa l'importanza della prevenzione, quei progetti mirati, che tengono conto delle caratteristiche relative alle personalità dei soggetti cui sono rivolti, sono risultati i più utili ai fini di una migliore comprensione del disagio e di una maggiore efficacia degli interventi stessi. La loro efficacia non deriva soltanto dal coinvolgimento degli adolescenti nella fascia d'età più critica, ma anche dal ruolo riconosciuto alla Rete, con tutte le risorse e le figure di sostegno che essa può offrire.

BIBLIOGRAFIA

- Arimatea E.: Prevenire il Disagio. In Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.): *Normalità e Disagio nell'Adolescenza*. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento E.C.M.. Accademia dei Cognitivi della Marca, Quaderni, Ancona 2003.
- Becciu M., Colasanti A. R.: *La Promozione delle Abilità Sociali*. Descrizione di un programma di addestramento. Edizioni A.I.PRE., Roma.
- Comoglio M. Cardoso M. A.: *Insegnare e Apprendere in Gruppo*. Il Cooperative Learning. LAS, Roma.
- Hough M.: *Abilità di Counseling*. Manuale per la prima formazione. Edizioni Erickson, 1999.
- Gordon T.: *Genitori Efficaci*. La Meridiana, Roma, 1997.
- Guidano V.F.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Milani P.: *Progetto Genitori*. Edizioni Erickson, 1999.
- Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nardi B.: *La Depressione Adolescenziale*. In: Lambruschi F. (Ed.), *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*. Procedure di Assessment e Strategie Psicoterapeutiche. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.
- Nardi B.: *Valenze adattive dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 16 (8/1), 30-47, 2005.
- Nardi B.: *Costruirsi*. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia. Franco Angeli, Milano, 2007.
- Nardi B., Arimatea E.: *L'Intervento terapeutico con l'adolescente difficile*. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.): *Approccio all'Adolescente Difficile*. Atti del VI Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista. Ancona, Quaderni, 2005b.
- Nardi B., Capecci I.: "Le organizzazioni di significato personale", *Lettere dalla Facoltà, Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche*. Anno X n. 6-7-8, giugno, luglio, agosto 2007.
- Regogliosi L.: *La Prevenzione del Disagio Giovanile*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997.

IL SOSTEGNO AI GENITORI

Il mio intervento riguarda il sostegno alla genitorialità che cerchiamo di attuare nel nostro Centro. Nella prima parte vedremo gli aspetti generali della genitorialità e quelli più specifici relativi alla particolare fascia di età che stiamo trattando – l'adolescenza – così come si manifestano nella pratica clinica quotidiana. La seconda parte sarà invece dedicata alle risorse che lo strumento gruppalmente può fornire in questo caso.

Il significato del termine genitorialità in questi ultimi tempi si è mantenuto in continua evoluzione, e questo perché la famiglia così come il rapporto di coppia sono essi stessi in movimento e soggetti a profondi cambiamenti. Se inseriamo questi protagonisti nel teatro sociale attuale-non essendo la famiglia un'istituzione autonoma e isolata- riusciamo meglio a comprendere le trasformazioni che, nel nostro tempo, hanno investito i nuclei familiari e le loro funzioni. L'abbassamento della mortalità, il controllo delle nascite, la medicalizzazione del parto, l'introduzione di nuove tecniche procreative, la crescente frequenza di separazioni e divorzi con la derivante presenza di famiglie ricomposte, unite alla modificazione del rapporto uomo-donna per i mutamenti economici e culturali, all'interno del contesto più generale di una massiccia globalizzazione delle economie: in questo teatro diventano più comprensibili i motivi che determinano la crescente insicurezza dei genitori rispetto ai loro ruoli, ai compiti, ai valori e ideali da trasmettere ai figli (Pezzoli, 2004). I mutamenti vanno a mettere in discussione proprio quel codice familiare – fatto di ideali, di rapporti con le cose, con il lavoro, la sessualità – che rappresentava una chiave per poter affrontare la vita dando luogo a disorientamento e scompiglio in una parte dell'identità dei genitori, e ripercuotendosi in quella dei ragazzi. Sapere oggi “chi si è” è un compito arduo in primis per gli adulti, l'immagine di un mondo come luogo infernale da cui fuggire e non più come una terra da conquistare, come uno spazio potenziale in cui trovare un posto sembra investire più i genitori che i loro figli adolescenti.

Tutti questi fattori fanno sì che da più parti giungano richieste di parlare e trattare la genitorialità.

Da un'ottica psico-pedagogica la genitorialità è vista come lungo e continuo apprendistato, come quel processo evolutivo in cui si impara a rispondere in modo adeguato ai bisogni dei figli. Un'interpretazione più profonda vede la genitorialità come un aspetto fondante della personalità di ogni individuo, come quello spazio interno che inizia a formarsi dall'infanzia dove si raccolgono le esperienze, i comportamenti, i messaggi verbali e non verbali, le aspettative, i desideri, le fantasie relative ai propri genitori. Berne (1971) parla di *genitore interno* che è formato da tutte le interazioni reali e fantasmatiche con le figure adulte significative che si sono occupate di noi. Se usassimo i termini di Erikson sarebbe uno stadio evolutivo importante in quanto implicante tutti quegli sviluppi che hanno fatto dell'uomo “un essere che si occupa di”. La coppia rappresenta lo snodo del passaggio da “oggetto bisognoso di cura a “oggetto donatore di cura”. E' il passaggio da una modalità unidirezionale (essere oggetto di cura) ad una modalità reciproca all'interno della coppia “mi prendo cura di te come tu ti prendi cura di me” che rappresenta il ponte verso la generatività cioè la capacità di dare origine ad un'altra vita, ad un nuovo essere di cui ci si prende cura in modo unidirezionale “ci prenderemo cura di te qualsiasi persona tu sarai”. Il termine genitorialità non coinvolge solamente l'essere genitori reali ma è uno spazio psichico che fa parte di ogni persona e del suo sviluppo.

Alcuni autori (in: Romagnoli, 2006) hanno poi sintetizzato le funzioni della genitorialità suddividendole in:

- *protettiva* (funzione tipica del caregiver che consiste nell'offrire cure adeguate ai bisogni del bambino)

- *affettiva* (capacità di entrare in risonanza affettiva con l'altro senza esserne inglobato)
- *regolativa* (strategie dei genitori per le regolazioni di stato del bambino)
- *normativa* (capacità di dare dei limiti, una struttura di riferimento, una cornice)
- *rappresentativa* (capacità di modificare continuamente le proprie immagini in base alla crescita del bambino)
- *predittiva* (capacità del genitore di prevedere il raggiungimento della tappa evolutiva imminente)
- *fantasmatica, proiettiva*, ed altre.

Ma vediamo quali di queste si presentano più problematiche nel nostro campione, come emergono cioè alla nostra consultazione.

Nelle diapositive precedenti abbiamo visto che la richiesta genitoriale riguarda una buona parte della nostra utenza. In una parte dei casi si tratta di genitori che si fanno invianti del ragazzo. In tal caso si programmano due o tre colloqui con essi prima di incontrare i figli, consapevoli e in accordo con la richiesta di aiuto, partita dai genitori. Il lavoro prosegue con i ragazzi individualmente e con incontri periodici mensili con i genitori. In molti altri casi però i genitori sono gli unici nostri interlocutori perché il ragazzo si rifiuta di venire o perché non sa nulla, per cui l'obiettivo della consulenza diventa poter lavorare affinché i genitori stessi diventino strumenti terapeutici dei loro figli. Le principali problematiche portate sono: la scoperta dell'uso di sostanze da parte del figlio, l'essere stati testimoni di momenti di depressione profonda dei loro figli, di chiusura relazionale e sfiducia nel futuro e nella vita, blocchi a diversi livelli, scolastici, lavorativi, etc. Più nello specifico si può vedere che, se in adolescenza il figlio ha l'importante carico, compito evolutivo di affrontare il processo di separazione-individuazione, anche i genitori si trovano a dover fronteggiare il processo di emancipazione dal figlio, un'emancipazione che non è solo fisica, ma riguarda l'abbandono delle proprie immagini, dei progetti, delle rappresentazioni che hanno del figlio e di se stessi come genitori. Spesso infatti l'aiuto all'adolescente è secondario rispetto alla capacità del contesto familiare di poter effettuare a sua volta questa "depressione" della fine di qualcosa e dei cambiamenti in generale. Nella pratica ci si trova di fronte a contesti parentali in cui il cambiamento è catastrofico, o comunque a contesti familiari incapaci di adattarsi ai bisogni nuovi, contraddittori che l'adolescente pone quasi non ci fosse nessuna possibilità per un rapporto nuovo. Nella pratica si fa esperienza di questo blocco al tempo, ai cambiamenti, sentendo come sostiene la Pandolfi (in: Henny, 1990) una sorta di pietrificazione dell'immagine del figlio, spesso di livello arcaico (figlio che resta sempre piccolo, oppure figlio cattivo, fallito, matto, stupido o al contrario il figlio perfetto, genio). Ricordo un padre che ad ogni seduta arrivava con un articolo scientifico diverso, o materiale scaricato da internet, sulla possibile diagnosi del figlio, andando da un ritardo dello sviluppo, ad un problema di memoria, ad un disfunzione della ghiandola pineale, ad un possibile deficit dell'attenzione con iperattività – il figlio aveva 18 anni. Chiaramente non era presente niente di tutto questo, ma la domanda che era necessario porsi riguardava il bisogno di questo padre che poteva vedere il figlio solo come malato. Il lavoro nel prosieguo evidenziò proprio che il figlio era diverso, diverso da lui ma normale, con la sua vita relazionale, i suoi interessi, il suo discreto rendimento scolastico. C'era invece un profondo e doloroso blocco della comunicazione e comprensione reciproca.

I figli vengono spesso vissuti come dei replicanti, nati per soddisfare i desideri e i bisogni dei genitori, preziosi elementi di un'economia mentale individuale e di coppia.

Le coppie genitoriali tendono frequentemente a dimettersi dalle loro difficoltà relazionali ed a non identificarsi più come persone con i loro problemi ma esclusivamente come genitori accentuando inconsapevolmente il legame intrappolante che i figli vivono con loro (Cigoli et al., in: Pezzoli, 2006). Spesso il legame della filiazione rappresenta l'unica garanzia della permanenza e continuità del quadro familiare (Marcelli, 2004). Il processo modificatorio adolescenziale è quindi favorito o sfavorito nella misura in cui il contesto familiare, la coppia è in grado di modificare l'immagine interna del figlio.

Un'altra funzione spesso compromessa è quella normativa, che introduce il concetto del limite. Anche in questo caso la relazione è bloccata in un vincolo inscindibile dove non esiste margine di movimento per entrambe le parti e dove l'allontanamento che la regola dà, corrisponde ad una fantasia di rottura irreparabile, di morte. Un altro genitore del gruppo ci ha fatto proprio sentire il senso di essere ostaggio del figlio, con l'impossibilità di poter mostrare la rabbia e dare divieti, per la paura che il figlio se ne andasse di casa, accettando di non parlare dei resti degli spinelli fumati e di altro "...faccio finta di niente, di non avere trovato niente,...se glielo dicessi mi risponderebbe male, a te che te ne frega?... e poi io mi chiedo siamo noi che siamo rimasti indietro o sono loro che fumano gli spinelli?... il dottore mi ha detto che uno spinello non fa male, adesso che abbiamo un minimo di dialogo, se glielo dicessi magari peggiora...lui potrebbe dire – tu fai il cattivo, io faccio peggio". Si era innescato un meccanismo per cui il figlio più tracce lasciava più non venivano viste, con una grande ambivalenza se stare con il figlio nell'illegalità o diventare la polizia: "...mi ha accompagnato con la macchina, è arrivato ai 180 all'ora – ride – lo faccio anche io, ma ho esperienza, so come ti può colpire la polizia, i giovanastri non lo sanno!" Come se l'importante fosse poter stare vicini e tutto il resto non contasse.

Scalari (in: Pezzoli, 2006) sostiene che la relazione normale genitori-figli ha un andamento a fisarmonica, fatto di avvicinamenti e allontanamenti. In molti casi è come se la fisarmonica fosse incollata, strumento impossibilitato a suonare perché le estremità sono sigillate, bloccate.

Uno degli strumenti che abbiamo a disposizione per poter aiutare i genitori è il gruppo di sostegno. E' necessario distinguere fra gruppi con specifiche finalità terapeutiche (cura e trasformazione delle problematiche sintomatologiche e di personalità dei partecipanti) e gruppi che utilizzano una terapeuticità in senso lato collegata alla dimensione gruppale (Lo Verso, 2002, in: Pezzoli 2006). Infatti la dimensione gruppale (come aveva scoperto Pratt nel 1905 con i malati di tubercolosi), ha di per sé valenza psicoterapeutica collegata agli aspetti comunicativi e di condivisione (ed altri, Yalom, 1970), ma bisogna fare attenzione perché è indispensabile la formazione dei conduttori, nonché la definizione dei limiti dell'intervento.

E' preferibile privilegiare la formazione di gruppi con caratteristiche di omogeneità rispetto ad alcuni parametri quali:

1. l'età del figlio
2. la patologia (organica e/o psichica) o la manifestazione sintomatologica.

In tutti i casi si presume omogeneo il parametro relativo alle difficoltà concrete e psicologiche che i genitori stanno attraversando nella loro relazione con i figli, ciò consente un più rapido sviluppo della coesione e della relazione fra i membri del gruppo.

Si tratta inoltre di gruppi supportivi con il compito di accompagnare, per un certo periodo, i genitori nella loro funzione educativa. Si preferisce usare un gruppo chiuso della durata di due anni, con sedute a cadenza bisettimanale della durata di 90 min. Il numero dei partecipanti va da un minimo di 4 coppie ad un massimo di 7. Il conduttore ha funzioni di imparzialità (non parteggia per nessuno), accoglie le emozioni, fa circolare la comunicazione.

Lo scopo è che la fisarmonica riprenda a suonare...magari con melodie nuove!

BIBLIOGRAFIA

Berne E.: *Analisi Transazionali e Psicoterapia*. Astrolabio, Roma, 1971.

Henny R.: *Crisi e Risorse dell'Io nella Adolescenza*. Atti del CeRP. CeRP, Milano, 1990.

Marcelli D.: *Il Bambino Sovrano*. Raffaello Cortina, Milano, 2004.

Pezzoli F.: *Gruppi di Genitori a Conduzione Psicodinamica*. Franco Angeli, Milano, 2006.

Romagnoli F.: *Sostenere la Genitorialità Attraverso lo Strumento Gruppale*. Tesi di Specializzazione in Psichiatria, Università Politecnica delle Marche, Ancona, 2006.

DISTURBI DELL'UMORE E PROBLEMI DI GIUSTIZIA MINORILE

Nell'ambito del Tribunale per i Minorenni possiamo incontrare i disturbi dell'umore sia in ambito civile, in quei soggetti che sono vittime di stati di abbandono, maltrattamenti, violenze, abusi, o di separazioni particolarmente conflittuali, sia in ambito penale, in quei soggetti che sono autori di illeciti, nei quali il disturbo è associato a condotte devianti.

Fino a pochi anni fa vi erano opinioni contrastanti sulla possibilità di una presenza nell'infanzia dei disturbi dell'umore; attualmente, la ricorrenza dei disturbi depressivi analoghi all'adulto in bambini e adolescenti è ampiamente accettata, seppur non pienamente condivisa.

Nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), viene fornito un unico gruppo di criteri che si applica oltre che agli adulti e agli adolescenti, anche ai bambini, per cui, se un bambino o un adolescente presenta sintomi che soddisfano i criteri per il disturbo depressivo maggiore, si dovrebbe fare questa diagnosi, a prescindere dall'età del soggetto (Episcopo e Parena, 2003).

Tuttavia, come sottolinea Lambruschi (1999), nel corso dell'infanzia e della fanciullezza risulta piuttosto difficile parlare di uscite psicopatologiche propriamente depressive, così come le conosciamo nella fenomenologia sintomatica dell'adolescente e dell'adulto. Lo scompenso clinico nel bambino prende più spesso la forma di:

- disturbi della condotta, sotto forma di ritiro e isolamento da un lato, e di scoppi improvvisi e immotivati d'ira dall'altro;
- disturbi dell'apprendimento e problemi nell'area della motivazione e dell'attenzione;
- sindromi da deficit d'attenzione con iperattività, che si configurano su tali itinerari di sviluppo come fare compulsivo per non sentire, come esplorazione compulsiva come "distrattore";
- disturbi psicosomatici, come esito di un precoce e massiccio processo di inibizione degli stati affettivi e dei loro correlati espressivo-motori.

Autori quali Bernstein, King, Gullone, Ollendick e Werry, parlano invece di comorbidità nell'infanzia tra i disturbi d'ansia, depressivi e della condotta e sono concordi nel ritenerla una regola, non l'eccezione.

Nell'esperienza del Tribunale per i Minorenni i disturbi della condotta sono, ad esempio, particolarmente frequenti; spesso sono caratterizzati da modalità ripetitive e persistenti di condotta aggressiva, provocatoria e anche antisociale, e da violazioni delle aspettative sociali in rapporto all'età. Possono essere limitati o meno al contesto familiare; associarsi o meno a una ridotta socializzazione; in altri casi possono assumere la forma del disturbo oppositivo provocatorio, con modalità persistentemente negativistiche e ostili. Su un piano più squisitamente esplicativo, tali quadri possono assumere forme e significati molto diversi, ad esempio, qualora esprimano la componente comportamentale di un pattern evitante, o viceversa di un pattern resistente. Nel primo caso prendono solitamente la forma di condotte di ritiro e di isolamento, a cui possono alternarsi episodici e improvvisi scoppi d'ira (in genere espressa al di fuori del proprio contesto familiare: amicizie, scuola) ed essere strettamente associati o secondari ad un disturbo dell'umore.

In effetti i bambini sono meno soggetti a depressione perché mancano delle competenze cognitive su cui si fondano gli atteggiamenti tipici di uno stato depressivo: autocommiserazione, percezione negativa di sé, disperazione. Disturbi dell'umore più strutturati, con tutto il repertorio ideativo, emotivo, comportamentale e somatico che conosciamo, cominciano a configurarsi con maggior frequenza nel corso della preadolescenza e dell'adolescenza (Lambruschi, 1999).

Qualora ci si accosti, come nell'operare del Tribunale per i Minorenni, alle problematiche minorili con l'intento di promuovere livelli significativi di cambiamento, nell'ottica della "tutela del minore", della "realizzazione dell'interesse del minore", e più recentemente del "diritto del minore a vivere nella propria famiglia" o del "diritto ad una crescita armonica", occorre dotarsi di una

metodologia di analisi capace di muoversi dal piano puramente descrittivo verso livelli più marcatamente esplicativi, nel rispetto della complessità cognitiva, emotiva e comportamentale del minore e dell'equilibrio del suo sistema familiare (Lambruschi, 1996).

Per promuovere la sana crescita del minore, affermandone il relativo diritto, è ovviamente necessario che il Giudice ravvisi le cause che sono di ostacolo alla realizzazione di predetto diritto e, unitamente agli operatori dei servizi, le rimuova (del Conte, 2003).

Proprio le prime ricerche nell'ambito della teoria dell'attaccamento misero in luce la forte incidenza nella storia evolutiva di soggetti che mostravano una depressione clinica, di precoci esperienze di perdita assoluta o relativa (intesa come grave e prolungata separazione e mancanza di cure) in particolare della figura materna. Lo stesso Bowlby (1982) osserva che in contesti familiari connotati da forti e continue minacce d'abbandono si determinano nel bambino forme di angoscia acuta o cronica.

Successivamente, Reda e Liotti (1984) hanno individuato una predisposizione al disturbo dell'umore nell'infanzia e nella fanciullezza nelle situazioni di distacco precoce.

Valori (1994) riassume alcuni esempi di distacco:

- perdita reale di uno o entrambi i genitori;
- distacco fisico e/o affettivo dai genitori (viaggi, separazioni, malattie, ospedalizzazione del bambino, ecc);
- mancanza di assistenza dei genitori durante le prime attività del bambino che impara a doversi cavare da solo fin da piccolo;
- attenzione dei genitori per doveri morali e sociali, con punizioni frequenti se il bambino non si è comportato come richiesto e minimi riconoscimenti quando ha adempiuto alla perfezione il suo dovere.

In generale, quando un minore compare sotto il fascio di luce dei riflettori del Tribunale per i Minorenni ha nella propria storia, ma spesso anche nell'attualità, esperienze di maltrattamenti subiti o gravi traumi (Luberti, 1994; 1999) e frequentemente ci troviamo di fronte a minori con disturbi dell'umore di vario tipo, seppur più spesso mascherati, proprio alla luce di quanto detto, da sintomi diversi, più facilmente strutturabili e diagnosticabili in un minore, come i disturbi dell'apprendimento, della condotta, ecc.

D'altra parte la definizione di trauma infantile non implica necessariamente una situazione oggettiva di violenza, di abuso o di lutto, ma viceversa una reazione psicologica a una circostanza percepita come pericolosa per il sé (Crittenden, 1997) proprio perché, secondo una prospettiva costruttivista, il significato delle cose non risiederebbe nelle cose stesse, ma verrebbe costruito attivamente dal soggetto e sarebbe frutto di una continua rielaborazione.

Dunque, non è tanto la perdita, assoluta o relativa, in sé a predisporre allo stato depressivo, quanto piuttosto la qualità del legame che la precede, la accompagna e la segue, e cioè il contesto relazionale in cui si inserisce, le possibilità che sono offerte al piccolo di elaborare i sentimenti di rabbia e di disperazione ad essa connessi (nel rapporto con le figure significative rimaste, o con le figure sostitutive calde e supportanti). Qualunque evento traumatico, quindi, assumerà o meno un rilievo psicopatologico, in funzione dell'assetto relazionale che incontra (Lambruschi, 1999).

Diversi studi (Moffitt, 1993) hanno dimostrato che tanto più precoce è l'esordio, in età prescolare e nei primi anni della scuola, tanto più è facile che i problemi persistano e si aggravino nel tempo, specie in assenza di idonei interventi psico-sociali e terapeutici.

Le difficoltà si presentano tra loro in continuità durante l'intero arco di sviluppo dell'individuo, progredendo da forme iniziali relativamente meno serie (ad es., non compliance, scatti d'ira) verso espressioni comportamentali più gravi (ad es., aggressività, furto, abuso di sostanze) nel tempo; i comportamenti manifesti (oppositività, conflittualità) appaiono prima di quelli nascosti (come, ad es., rubare, dire bugie) e successivamente si tende, di solito, ad ampliare il repertorio comportamentale piuttosto che riproporre in misura maggiore le condotte precedenti. Inoltre, si verifica una progressiva generalizzazione dei problemi a molteplici setting, dalla casa, alla scuola, alla comunità più ampia. (Episcopo e Parena, 2003).

Pertanto, pur essendoci un alto grado di coerenza tra l'infanzia, adolescenza e l'età adulta tra i vari comportamenti, essi variano in funzione dello stadio evolutivo e delle particolari opportunità offerte dall'ambiente di vita (Moffitt, 1993) ed è proprio su queste opportunità che il Tribunale per i Minorenni si deve interrogare, per poter fornire al minore un contesto di vita che promuova il suo benessere.

IL CASO DI AMINA

Amina è una ragazza di 14 anni, intelligente, che parla un buon italiano e racconta la sua storia con toni a tratti rassegnati a tratti rabbiosi. Amina riferisce di essere stata portata in Italia a sua insaputa "mi hanno detto che dovevo andare in gita, mi volevano far prendere delle medicine per farmi dormire, ma io non le ho prese..." "non ho salutato nessuno; quando stavo in Spagna mi hanno detto che sarei venuta in Italia".

Amina aveva sette anni quando viene portata in Italia da uno zio paterno che si era accordato con i genitori.

Amina si racconta e ci racconta: "per anni ho pensato che mi avessero mandato via perché mi comportavo male, ora penso che potrebbero avermi mandato in Italia per farmi studiare e avere una vita migliore, ma ormai ho perso il loro affetto e ora non ci posso fare più niente".

L'esperienza dell'abbandono per Amina si è ripetuta di lì a poco: "lo zio una notte va via e mi lascia lì, da quella zia che era pure cattiva...mi picchiava, non mi mandava a scuola, mi faceva fare le pulizie e guardare i suoi bambini...".

Amina si descrive "strana, una tipa chiusa, sempre arrabbiata, non parlo mai con nessuno di come mi sento io, gli altri tanto non riescono a capirmi...; non sono affezionata a nessuno, neanche alla famiglia con cui vivo: sono affezionata solo a me stessa...; tante difficoltà dipendono da me, da come vivo, dal mio comportamento, da come sono...; io vedo tutti i miei compagni felici e io non sono felice: io c'ho il futuro storto!".

Nelle relazioni dei Servizi Sociali Amina viene descritta come "una ragazzina incapace di instaurare con chi le è vicino un legame forte e sicuro, che fa difficoltà ad costruire relazioni anche con chi le ha dedicato attenzioni e premure; i Servizi parlano di "una scarsa capacità di gratitudine e riconoscenza; il suo atteggiamento è caratterizzato da una forte tendenza alla ribellione e da uno sdegnoso rifiuto di qualunque opportunità le venga offerta; esibisce una totale indifferenza a tutto ciò che la vita le offre e un certo orgoglio per essere una persona che ormai non si fa più toccare da niente. In conclusione, pur consapevole di tutti i problemi che rendono incerto l'esito del rientro a casa della ragazza nella sua famiglia, sono del parere che la scelta più opportuna sia che Amina torni a casa nel più breve tempo possibile; pur con la preoccupazione forte che, essendo Amina una ragazza così profondamente ferita, difficilmente potrà trovare quelle risposte affettive di cui ha bisogno per poter guarire".

La visione di Amina con tutto il suo vissuto di negatività personale, di inaiutabilità, di solitudine, è stata, in altre parole, accolta e fatta propria dai Servizi stessi.

Diventa allora fondamentale cercare di comprendere, anche e soprattutto, in un contesto giudiziario, quali tematiche ci portano i minori con i quali veniamo in contatto; nel caso di Amina il rischio è quello di cogliere la sua "inaiutabilità" come qualcosa di dato, oggettivo che demotiva rispetto a qualsiasi progetto di intervento nei suoi confronti e non come un vissuto soggettivo, una difficoltà legata al suo funzionamento interno, su cui si può lavorare, passando da una visione di sé oggettivamente data e irreversibilmente determinata, alla messa a fuoco delle proprie modalità soggettive (abituale, ma non uniche o irreversibili) di riordinare in una trama narrativa la propria esperienza (Nardi, 2001).

Ancor più in ambito giudiziario diventa fondamentale per intervenire in maniera efficace, restituire un "senso" alla sofferenza del minore, ai segnali di disagio, in modo da orientarci verso modalità di relazione dotate di maggiori potenzialità evolutive e per far questo occorre comprendere il

sistema conoscitivo del bambino, il cui senso di sé e la cui percezione del reale tendono a esprimersi principalmente per vie procedurale ed emotive (Lambruschi, 1996).

È pertanto necessario ricorrere a un modello esplicativo, epistemologicamente aggiornato e duttile sul piano operativo, com'è l'approccio cognitivo di tipo sistemico-processuale, per comprendere la dinamica evolutiva dei disturbi osservati; che fornisca, inoltre, modalità di intervento tempestive, flessibili e mirate alle specifiche problematiche di ciascun soggetto (Nardi, 2004).

Il problema del Tribunale è proprio quello di coniugare la norma giuridica che è oggettiva e razionale con i bisogni di un individuo che invece è unico e complesso; per questo l'attuale Tribunale per i Minorenni presenta una composizione mista pluridisciplinare fatta di Magistrati Togati e Giudizi Onorari esperti non togati in modo da costruire insieme interventi oggettivi che tengano conto delle dinamiche soggettive del singolo minore.

La magistratura minorile attribuisce assoluta centralità al minore e dunque alle esigenze di tutelarlo nella crescita e nello sviluppo verso la fase adulta (Mestitz, 1995), diventa, pertanto, fondamentale dare la giusta rilevanza ai segnali che il minore invia, alle modalità con cui esprime il suo disagio e ai suoi significati, per poter prevedere in anticipo quali possano essere i probabili percorsi ed esiti evolutivi: gli interventi più efficaci saranno quelli che tengono conto di queste complessità.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association: DSM-IV. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson, Milano, 1995.

Bowlby J.: Costruzione e Rottura dei Legami Affettivi. Cortina, Milano, 1982.

Conte (del) L.: Orientamenti in tema di giustizia minorile. In: Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.), Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Accademia dei Cognitivi della Marca, Quaderni AUSL n. 7, Ancona, 2003.

Crittenden P.M.: Pericolo, Sviluppo e Adattamento. Masson, Milano, 1997.

Episcopo A., Parenza A.: Classificazione e linee guida per il trattamento dei disturbi in età evolutiva. In: Isola L., Mancini F. (Eds.), Psicoterapia Cognitiva dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Franco Angeli, Milano, 2003.

Lambruschi F.: Processi di attaccamento e depressione. In: Nardi B. (Ed.), La Depressione Adolescenziale nell'Approccio Cognitivo Sistemico Processuale. I.R.S. L'Aurora, Ancona, 1999.

Luberti R.: L'esperienza di un gruppo di self-help per donne vittime di abusi sessuali intrafamiliari durante l'infanzia e l'adolescenza. In: Foti C. (Ed.), L'abuso Sessuale sui Minori. Educazione Sessuale, Prevenzione, Trattamento. Unicopli, Milano, 1994.

Luberti R.: Adulti che hanno subito in età minore un abuso sessuale. In: Centro Studi Hansel e Gretel (Ed.), Il Dramma dell'Abuso Sessuale sui Bambini. Tipografia Impronta, Torino, 1999.

Mestitz A.: Il funzionamento e l'organizzazione del sistema giustizia. In: Quadrio A., De Leo G. (Ed.), Manuale di Psicologia Giuridica. LED, Milano, 1995.

Moffitt T.E.: 'Adolescence-limited' and 'life-course-persistent' antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100, 1993.

Nardi B.: La depressione adolescenziale. In: Lambruschi F. (Ed.), Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Valeri S.: La depressione in età giovanile: l'infanzia. Rivista di Psicologia SRM, 2004.

Reda M.A., Liotti G.: Un modello cognitivo della depressione. Aspetti teorici e sperimentali. In: Aa. Vv. (Eds.), La Condizione Depressiva, Masson, Milano, 1994.

Mario Antonio Reda, Maria Francesca Pilleri

DISTURBI DELL'UMORE E PSICOTERAPIA POST-RAZIONALISTA: COME DAR SIGNIFICATO A DIAGNOSI SENZA SENSO

Il capitolo dei disturbi dell'umore del DSM è uno dei più confusionari della psichiatria attuale. Nella precedente nosografia clinica, la diagnosi era molto più chiara e correlata da evidenze cliniche. Si parlava di depressione dividendola in depressione endogena, depressione nevrotica e depressione reattiva. Si parlava di psicosi maniaco depressiva quando si presentavano chiari episodi depressivi alterati a episodi chiaramente maniacali. Attualmente abbondano le diagnosi di bipolarità. Basta che ci siano variazioni di umore durante la giornata concomitanti a eventi o a eventuali patologie psichiatriche o meno, che si viene etichettati come bipolari con conseguente somministrazione di vari psicofarmaci e gli immancabili stabilizzatori dell'umore. Il tutto sembra rientrare nel così detto conflitto di interessi in psichiatria (Fava, 2007).

Fortunatamente chi ha scelto di fare lo psicoterapeuta post-razionalista non ha conflitti di interesse e non si cura della diagnosi del DSM ma della persona che si presenta come paziente.

Presentiamo a proposito quattro casi clinici osservati nel nostro ambulatorio del servizio studenti dell'università di Siena. Tutti erano stati diagnosticati come disturbi dell'umore o bipolari e curati farmacologicamente. Le problematiche psicopatologiche erano evidenti ma il passaggio più importante è stato, come sempre, la riformulazione del problema in termini reali. Si differenziano così i differenti tratti di organizzazione di conoscenza e le modalità personali alla base dello scompenso. Si è potuto così impostare una psicoterapia mirata ad acquisire consapevolezza sulle dinamiche personali che hanno provocato il disturbo per poi arrivare ad un arricchimento nello sviluppo della propria conoscenza di sé e del proprio senso di individualità.

CASO 1. T.V.: OCCHIO NON VEDE, CUORE NON DUOLE

T. V. è uno studente di Economia di 25 anni.. Richiede colloquio al nostro servizio dopo che gli è stata diagnosticato un disturbo dell'umore bipolare a carattere stagionale. 3 anni fa, a Ottobre inizia il primo episodio depressivo che dura fino ad Aprile- Maggio. Fa seguito una fase di euforia (almeno così fu diagnosticata) in cui "riempivo il tempo facendo tante cose, come non mi era mai successo prima". A fine Ottobre dell'anno successivo avviene una ricaduta depressiva con rallentamento psicomotorio e pensieri pessimistici e negativi, difficoltà nello studio e ritiro in casa. Dopo alcuni mesi uno psichiatra da lui interpellato prescrive Zoloft e Anafranil più Depakin. A primavera sta meglio, sempre un po' ipertimico e lo psichiatra gli chiede di aumentare il Depakin, cosa che il paziente non fa; anzi stando bene dopo qualche mese, ad Agosto molla i farmaci. A Novembre però ricade, non riprende i farmaci e a Marzo si rivolge al nostro servizio. Un primo colloquio, in fase di assesment, consente di passare dalla diagnosi descrittiva a quella esplicativa. T. V. che studia con successo a Siena proviene da una città della Campania e non ha in precedenza avuto problemi psicopatologici. Tre anni fa si innamora di una sua collega da cui pensa di poter essere ricambiato. Lui la corteggia, ne parla con gli amici, come se fosse già avvenuto il fidanzamento e la cosa fosse andata a buon termine. In realtà al momento di chiedere alla ragazza di andare a cena insieme e poi di mettersi insieme, riceve un inaspettato rifiuto e poi scopre che lei esce con un altro con cui successivamente si fiderà. Questo fatto apparentemente superficiale, ritenuto non significativo dagli psichiatri che l'hanno curato, ha un effetto di grossa perturbazione emotiva, per lui. T.V., è "particolarmente orgoglioso" e "non accetta rifiuti" è stato sempre lui a lasciare al momento in cui riteneva di non avere la situazione sotto controllo, ma questa volta

proprio non se lo aspettava. Dopo il “fallimento” con la ragazza cerca di non incontrarla, ma essendo colleghi di università non la può evitare. Quando la vede sta male e comincia ad accusare quelli che ritiene “disturbi fisici”. Accusa inizialmente problemi cardiaci con dolori precordiali per cui si reca da un cardiologo, poi problemi alla vista per cui consulta più oculisti, e ancora problemi gastrointestinali e dermatologici. Dopo vari accertamenti del tutto regolari gli viene diagnosticata una “depressione mascherata”. Così iniziò il primo episodio che si concluse, come del resto gli altri intorno a Pasqua. Infatti da questo periodo in poi T.V. ritorna praticamente a casa, in famiglia, non vede più la ragazza con cui “ha fallito” e gli amici con cui vive una perdita del ruolo dominante a cui tende sempre e si sente sollevato e riempie il tempo facendo tante cose per non pensare a quello che gli è successo a Siena. Procede tutto bene fino al ritorno a Siena quando rivede la ragazza che nel frattempo si è già laureata mentre lui è rimasto indietro a causa della “malattia”, e gli amici con cui non se la sente di uscire perché è come se “non avesse più il controllo della situazione”. Così si chiude e si deprime per poi riprendersi la successiva estate quando ritorna a casa sua. E così via. I problemi di eccessivo orgoglio, di non tollerare che qualcuno lo anticipi nel distacco e le conseguenti sensazioni di rifiuto, la perdita di ruolo dominante dal momento che è anche rimasto indietro con gli esami e la lettura di queste sensazioni, al momento che superano una certa intensità, in chiave di malattie o problemi fisici ed il “rimbalzo ipomaniacale” quando si allontana evitando la situazione incontrollabile e tornando a casa, alla base sicura, ci fanno pensare allo scompenso di un’organizzazione di conoscenza con tratti prevalentemente fobici (o controllanti per dirla con Bernardo Nardi). Questo è poi confermato dalla storia di sviluppo e dal rapporto di reciprocità con una madre che poneva e ancora pone sempre dei rifiuti alla sua richiesta di “esplorazione” e di “autonomia” cosa che poi lui riusciva a conquistarsi di nascosto e sempre col timore di riperdere il controllo della situazione e del suo “orgoglio forzato”. Diventa così comprensibile e condivisibile col paziente come un avvenimento di per sé apparentemente “superficiale” abbia provocato in quel momento della sua vita una sorta di messa in discussione del senso di identità su cui si basa la sua autostima.

CASO 2. I.D.: I PROBLEMI DEL “LASCIARMI ANDARE”

I. D. è dottoranda in lingue di 28 anni. Si presenta al nostro servizio con una lettera dello psichiatra che la segue in Alto Adige, l a sua terra di provenienza. È reduce da un ricovero di circa un mese con diagnosi di disturbo bipolare con fasi maniacali ed è trattata con Depakin e Litio dopo aver assunto neurolettici durante un episodio ritenuto di mania. Per un precedente episodio, con contenuti deliranti, è stata ricoverata in Inghilterra dove si trovava in “Erasmus”. I.D. proviene da una famiglia molto rigida e con principi morali severi, specialmente per le donne. È stata “educata” dalla vecchia nonna a seguire regole religiose esasperate e a imparare fin da piccola a controllare le emozioni e la loro espressione, ritenuta sconveniente. Studentessa modello si laurea brillantemente e consegue un dottorato di ricerca all’Università di Padova. È qui che, secondo gli psichiatri che l’hanno in cura, avviene il primo scompenso depressivo. In realtà la diagnosi esplicativa consente di recuperare il significato di quell’episodio: due anni fa I.D. si innamora, per la prima volta in vita sua, di un giovane architetto presentatole da un’amica. Nelle occasioni in cui lui le si avvicina e le mette una mano sulla spalla la ragazza prova un iniziale piacere abbinato però ad un raffreddamento e irrigidimento di tutto il corpo che non le consentono di rilassarsi e di ricambiare alcun comportamento di contatto. La cosa finisce lì e I.D. al pensiero che non sarebbe mai riuscita ad avere una storia affettiva, a causa di questo suo deficit sentimentale, si deprime intensamente, si chiude, ha pensieri pessimistici sul futuro e dopo qualche settimana chiede aiuto ad uno psicoterapeuta. Per la prima volta si apre e confida a qualcuno i suoi problemi parlando anche dell’atteggiamento repressivo della sua famiglia di origine. Malgrado le poche sedute trova qualche giovamento e si rimette a studiare partendo per un progetto “Erasmus” in Inghilterra. È qui che dopo alcuni mesi di permanenza sviluppa un episodio psicotico, che verrà appunto considerato dagli psichiatri come fase maniacale di una sindrome bipolare. Succede che I.D., che è in contatto con il

suo professore di Padova, che l'ha inviata in Inghilterra, comincia a spedire e-mail a contenuto non solo di scambi culturali ma vagamente seduttive: inizia una sorta di delirio erotomane che si trasforma in delirio di fine del mondo per cui scrive al suo "amato" professore di stare attento, perché l'universo esploderà. Viene così ricoverata in uno stato di agitazione psicomotoria con insonnia, fuga del pensiero e comportamenti e frasi incongrue in cui perdonava la nonna per tutto il male che le aveva fatto. In realtà I.D. ricorda di aver avuto la sensazione di fine della sua vita precedente e di poter finalmente iniziare un nuovo ciclo in cui la parte di sé opposta alla precedente e che era stata sempre tenuta sotto il più rigido controllo finalmente poteva esprimersi e prendere il sopravvento. Infatti ricorda che aveva vissuto in senso espansivo e con estrema felicità i giorni precedenti al suo ricovero. La situazione tramite una forte cura a base di neurolettici era dopo qualche mese rientrata. I.D. decide di venire a studiare a Siena perché ha capito di stare meglio lontano dalla famiglia di origine, ma in una località relativamente piccola e con "pochi" stimoli; cosa che del resto le è stata consigliata dagli psichiatri che la continuano a seguire farmacologicamente e che le hanno raccomandato il nostro servizio.

Dalla storia di I.D. e del suo disturbo risulta uno scompenso di una organizzazione cognitiva con prevalenti tratti ossessivi (o normativi) che non ha ritrovato il suo equilibrio dinamico al momento di provare sentimenti e desideri che, come in precedenza avrebbe dovuto controllare all'interno e censurare.

CASO 3 E 4. R. E A.S.: LA PIÙ GRANDE AIUTA TUTTI, LA PIÙ PICCOLA NON DEVE SAPERE

R. e A. S. sono due sorelle rispettivamente di 20 e 23 anni che hanno richiesto assistenza al nostro servizio prendendo entrambe appuntamento nello stesso giorno per il primo colloquio di assesment e analisi della domanda.

R. S. la più piccola, ha 20 anni e le è stato diagnosticato un disturbo dell'umore bipolare 1, con rapidi cicli, trattata con serotoninergici e Depakin, mentre la più grande A. è in cura con Efexor per un episodio depressivo maggiore. Entrambe studiano giurisprudenza con buoni risultati e hanno accusato disturbi emotivi qualche mese fa. R. non ha precedenti psicopatologici mentre A. ha consultato un psicologo a sei anni dopo un quadro di imprecisata "malattia" e di ricovero in ospedale pediatrico. Ovviamente le due sorelle vengono da me ascoltate separatamente ed è dalle due storie che si può trovare la diagnosi esplicativa per entrambi i casi.

È infatti A., la più grande, che collega il loro disagio emotivo al fatto che la madre, una giovane donna di 43 anni si è ammalata due anni fa di diabete e poi si è depressa. Questo fatto ha gradualmente provocato lo scompenso emotivo nelle due ragazza che di recente hanno anche subito il distacco dai rispettivi fidanzati. Dalla storia di sviluppo ritroviamo un avvenimento fondamentale per la famiglia: la separazione dei genitori che vivevano in provincia di Reggio Calabria quando le bambine avevano rispettivamente sei e tre anni. La più grande A. smise in quel periodo di mangiare e di parlare per cui fu ricoverata per vari mesi in un ospedale pediatrico. Dopo il suo ritorno a casa, la madre va via dal paese di origine tra lo scandalo delle famiglie e porta con sé le due figlie in Toscana dove inizia un'attività commerciale che poi ingrandisce fino a gestire con successo un albergo. Qui trova un nuovo compagno, un professore di lettere con cui vive. La figlia più grande si sente subito responsabile di quello che accade e in seguito ha verso la madre un classico attaccamento invertito: si occupa della sorellina, la aiuta nelle sue attività appena torna da scuola e studia di notte portando avanti con successo gli studi. Avrebbe voluto poi fare l'università di medicina per un innato desiderio di prendersi cura del prossimo, ma per far piacere alla madre che riteneva il corso di studi troppo lungo si iscrive a giurisprudenza, studiando come al solito molto, con buoni risultati. Sempre per fare piacere alla madre lascia il suo ragazzo perché non è laureato e starebbe con sua figlia solo per interesse. Dopo la malattia della madre, A., a cui mancano pochi esami per laurearsi intensifica i suoi sforzi per aiutare la famiglia e si deprime al momento di sentire un peso eccessivo per dover prendersi cura di tutto, compresa la madre e la sorella più piccola: si

sente impotente, stanca, sola e senza speranza per il futuro. Ci troviamo come è evidente dalla storia di sviluppo e dalla diagnosi esplicativa, di fronte allo scompenso di un'organizzazione cognitiva con tratti prevalenti di tipo depressivo (o distaccato).

Per quanto riguarda la sorella più piccola, R. di 20 anni, gli sbalzi di umore in base ai quali è stata diagnosticata come "rapida ciclica" sono strettamente collegati all'atteggiamento che hanno nei suoi confronti gli altri significativi. Da sempre abituata a seguire quello che fa piacere alla madre, al momento in cui la madre si ammala è come se le mancasse il punto di riferimento che le conferisce un senso di attendibilità personale. Da quel momento qualsiasi atteggiamento delle persone con cui si confronta viene vissuto come informazione e giudizio su se stessa facendola oscillare di umore a seconda che si senta giudicata positivamente o negativamente. È significativo come al momento della separazione dei genitori, quando aveva tre anni, le è sempre stata nascosta la spiegazione di quello che stava avvenendo. Questo è alla base della difficoltà a leggere e capire i propri vissuti e i propri sentimenti e della ricerca di significato attraverso l'atteggiamento degli altri significativi. La "malattia" della madre e anche la depressione della sorella maggiore le provocano un senso di vuoto e un'oscillazione di umore per la mancanza di un punto di riferimento personale e autonomo. Si tratta in questo caso di uno scompenso di organizzazione cognitiva di tipo disturbi alimentari psicogeni (o contestualizzata).

Abbiamo presentato questi quattro casi clinici con diagnosi DSM che rientra nei disturbi dell'umore per far comprendere le differenze individuali in termini di storia della persona e di possibile spiegazione della dinamica di scompenso. La diagnosi di disturbo dell'umore e di sindrome bipolare è una delle più abusate e pericolose. Si rischia di psichiatrizzare la persona che chiede aiuto e di sottoporla ad interventi farmacologici spesso inutili e senza senso.

È infatti da dimostrare l'effetto a livello di biochimica della depressione dei farmaci che più si utilizzano in questo caso gli SSRI (Lacasse, Leo, 2005) oltre alle problematiche sul motivo di usare i cosiddetti stabilizzatori dell'umore (Goodwin, Dalmi, 2007). Ci sembra che il capitolo dei disturbi dell'umore e sindromi bipolari *sia* del tutto da rivedere e come abbiamo sempre fatto in psicoterapia post-razionalista ci sembra opportuno di non tenere minimamente in conto la diagnosi descrittiva, ma cercare di capire insieme ai nostri pazienti la storia di vita della persona che ci ha chiesto aiuto.

BIBLIOGRAFIA

Fava G.: Financial conflict of interest in psychiatry. *World Psychiatry*, 6, 19-24, 2007.

Goodwin G.M., Dalmi G.S.: What is a mood stabilizer? *Psychological Medicine*, 37, 609-614, 2007.

Lacasse J.R., Leo J.: Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Med*, 2, 12, e392, 1211-1216, 2005.

LE DIFFICOLTÀ DELLA NOSOGRAFIA DEI DISTURBI DELL'UMORE¹⁰

INTRODUZIONE: IL PROBLEMA NOSOGRAFICO

Abitualmente, nell'esercizio della pratica clinica, sia per quanto riguarda la descrizione dei sintomi, sia per il raggruppamento dei diversi quadri psicopatologici, sia infine per la classificazione nosografica, si utilizza essenzialmente il criterio oggettivo, ricavato dall'osservazione empirica dell'esperienza.

I principali sistemi diagnostici internazionali, come la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità o come il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association (DSM-IV TR), considerano la normalità e, soprattutto, la patologia, come un ordinamento specifico di sintomi, classificabili in base esclusivamente alle regole semantiche della conoscenza, le quali sono intese come entità estetiche con contenuti specifici. In questi manuali, che cercano di giungere a criteri condivisi rispetto alle diverse manifestazioni cliniche, predomina una concezione della sintomatologia basata su caratteristiche descrittive, senza considerare la etiologia ed i processi esplicativi del disturbo osservato.

Dato che non è possibile stabilire un nesso tra la condotta osservata e la persona che la manifesta, non c'è da stupirsi che il trattamento si basi su semplici congetture. Infatti, considerando la patologia in modo impersonale, la spiegazione del sintomo viene data ricorrendo necessariamente a generalizzazioni, a processi neutri e alla riduzione dell'esperienza personale a semplici eventi biochimici del cervello (Arciero e Guidano, 2003).

L'epistemologia logico-razionalista, basata sui principi della oggettività sia delle descrizioni soggettive che della realtà esterna (per cui il disturbo è visto come un difetto di corrispondenza tra le rappresentazioni dell'individuo malato e l'ordine oggettivo e univoco della realtà esterna, spiegato in accordo con criteri universali in base ai quali stabilire ciò che è razionale o irrazionale, a prescindere dalla persona) esprime un'altra evidente difficoltà di una visione esclusivamente descrittiva della psicopatologia. La conoscenza non è, né può essere, una copia fedele di un ordine oggettivo baconiano indipendente dalla conoscenza stessa.

LA CONCEZIONE PROCESSUALE SISTEMICA DEL SINTOMO

D'altra parte, considerare la persona come un sistema chiuso che si auto-organizza permette di leggere l'etiologia mediante un approccio psicopatologico processuale ed evolutivo del disturbo, prodotto della ricostruzione a molteplici livelli delle esperienze trasformatrici del ciclo di vita, che generano i domini di congruenza del significato che l'individuo mostra nella attualità (Guidano, 1994, p. 85), per cui è necessario valutare i complessi processi adattivi e la regolarità delle trasformazioni.

Il fatto di considerare la psicopatologia come una scienza del significato personale implica studiare come un certo dominio emozionale ha preso forma e struttura nella prima infanzia, come si è articolato e come si è differenziato (Oneto e Molledo, 2002; Molledo e Langlotz, inedito I).

Inoltre, se la concezione di base si orienta verso i processi dei sistemi individuali, si può operare la messa a fuoco dei diversi livelli di analisi della complessità della persona, così come delle distinte regole di funzionamento di quest'ultima; infatti, una determinata categoria psicopatologica, invece

¹⁰ Traduzione dallo spagnolo di Bernardo Nardi.

di essere univoca e senza equivoci per tutti, sarà strutturata in accordo con ciascuna Organizzazione di Significato Personale (*Organización de Significado Personal*)¹¹ – e ovviamente a seconda di ciascun individuo in particolare – che genera una determinata autopercezione nel mondo (“Io”, “Yo”), riconosciuta autoreferenzialmente come il proprio self (“Me”, “Mí”); in questo modo è possibile assimilare l’esperienza tenendo conto della dinamica della sua medesimezza e della direzionalità ortogenetica che deriva da essa (Guidano, 1994, p. 88).

La direzionalità generativa del ciclo vitale è un processo di assimilazione dell’esperienza immediata che genera ristrutturazioni nell’organizzazione, comportando sempre dei cambiamenti nella percezione della realtà da parte del soggetto, con conseguenti disturbi emozionali (Nardi, 2005; Nardi e Capecci, 2005, 2006; Nardi e Molledo, in stampa).

I sintomi, pertanto, non sono altro che processi conoscitivi che pongono in evidenza intenzioni frustrate di cambiamento (Molledo, 2006; Molledo e Langlotz, inedito 2), dato che non permettono una adeguata assimilazione dell’esperienza immediata da parte dell’autocoscienza, vale a dire, un “Io” che non è stato riconosciuto come viabile da parte del “Me”.

La etiologia, pertanto, va ricercata all’interno del soggetto, nel suo significato personale e non negli eventi esterni, che ipoteticamente genera.

Come è stato riportato specificamente in altri articoli (Oneto e Molledo, 2002), a differenza di come lo intende il razionalismo tradizionale, le OSP sono processi individuali di ordinamento della propria conoscenza e non solo degli elementi semantici del sé. È per questo che la normalità di una data organizzazione o di un determinato contenuto si riscontra nella manifestazione di un processo dinamico, attraverso il quale una OSP consegue una maggiore strutturazione della sua complessità, lungo la sua progressione ortogenetica nel ciclo di vita, mediante alti livelli di flessibilità, elasticità e generatività. Questi livelli organizzativi della conoscenza si trovano, al contrario, compromessi nella struttura di una OSP “psicotica”.

In accordo con questa visione processuale sistemica, tanto la normalità, quanto la nevrosi o la psicosi, non debbono essere considerati come contenuti di coscienza fissi, entità costanti o semplicemente descrittive, ma come *dimensioni di processamento* dinamiche e modificabili della coerenza sistemica di una OSP, che appaiono potenzialmente reversibili, sebbene i loro limiti siano quasi sempre indefiniti (Guidano, 1994, p. 90); pertanto, non esiste alcun contenuto che sia particolarmente specifico di una qualsiasi di queste tre dimensioni di coerenza sistemica.

Come distinzioni di un continuum, una medesima OSP, dipendendo dalle esperienze del proprio sviluppo, può andare dalla normalità alla nevrosi – in conseguenza di una riduzione del grado di astrazione (verso la concretezza) – e alla psicosi, quando il livello estremamente concreto del pensiero determina problemi di integrazione delle dinamiche della medesimezza. Pertanto, nevrosi e psicosi non sono disturbi nel senso classico del termine, ma, come la normalità, differenti forme che può assumere uno stesso pattern di coerenza del significato, in funzione delle attitudini di processamento e di integrazione dell’individuo (Guidano, 1994, p. 91). Questa situazione permette di comprendere meglio tanto le categorie nosografiche definite, quanto quelle incerte.

Dunque, i soggetti la cui OSP effettua un processamento normale, presentano un elevato grado di flessibilità nella conoscenza delle oscillazioni emozionali prodotte dall’esperienza immediata, dispongono di una ampia generatività narrativa rispetto ad essa e possono quindi trovare spiegazioni più globali e astratte, con ipotesi altamente integrate di ciò che accade. Tutto questo si traduce in un livello di autointegrazione del sé che non presenta particolari difficoltà per raggiungere un senso narrativo unitario e globale, per cui un autoinganno medio/basso si traduce in un alto livello di coscienza (un “Me” che riconosce un “Io” come viabile); pertanto, si apprezzano spiegazioni generative che consentono una notevole viabilità del sistema nei propri ambiti sociali, un buon bilanciamento tra affetti e conoscenze in accordo con la storia personale ed una narrazione coerente e senza discrepanze.

Dal punto di vista di un osservatore esterno, non si osservano sintomi clinici, sebbene possano presentarsi difficoltà esistenziali.

¹¹ D’ora in avanti, OSP.

Nel caso di OSP che si trovano ad un livello di processazione nevrotico, è possibile osservare un minore livello di flessibilità rispetto al normale, per cui la persona può *spiegarsi* solo concretamente le proprie oscillazioni, in base alla distinzione fatta in quel momento, dato che il grado di astrazione appare diminuito e la spiegazione dall'attivazione emotiva appare ristretta, per cui si genera una bassa qualità delle spiegazioni¹² e del grado di generatività. Non c'è da meravigliarsi, quindi, che esista un certo sbilanciamento nel rapporto tra affetti e cognizioni.

Sebbene si abbia ancora un senso unitario di sé, il livello di autointegrazione è basso e questo, insieme ad un livello di autoinganno medio/alto, produce un basso livello di consapevolezza, con una *compromessa* viabilità del sistema nel suo contesto, limitata solo a certi domini di esperienza, nei quali la narrazione può apparire adeguata, sebbene in termini generali presenti importanti discrepanze. In questi casi si può osservare un livello più o meno marcatamente nevrotico di sintomatologia.

Nel caso di soggetti con un livello di processazione psicotico, è possibile osservare modalità conoscitive estremamente rigide e poco flessibili, con un alto livello di concretezza, senza generatività autoreferenziale, con spiegazioni marcatamente restrittive e una narrazione poco integrata, con un conseguente precario senso di continuità. In questi casi si osserva un disturbo delle capacità di integrazione¹³, con un livello estremamente basso di consapevolezza, legato ad un elevato livello di autoinganno, una viabilità deteriorata e ristretta, uno sbilanciamento tra cognizione ed emozioni. La sintomatologia in questi casi assume la forma dei disturbi psicotici.

AUTOINGANNO E SINTOMATOLOGIA

"Non esiste conoscenza di sé senza autoinganno"
(Vittorio Guidano)

L'obiettivo centrale di un essere umano è quello di sviluppare un senso stabile di sé stesso e della propria vita in un ambiente esterno dinamico, con un continuo fluire di stati interni e con un progressivo aumento dell'informazione, che facilita una progressione ortogenetica, dalla quale derivano livelli di integrazione della conoscenza intersoggettiva di sé e del mondo, ogni volta più complessi (Quiñones, 1997). L'autoinganno (*autoengaño*, *self deception*) non è un meccanismo di difesa, dato che la sua funzione è quella di mantenere consistenti e stabili gli stati interni e la modulazione emozionale, costruendo un network, una trama narrativa articolata. Pertanto, ciascuna modulazione emotiva, di intensità apprezzabile, *si basa* su una struttura immaginativa e narrativa nella quale le emozioni trovano una espressione, generando pattern ricorrenti e dipendenti di scene prototipiche.

La capacità specifica di autoinganno, che compare intorno ai sei anni a partire dalla strutturazione della capacità di fingere¹⁴, si va facendo più articolata e strutturata a partire dall'adolescenza, come conseguenza dell'emergere del pensiero astratto, che organizza un livello di autoreferenzialità più riflessivo; ne deriva la possibilità di manipolare la propria esperienza immediata fino a produrre emozioni consistenti con il proprio senso di sé. Fino a questo momento, la capacità di autoinganno del bambino è molto ridotta ed il suo senso di sé molto concreto gli permette solo di agire escludendo le emozioni non consistenti con la sua storia e la sua trama narrativa¹⁵.

L'adolescente, inoltre, non solo è più attivo rispetto alla sua capacità di manipolare in maniera più diretta la propria esperienza immediata, ma lo è anche rispetto alla sua trama narrativa, che modifica facendo variazioni, riarrangiando la storia familiare, il contesto, il suo personaggio ed il ruolo specifico all'interno della famiglia. L'adolescente rinegozia quindi il suo ruolo, mette in

¹² Le quali tendono a essere restrittive.

¹³ Con tendenza alla disorganizzazione e alla depersonalizzazione.

¹⁴ La capacità di fingere, che appare ben sviluppata anche negli altri primati superiori, si traduce nella possibilità di immaginare la maniera di essere di un altro (che non necessariamente è corrispondente) e di porsi al suo posto e capire come vede la vita.

¹⁵ Insieme di scene prototipiche che dipendono dal tipo di famiglia e dal metalinguaggio di significato.

discussione la sua storia personale e dà un'altra lettura ad alcuni eventi critici e alle scene prototipiche (Molledo, 2003b).

Come non esiste una coscienza di sé oggettiva, non esiste alcun modo in cui la persona possa vedersi oggettivamente dall'esterno come è "realmente". Pertanto, per articolare con coerenza l'immagine di sé nella continuità della propria vita, la persona compie un'operazione di mantenimento della coerenza interna, basata sulla consistenza (cerca di acquisire un'immagine più articolata, integrata e complessa); *appiana* così le contraddizioni o *altera* (cambia, minimizza o sviluppa) alcuni aspetti della esperienza immediata (Io), in modo che siano più consistenti con la coerenza della propria vita (Me), attraverso l'autoinganno, per cui ogni operazione di coscienza di sé è un'operazione di autoinganno.

Dato che ciascun processo *creativo* della coscienza è autoreferenziale e non è possibile avere un accesso per conoscere *chi* si è, l'autoinganno è essenziale per mantenere l'identità come sistema. La difficoltà deriva dal fatto di non poter differenziare le forme di autoinganno viabili da quelle non viabili, vale a dire, distinguere tra quelle che funzionano e quelle che non funzionano sul piano adattivo.

Pertanto, l'autoinganno è un processo che *appiana* la discrepanza tra il *self* protagonista e il *self* narratore, tra come uno si sente e come uno si percepisce. In questo modo, se l'esperienza modificata dal sé narratore è consistente con il sé protagonista, l'autoinganno è viabile, in quanto permette di mantenere la coerenza¹⁶ e la continuità del sistema. Al contrario, un autoinganno è non viabile e patologico se, nel tentativo di mantenere la coerenza, si perde la connessione tra come uno si sente e come si percepisce.

Tanto se il soggetto ha un livello troppo elevato o troppo basso di autoinganno, presenterà dei problemi. Se il suo livello è molto alto e se ha una bassa capacità di simbolizzazione, egli sperimenterà una completa separazione tra l'esperienza immediata (l' "Io" soggettivo) e l'immagine cosciente di sé (il "Me" oggettivo), arrivando all'estremo di non poter riconoscere ciò che sente, dato che gli risulta difficile connetterlo a come si percepisce, esprimendosi il primo in una coerenza sistemica rigida e in una maggiore comparsa di sintomi psicopatologici. Alla base di un livello di autoinganno alto si incontrano esperienze infantili altamente perturbanti¹⁷ e difficili da controllare; questo fatto spinge il bambino ad orientare le sue capacità cognitive ed emozionali a mantenere le perturbazioni ambientali al di fuori del campo di coscienza, per cui articola con difficoltà la propria trama narrativa; essendo più concreto e meno astratto, ogni volta può controllare sempre meno le nuove esperienze perturbanti, essendo costretto a mantenerle al di fuori della consapevolezza.

Da parte sua, se il livello di autoinganno è troppo basso ed esiste una elevata capacità di simbolizzazione, il soggetto è capace di riferirsi la totalità della sua esperienza immediata, il che interferisce con la capacità storica individuale, dato che si perde la visione integrativa dovuta alla concentrazione nei dettagli autoreferenziali.

Inoltre, questo significa che è esposto al rischio di tendere ad assimilare molti dati e, pertanto, a maneggiare una complessità molto maggiore di quella per cui è preparato, il che richiede uno sforzo significativo, situazione che si incontra alla base di molti problemi esistenziali.

Il livello medio di autoinganno si incontra in un punto intermedio tra ambedue le polarità, "dove le discrepanze tra l' "Io" e il "Me" sono in equilibrio, e la narrativa sul sé risulta uno strumento adeguato per riconoscere il flusso emozionale ed operare efficacemente nell'ambiente intersoggettivo" (Molledo, 2002a p. 73).

Per mantenere la continuità della storia personale e del senso di sé, di fronte ad una serie di eventi potenzialmente minacciosi che non possono essere prevenuti e che accadono a dispetto della volontà del soggetto, quest'ultimo deve rileggersi e riraccontarsi questa storia alla luce di quanto è

¹⁶ A differenza della visione razionalista, la coerenza non è in rapporto con la ricerca di una consistenza logica, ma con la ricerca di continuità della propria storia e con il mantenere stabile il flusso emozionale (aspetto basilico di ciascuna OSP). Con una trama narrativa ben ordinata, il flusso emozionale è più stabile e non presenta oscillazioni perturbanti.

¹⁷ Esperienze di abbandono, separazione, rifiuto, richieste irrazionali da parte dei genitori, etc.

accaduto, *attualizzando* la propria continuità narrativa. La persona, quindi, va soggetta ad un doppio ruolo, quello di essere a volte protagonista, altre volte narratrice (Molledo, 2006; Molledo e Langlotz, inedito 2).

Il protagonista vive l'immediatezza direttamente, motivato ad essere; il narratore, da fuori, apprezza le conseguenze sull'immagine di sé, con una attivazione emozionale distinta, molte volte discrepante rispetto a quella con cui si vive in prima persona.

In questo spazio tra *self* protagonista e *self* narratore compaiono i processi di autoinganno, dato che, come ciascun atto di coscienza di sé è sempre un atto di autoinganno, nessuno si narra la propria storia cercando la verità senza ricercare consistenza e conferme e senza appianare le contraddizioni e le discrepanze che percepisce.

In accordo con Molledo (2002a p. 73) "il sistema individuale, per il suo autoriconoscimento interno, assimilerà una maggiore o minore quantità di informazione rispetto alla propria esistenza dipendendo dal livello di autoinganno che mette nell'istante in cui percepisce la discrepanza".

In altre parole, di fronte a qualsiasi esperienza immediata, ciascuna OSP ha due alternative. Una alternativa è progressiva, in quanto è in grado di integrare questo evento nella propria trama narrativa e di incrementare la propria complessità ortogenetica individuale e la capacità di spiegare esplicitamente le attivazioni emozionali del livello conoscitivo tacito.

La seconda è molto più regressiva ed è quella che si incontra alla base delle manifestazioni psicopatologiche, attraverso l'esclusione o la distrazione dei diversi elementi della esperienza immediata mediante la mediazione dell'autoinganno, rimanendo fuori dalla trama narrativa dell'individuo.

In questo modo, il sintomo appare come la modalità che il sistema *utilizza* per ristabilire la propria coerenza e il proprio senso di unicità e di continuità, esternalizzando l'esperienza perturbante che supera la sua capacità di analisi (Zagmutt e Ferrer, 2003). Il sintomo è, quindi, una modalità di spiegarsi e di ricomporre una discontinuità percepita.

Pertanto, in accordo con Molledo (2004), i sintomi specifici comportano una restrizione del significato del sistema personale, dato che riflettono l'impossibilità di assimilare e mantenere coerente l'informazione proveniente da distinte dimensioni dell'esperienza della persona con l'immagine consapevole di se stesso.

I sintomi si formano in base alla modalità in cui il sistema vive e processa l'informazione discrepante e perturbatrice, ricavata dall'esperienza e non decodificata parzialmente o totalmente, in accordo con le modalità normali, nevrotiche o psicotiche.

Dato che questo modo di analizzare i contenuti è diverso in ciascuna OSP, la qualità e la struttura del sintomo dipenderanno dalla modalità in cui si organizza l'esperienza in ciascuna OSP.

La presenza della sintomatologia offre informazioni sulla qualità esperienziale del sistema nel suo contesto. Un'analisi concreta, un ordinamento autoreferenziale rigido e una narrativa *povera* nelle distinzioni esperienziali, indicano che l'individuo non riesce a decodificare la sua esperienza immediata ed emotiva (Quiñones e Zagmutt, 1996).

In accordo con Oneto e Molledo (2002), risulta imprescindibile "assumere un'ottica evolutiva nella comprensione del comportamento umano (tanto nelle sue manifestazioni adattive quanto in quelle psicopatologiche), dato che solamente attraverso la ricostruzione della continuità e della coerenza dei processi di sviluppo è possibile apprezzare come questi processi diano luogo a specifiche organizzazioni cognitive individuali, e come tali organizzazioni si scompensino, potendo produrre, nel corso del ciclo di vita individuale, quei particolari quadri psicopatologici che definiamo come disturbi clinici".

In conclusione, dato che è importante per la persona non avere grandi discrepanze nella decodificazione del processo tra l'Io e il Me, sono proprio le informazioni escluse come discrepanti, non assimilabili nella narrativa cosciente del sistema, che si incontrano alla base dei disturbi clinici.

Quadro riassuntivo dei diversi livelli di processazione

Variabili/Modalità	Normalità	Nevrosi	Psicosi
Flessibilità	Flessibile	Minore flessibilità	Rigida
Generatività	Generativa	Meno generativa	Generatività assente
Astrazione / Concretezza	Astrazione	Tendenza al Concreto	Concretezza
Autointegrazione	Alta autointegrazione	Senso unitario, ma con meno autointegrazione	Disturbo della autointegrazione
Livello di coscienza	Alto, Livello basso di autoinganno	Minore, Autoinganno medio-alto	Molto basso, Autoinganno alto
Qualità delle spiegazioni	Spiegazioni generative	Tendenza restrittiva	Restrittiva
Viabilità del sistema	Adeguate	Viabilità limitata	Totalmente ristretta
Stile del vincolo	Bilanciato	Sbilanciato	Anti-integrazione
Narrazione	Coerente	Discrepanze importanti	Poco integrata
Riconoscimento	Presente	Presente	Assente
Referenza esplicativa	Presente	Assente	Assente
Sequenzializzazione temporale	Sempre presente	Presente e diminuita	Diminuita severamente o assente
Sequenzializzazione tematica	Sempre presente	Presente	Diminuita o assente
Sequenzializzazione causale	Sempre presente	Presente e diminuita	Diminuita severamente o assente

Schema tratto da Molto (2004), basato e modificato da Guidano (1994), Molto (2002a), Guidano e Quiñones (2001), Quiñones (1997, 2000).

BIBLIOGRAFIA

Arciero G., Guidano V.F.: Esperienza, Spiegazione e la Ricerca della Coerenza. Recuperato l'11 Novembre 2003, IPRA (www.ipra.it), Roma, 2003.

Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Torino: Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992..

Guidano V.F., Quiñones A.: El modelo cognitivo postracionalista. Bilbao: Desclée de Brouwer, Bilbao, 2001.

Molto Peretti A.: Percepción de Sí Mismo en Hombres con Disfunción Eréctil: una visión desde la perspectiva Cognitivo Procesal Sistémica de Vittorio Guidano. Terapia Sexual, V(1), 65-99, 2002a.

Molto Peretti A.: Ansiedad y Estilo Afectivo en las Organizaciones de Significado Personal. Terapia Sexual, V(2), 13-33, 2002b.

Molto Peretti A.: Estilo Afectivo y Ansiedad en el encuentro emotivo y sexual con el otro. In: Nardi B., Brandoni M. (Eds.), Psicopatología dell'Ansia ed Epistemologia Cognitiva. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002c.

Molto Peretti A.: La Reconstrucción del Estilo Afectivo. Terapia Sexual, VI(1), 23-35, 2003a.

Molto Peretti A. (2003b) Le sfide psicosessuali nell'adolescenza. In: Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.), Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2003b.

Molto Peretti A.: Más allá de la nosografía: la visión Cognitivo Procesal Sistémica del Síntoma. Psicoperspectivas (Chile), III, 2004.

Moltedo Perfetti A.: Manifestazioni autoaggressive dell'adolescente. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.), *Approccio all'Adolescente Difficile*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2005.

Moltedo Perfetti A.: Procesos de la mantención de la identidad: entre la continuidad y el cambio. *Psicoperspectivas*, V, 2006.

Moltedo Perfetti A., Langlotz S.: Die Organisationsformen der Persönliche Significanz (O.P.S.) von Vittorio Guidano: Ein Erklärungsschlüssel der menschlichem Erfahrung (inedito 1).

Moltedo Perfetti A., Langlotz S.: Erhaltungsprozesse der Identität: Zwischen der Kontinuität und der Veränderung (inedito 2)

Nardi B.: Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo. *Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B.: La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, III, 95-127, 2004.

Nardi B.: Valenze adattive dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 16 (8/1), 30-47, 2005.

Nardi B., Capecci I.: Contributo per una lettura evolutiva e adattiva delle organizzazioni di significato negli stili di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 17(9/2), 34-52, 2005.

Nardi B., Capecci I.: I processi di organizzazione degli stili di personalità e le basi dell'unicità personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 18(10/1), 48-83, 2006.

Nardi B., Moltedo Perfetti A.: Rol de la relación de reciprocidad en el desarrollo de las diversas Organizaciones de Significado Personal. *Psicoperspectivas* (in stampa).

Oneto L., Moltedo A.: Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano. Una llave explicativa de la experiencia humana. *Psicoperspectivas*, I, 83-91, 2002.

Quiñones A.: Significado Social y Viabilidad Emocional Narrativa. In: Franklin F., Nabuco C. (Eds.), *Constructivismo em Perspectiva: Implicaciones Teóricas e Prácticas para la Psicoterapia*. Artes Medicas do Sul, 1997.

Quiñones, A (2000) Organización de Significado Personal: una estructura hermenéutica global. *Revista de Psicoterapia*, XI(41), 11-33, 2000.

Quiñones A., Zagmutt A.: El Síntoma como Distinción Autorreferencial. *Revista Terapia Psicológica*, 25, 1996.

Schicksal S.L.: *Das schaffen wir*. Münster, 1978.

Zagmutt A., Ferrer, M.: Los trastornos de la alimentación. Recuperato l'11 Novembre 2003, www.cetepo.com.ar.

VARIAZIONI DELL'UMORE, EMOZIONI E INTERVENTO CLINICO: ALCUNE INDICAZIONI DAL MODELLO POST-RAZIONALISTA

In questa relazione evidenzierò alcuni fenomeni collegabili all'andamento del tono dell'umore che si evidenziano in una psicopatologia "esplicativa" di tipo costruttivista post-razionalista. Farò riferimento alle lezioni dell'ultimo Guidano (Guidano, 1999), aggiungendo alcune osservazioni tratte dalla mia esperienza clinica.

L'andamento del tono dell'umore, gli stati d'animo che colorano la vita, sono direttamente connessi alla modulazione del mondo emotivo della persona. E' importante, in una psicoterapia post-razionalista, abituare la persona a familiarizzare con la conoscenza del proprio mondo emotivo e con le sue variazioni nel tempo, finalizzando questa conoscenza a quelle variazioni che sono collegate con lo scompenso emotivo che ha provocato il disturbo. Si procede mettendo a fuoco "l'effetto che fa" alla persona sperimentare quel tipo di andamento o di variazione affettiva, ricostruendolo con il soggetto "dall'interno", dal suo punto di vista, a partire da quello che gli accade, passando attraverso gli scenari immaginativi, i ricordi, fino al tono emotivo che fonda il suo "significato personale".

La possibilità, per il paziente di cogliere il significato (**riconoscibilità**) varia :

- a seconda delle capacità di astrazione narrativa e di integrazione proprie di quella persona (aspetto individuale o intra-soggettivo).

- a seconda di come il tipo di relazione instaurata è in grado di "perturbare affettivamente" il soggetto in modo da rendergli possibile l'assimilazione e la riconfigurazione narrativa di nuovi elementi di esperienza (livello relazionale o inter-soggettivo).

La significatività ed il peso di ciascuna di queste due variabili è strettamente collegata ma tuttora aperta alla ricerca. In un andamento di vita, sia normale che patologico, il fluire della vita emotiva influenza le variazioni del tono dell'umore con un andamento temporale diverso. Possiamo distinguere questo andamento in tre livelli, differenti sia per le loro *caratteristiche temporali*, sia per la loro *riconoscibilità per il soggetto*.

PRIMO LIVELLO. Variazioni del tono dell'umore cicliche "di lunga durata"

Sono quelle fluttuazioni dell'umore lunghe, lente e graduali che hanno la durata di settimane o mesi, in cui c'è una oscillazione lenta che raggiunge un apice e poi scende.

Queste oscillazioni da una parte possono essere "idiosincrasiche" ovvero possono corrispondere con caratteristiche temperamentali (ad es. di tipo genetico) difficilmente esplorabili ed utilizzabili in un ambito psicoterapeutico.

Dall'altro hanno un contenuto specificamente legato alla fase di vita, alle specifiche situazioni di vita che l'individuo attraversa.

L'ottimismo e il pessimismo, il sentirsi felici o infelici, euforici o depressi possono essere collegati al contenuto specifico della fase di vita della persona, all'andamento delle relazioni significative (al suo rapporto con i figli, al rapporto con la moglie), a come va il lavoro, ad un incontro con una persona che non si vedeva da tanti anni...

La **riconoscibilità** di questi stati è possibile senza molto sforzo con un lavoro di auto-osservazione, perché ha un contenuto, è derivabile da quello che è accaduto.

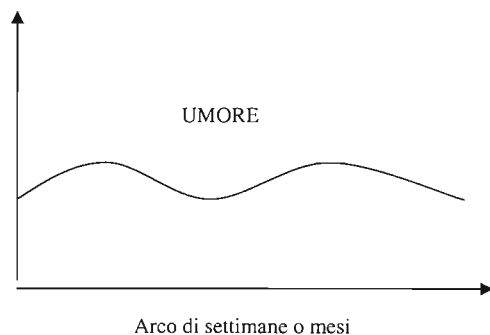


Fig. 1

SECONDO LIVELLO. Variazioni del tono dell'umore quotidiane, "modulazione emotiva" o "tratti emotivi".

E' la modulazione emotiva provocata da emozioni che oscillano nell'accadere nell'intera giornata. E' una oscillazione continua del Sé, una attitudine emotiva stabile che comunica al soggetto un senso di *familiarità* in continuità col senso di sé, anche quando è provocata da emozioni negative o spiacevoli. Tutti riconosciamo come nostro aspetto caratteristico certi *stati d'animo*: in certe circostanze diventiamo tesi o ci arrabbiamo, in altre proviamo tristezza o nostalgia: sono "emotional traits", tratti ricorrenti che fanno parte della qualità specifica della trama narrativa che ci accompagnano da sempre. Evidente anche il legame di essi con i temi di significato personale.

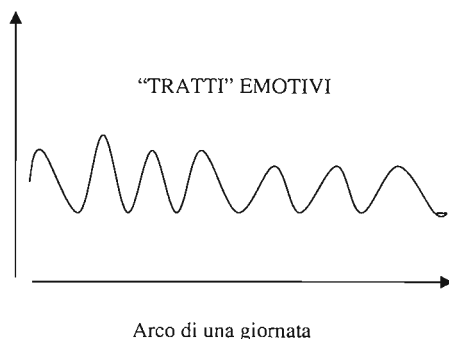


Fig. 2

Riconoscibilità. Anche i tratti emotivi sono abbastanza riconoscibili al soggetto (familiarità) in quanto si accompagnano a due aspetti che sono contemporaneamente presenti nella persona:

1) una disposizione fisica, corporea, che il soggetto può avvertire, corrispondente all'emozione attivata nella situazione (es. la tensione provocata dalla paura). La disposizione è affrontarla o fuggire, e questa disposizione si accompagna ad un'attivazione motoria e neurovegetativa corrispondente.

2) a questa disposizione corporea si accompagna sempre uno scenario immaginativo corrispondente (es. scenari di pericolo). Guidano sottolineava l'importanza, nella psicoterapia di distinguere queste due componenti sempre co-presenti.

"C'è sempre da tenere presente, e va sottolineata sempre con i pazienti, questa corrispondenza che c'è tra emozioni e immagini. Praticamente non c'è emozione senza immagine e non c'è immagine senza emozione. E direi che l'immaginazione è sempre quella che forma il contenuto delle emozioni. Bisogna stare attenti a tenerle ben distinte perché, a volte, i pazienti non sono abituati a questo. A volte, anche quando ci esercitiamo fra noi, è il terapeuta che si confonde e non fa caso a questa differenza in un paziente che ha paura. Stiamo ricostruendo una scena in cui lui aveva paura, e gli si chiede: "in quel momento a cosa pensavi?" "Niente, non pensavo a niente". Spesso c'è questo rimanere in sospeso perché quelli che passano sono scenari immaginativi (non pensieri) che comunque vanno fatti mettere a fuoco con pazienza. Spesso sono scenari immaginativi sfocati, frammisti gli uni con gli altri, alcuni si riferiscono ad episodi passati, altri ad immagini future improbabili. Fare attenzione allo scenario immaginativo e' fondamentale." (Guidano, 1999)

Naturalmente i tratti emotivi sono quelli che più vengono modulati in base alle caratteristiche del proprio significato personale. Vorrei qui sottolineare, all'interno delle molteplici modalità con cui in ogni organizzazione può declinare questa modulazione, una specifica modalità caratteristica delle organizzazioni "outward" tipo D.A.P. L'attenzione continua e costante al giudizio esterno e al contesto del momento può provocare dei cambiamenti continui di atteggiamento che possono essere percepite dall'osservatore come variazioni continue ed "imprevedibili" del tono dell'umore.

Guidano ha chiamato queste variazioni **reazione bifasica**. Essa corrisponde ad una unità scenica divisa in due tempi: la prima in cui la persona cerca di presentare un atteggiamento "demarcato" dall'interlocutore, la seconda in cui repentinamente aderisce al suo (dell'interlocutore) punto di vista senza soluzione di continuità (o viceversa). Ciò si può tradurre, appunto per l'osservatore, in un cambiamento immotivato, e quindi ascrivibile ad un cambiamento biologico (es. di neurotrasmettitori). Nosograficamente questo può corrispondere ad alcune forme del disturbo bipolare a cicli ultra-rapidi.

E' interessante, ai fini terapeutici, notare come tali variazioni siano solo lievemente perturbanti per il soggetto, mentre colpiscono molto l'osservatore. Per il soggetto è naturale modularsi così, gli permette di avere un senso di continuità, visto che tende a "percepirsi dall'esterno", dal modo con cui lo vedono gli altri. Per lui questa variabilità è normale! E' "ipseità".

Per l'osservatore invece, il considerare tale oscillazione una modalità particolare per un soggetto D.A.P. di mantenere la sua coerenza sistemica, permette di dosare gli interventi terapeutici a secondo della fase, della strategia e del livello di affidabilità della relazione.

Alcuni esempi. In alcune forme di Disturbi di Personalità di tipo borderline, corrispondenti in un'ottica esplicativa post-razionalista ad organizzazioni tipo D.A.P., la reazione bifasica si manifesta con il rapido mutare sentimenti, atteggiamenti, comportamenti, in base a quanto la persona percepisce accadere nell'ambiente circostante (pensiamo dentro un Centro Diurno o nello SPDC o in una interazione coi familiari) o semplicemente da una osservazione, una "battuta" del suo interlocutore: si va così dall'accondiscendenza più completa all'oppositività più spinta. La stessa cosa accade ad esempio nella terapia delle anoressiche o bulimiche gravi, ove anche uno sguardo può provocare un repentino cambio di attitudine della persona... Nella mia esperienza il tener conto di questo evento ha permesso in molti casi la possibilità di non dover interrompere il setting per interventi più pesanti di tipo istituzionale, ed ha rappresentato una occasione per lavorare con la persona sulla messa a fuoco di questa modalità.

TERZO LIVELLO. Variazioni del tono dell'umore rapide, improvvise e imprevedibili. Stirrings o emotional episodes.

Sono attivazioni emotive forti che irrompono improvvisamente nella vita della persona, in maniera del tutto imprevedibile per lui, "a picchi", interrompendo il flusso ordinario dell'umore, del pensiero e

a volte della coscienza, creando ad esempio la sensazione di “nodo alla gola”. Si inseriscono nella sottostante attivazione emotiva sia di Emotional Traits che di Tonalità cicliche dell’umore. Gli stirrings sono attivati da eventi apparentemente casuali, oppure da pensieri o da immagini, col risultato di produrre questa attivazione emotiva intensa, nella quale grappoli di sequenze di episodi si collegano tra loro. Lo stirring è caratterizzato dalla ricombinazione: si ricombinano delle particolarità percettive (ad esempio, vedendo una persona per strada), con una serie di immagini diverse (ad esempio un’immagine che rimette a fuoco aspetti di vita che la persona non aveva mai visto prima), con ricordi, e tutto questo attiva e accompagna l’emergenza di una emozione nuova. Gli stirring durano pochi secondi ma ad essi segue un riverbero di immagini, di sensazioni, di emozioni che può durare invece a lungo.

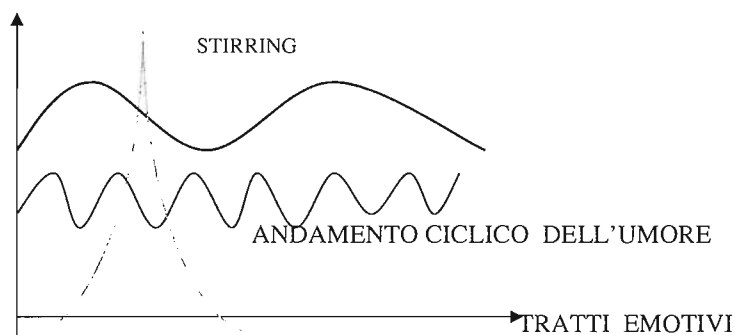


Fig. 3

Riconoscibilità. Il problema degli stirrings è che sono difficilmente riconoscibili e derivabili, nel momento che accadono, anche per le persone con un maggior grado di astrazione narrativa.

Gli stirrings sono alla base della creatività, così come della psicopatologia. Era probabilmente uno stirring quello che ha prodotto in Leopardi l’ispirazione del “Colle dell’Infinito”, poesia nella quale ha saputo condensare metaforicamente, a partire dall’interruzione della prospettiva prodotta da un cespuglio, il senso dell’infinito e del corredo di emozioni di perdita e di nostalgia...

In psicopatologia gli stirrings sono alla base dell’emergenza di molti scompensi psichici acuti sia di tipo nevrotico che psicotico. Guidano faceva spesso l’esempio dell’ “uomo dell’ascensore” che era un esempio tipico di stirring che innescava un senso di discontinuità tipico dell’organizzazione fobica. L’esempio spiega proprio come funzionano gli stirring.

Lui era un fobico che aveva una situazione matrimoniale con la moglie in crisi, stagnante, quasi di “non rapporto”, senza che se lo fossero mai detto. Non si vedevano mai: lui faceva l’ingegnere in un grosso centro di....., usciva la mattina alle 8 e tornava la sera alle 9. Quando tornava a casa trovava tutto spento, la moglie stava a letto col figlio, per cui lui dormiva in un’altra stanza. Quindi aveva queste serate dove viveva in penombra, mangiava la cena fredda che la moglie gli aveva lasciato. Apparentemente tutto procedeva in questo modo, senza che lui sentisse particolari insoddisfazioni se non per il lavoro che lo prendeva troppo. L’evento accadde un mese prima del primo attacco di panico. Si era attardato in laboratorio, stava al quinto piano con dei colleghi, e si blocca l’ascensore per 30-40 secondi tanto che non c’era stato neanche il tempo di preoccuparsi, giusto il tempo di fare 2 o 3 battute fra di loro. Lui però noterà, da buon Fobico, che le porte di questo ascensore erano ermeticamente chiuse... comunque finisce lì. La “crisi” si verifica un mese dopo esatto, quando lui sta a casa sua in penombra a mangiare la cena fredda. Improvvisamente gli viene in mente l’immagine di ricombinazione della trama narrativa. Lui si vede le porte dell’ascensore e si chiede: “Che differenza c’è fra casa mia e l’ascensore? Nessuna. Da tutti e 2 i posti non si esce fuori!” E gli viene una grossa attivazione emotiva, un attacco di panico e pensa

che sta diventando pazzo. Questo evento ordinario di vita (quello dell'ascensore) è rimasto a riverberare per un mese, dopo di che lui ha creato la tipica astrazione narrativa che casa sua era come un ascensore, non si poteva uscire fuori. Lui stava in quella situazione di stallo matrimoniale da 5-6 anni, ed era come se l'ascensore gliela avesse "coagulata", gli avesse dato l'immagine. (Guidano, 1999)

Lo stirring, abbiamo detto, riverbera a lungo e in questo riverbero può determinare uno stato d'animo particolare, in genere inquietante, o addirittura una sintomatologia clinica, ma può non raggiungere mai un livello di consapevolezza tale che sia riconosciuto dal soggetto. L'impossibilità di dargli una forma narrativa, ad esempio all'interno di una relazione terapeutica, può "congelarlo" in un "sintomo" non affrontabile.

Un paziente di 43 anni conosciuto da me nel Servizio pubblico, che vidi dopo due anni dall'esordio di una sintomatologia fobica, con attacchi di panico, aveva sviluppato un vero e proprio delirio ipocondriaco, la convinzione di avere un tumore, ed era già trattato con neurolettici. Il disturbo era iniziato all'improvviso, mentre era in vacanza con la moglie: sportivo, si sentì male dopo una faticosa corsa in bicicletta. Ricorda bene l'episodio che lo ha colpito "senza preavviso", una attivazione somatica fortissima con paura di morire, la cui intensità riverbera ancora nella sua mente. Il tentativo di ricostruire la scena, di scomporla nelle sue parti di immagini, sensazioni, ricordi, considerazioni, e di collegarlo con le evidenti modificazioni avvenute in quel periodo nella sua vita (perdita delle competenze lavorative e allontanamento affettivo della moglie) non produce alcun risultato, e il paziente rimane fermo nella sua "concreta" convinzione di una malattia incurabile.

Sappiamo ancora poco sugli stirrings. È possibile che l'attivazione di scene emotivamente pregnanti e con significati unitari "metaforici" connessi ai temi di significato e alla fase di vita che la persona sta attraversando sia più complessa e passi per più di un singolo episodio, come anche dimostra l'esempio dell'uomo dell'ascensore, e come sembra dimostrare questa mia esperienza clinica, dove la possibilità di un intervento tempestivo e della creazione di una stabile relazione di fiducia ha permesso un esito diverso.

La paziente aveva esordito con una depressione post-partum caratterizzata da allucinazioni a carattere aggressivo verso la seconda figlia neonata (una voce che le diceva di ucciderla, fortemente contrastata dalla paziente stessa). Durante la psicoterapia che avevo instaurato subito, con l'uso di basse quantità di neurolettici (presto sospesi) e la collaborazione del marito (per cui era stato possibile evitare il ricovero), la paziente aveva riconosciuto l'appartenenza al Sé del fenomeno allucinatorio, e l'importanza della propria aggressività all'origine di questi impulsi incontrollabili. Ma era rimasta una dicotomia tra un Sé cattivo, influenzato dal demonio, e un Sé buono sostenuto da Dio, che riteneva all'origine del suo comportamento.

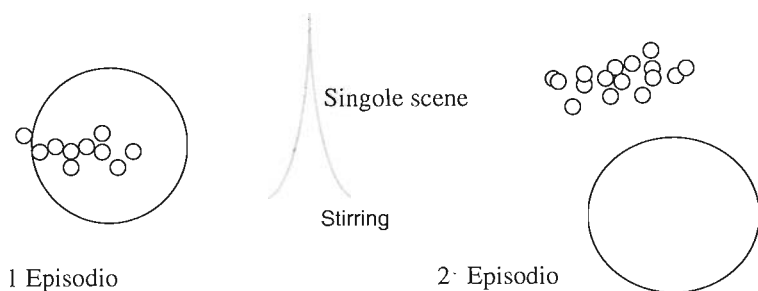


Fig. 4

*In una fase avanzata e non più sintomatica della terapia, mentre la paziente sta esplicitando sempre più chiaramente una difficoltà relazionale col marito, con difficoltà a regolare la propria aggressività nei confronti di lui, richiesta dal terapeuta di descrivere retrospettivamente l'inizio e l'andamento della sintomatologia psicotica, la paziente, dopo aver raccontato l'andamento dei fenomeni allucinatori nei confronti della figlia, parla improvvisamente di una **trasformazione** avvenuta dentro di lei nei confronti dell'acqua e del mare. E' una paura immotivata che lei non si riesce a spiegare perché l'acqua le è sempre piaciuta, anzi uno dei momenti più piacevoli della sua vita è sempre stata la traversata in mare che faceva dalla Sardegna al "Continente" e viceversa. A questo punto collega spontaneamente due ricordi.*

Il primo è relativo ad un periodo antecedente di alcuni anni la crisi psicotica, un periodo in cui già emergono dei dubbi sulla consistenza del rapporto affettivo col futuro marito. Il ricordo è questo: mentre fa pulizia in una grande casa, ove lavora come cameriera, si trova di fronte la piscina e prova l'impulso, che riesce a frenare con difficoltà, di gettarsi dentro.

Il secondo ricordo le emerge mentre sta viaggiando sul traghetto che la riporta a casa dopo una visita ai genitori in Sardegna. E' il primo viaggio che fa dopo la crisi psicotica, per andare a trovare i familiari in Sardegna: durante il viaggio, riferisce, aveva confessato al marito di avere avuto alcuni "ragazzi" in Sardegna prima di sposarlo. Negli spostamenti che fanno sull'isola il marito, geloso, le chiede insistentemente, ad ogni paese che attraversavano, "E qui chi hai avuto, e qua?". Al ritorno, in traghetto, lei avverte improvvisamente quella paura inspiegabile dell'acqua, che aveva già provato la prima volta della piscina, che in realtà è la paura "auto-aggressiva" di gettarsi e sparire in essa. Da allora per lei il viaggio in traghetto si trasforma in un inferno insopportabile, quando prima era sempre stato un momento di piacere e di libertà.

La **trasformazione** di cui parla è in questo cambiamento irreversibile e repentino del senso di sé, che può essere esplicitato e riconosciuto all'interno di un rapporto intersoggettivo che la paziente sente affidabile. Come se quel materiale emotivo (in particolare l'aggressività) fosse lì, a fluttuare, pronto a dispiegarsi nelle sue articolazioni, e a divenire un tema per lei riconoscibile e "narrabile" solo quando il lavoro terapeutico le offre quella trama che riaccoglie emozioni non integrabili, pezzi di esperienza emotiva rimasti non collegati, ma tuttora vivi e presenti nel senso di Sé. Da notare che la paziente ha raccontato, spontaneamente e senza alcuna sollecitazione da parte mia, questi due episodi come se fosse pronta *in quel momento della terapia* a reintegrare nella sua esperienza questi raggruppamenti tematici ad alta funzione innovativa sulle dinamiche "organizzative" e affettive in corso (sta infatti attivamente affrontando il rapporto col marito).

BIBLIOGRAFIA

Guidano V.F.: Lezioni di training (1999) non pubblicate.

Monica De Marchis, Toni Fenelli

METODOLOGIE D'INTERVENTO DEI DISTURBI DELL'UMORE: UN APPROCCIO POST-RAZIONALISTA

LO SPUNTO DI RIFLESSIONE SI MUOVE A PARTIRE DALL'AUMENTO DELLE DIAGNOSI DI DEPRESSIONE

Nella società contemporanea assistiamo ad un allarme depressione. L'OMS considera il disturbi depressivi una vera e propria emergenza. La stima prevede che nel prossimo decennio sarà una delle patologie più diffuse tra la popolazione; ne indica anche un aumento soprattutto tra le fasce giovanili e adolescenziali.

Molte persone si definiscono depresse, molti operatori producono generiche diagnosi di depressione. Il contesto culturale e scientifico denuncia l'aumento allarmante dei disturbi depressivi e gli specialisti assecondano tale visione, in un circolo di reciproco rinforzo, in cui si continua a porre attenzione al sintomo e non al significato.

Sembra non esserci spazio per la tristezza, per la malinconia, per le esperienze di lutto, per il cordoglio. E sempre più il disagio umano sembra diventare una mera faccenda medica, farmacologica, commerciale.

E' per questo che ancora oggi appare quanto mai interessante ed attuale la prospettiva teorica e clinica dei contributi di Vittorio Guidano. La sua opera si basa su un modello unitario animato da una insopprimibile curiosità antropologica dell'esperienza umana. Tale modello che necessita della linfa vitale di continui aggiornamenti e nuovi contributi, non è mai rimasto incagliato nelle fascinazioni dello sterile filosofare la psicopatologia, ma sempre ha tentato di affiancare la **comprensione** alla **cura**, nutrendo entrambe queste sponde di continui rimandi.

QUALE OPPORTUNITÀ CI FORNISCE L'APPROCCIO POST-RAZIONALISTA

- La possibilità di far riferimento alla matrice culturale e biologica dell'esistenza umana permette di render conto dell'esperienza incarnata, sempre immersa nella **intersoggettività**. In tal senso risulta di fondamentale importanza una certa concezione dell'individuo. Individuo che vive si rapporta ad una collettività, è in continua relazione e scambio con il contesto sociale e culturale nel quale è immerso e in cui possono prodursi disagi. Ma in tale contesto è immerso anche l'osservatore di quel disagio che è quindi anch'egli un osservatore sempre storicamente collocato. Questo far sempre riferimento alla matrice culturale e biologica dell'esperienza umana ci permette quindi di non commettere l'errore di ritenere la diagnosi psichiatrica come l'evidenza scientifica, e quindi "**oggettiva**" di un disagio che esiste al di fuori dell'osservatore. Errore figlio di una impostazione riduzionista-razionalista che privilegia la **categorizzazione** dei sintomi piuttosto che la comprensione di chi li produce; impostazione che continua a cercare di comprendere l'essere umano e la sua storia attraverso approcci di spersonalizzazione, che utilizzando procedimenti e tecniche che guardano ai singoli elementi, ai "pezzi" non possono tener conto dell'**unità della persona**. Così le pratiche cliniche che ne derivano abbondano di tipi e sotto tipi di tecniche specifiche, trattamenti differenziati, commistioni di vari modelli di intervento in nome della integrazione ma che spesso appare come una vana risposta ad una segmentazione del fenomeno umano.

- Un approccio post-razionalista, così sempre attento alla costruzione della **identità personale**, permette una lettura della **contemporaneità** e delle sue declinazioni ponendo al centro dell'attenzione la portata della rivoluzione tecnologica e delle sue conseguenze sulla coscienza. Ci permette di interrogarci sulle derive psicopatologiche in un diverso modo di osservare e interrogare l'epoca contemporanea. A partire dalla metà del secolo scorso siamo entrati in quella fase post-industriale la cui cultura viene da alcuni definita come **post-moderna**. Il panorama di riferimento psicologico sociologico e filosofico vede tra i suoi maggiori rappresentanti Gergen, Reisman, Lyotard, Vattimo. E' un passaggio che possiede delle caratteristiche di una vera e propria rivoluzione e che avvia cambiamenti estremamente complessi e soprattutto rapidi. Cambiamenti che si riflettono sul nostro modo di rapportarci al sapere, a rapportarci con la dimensione temporale e spaziale, a nuove prassi di condivisione sociale. Rivoluzione che propone nuove domande. Ad esempio quale rapporto può esistere tra la dimensione temporale che va mutando nella nostra epoca e la esperienza depressiva? Quale collocazione può avere l'emozione della tristezza, per sua natura lenta, in un tempo veloce come il nostro? In cui ciò che non è rapido sembra riguardare ambiti marginali e patologici della esistenza. O ancora l'aumento vertiginoso dei casi diagnosticati come disturbi depressivi è così tanto, automaticamente, sovrapponibile all'evidenza di una deriva psicopatologica caratteristica della nostra cultura contemporanea? Nella cultura contemporanea, se siamo attenti ai significati e non ai sintomi, se teniamo al centro della nostra indagine il modo in cui l'identità riguarda anche il modo in cui riconfiguriamo e raccontiamo il nostro emozionarci, la deriva psicopatologica sembra riguardare prevalentemente disagi relativi all'incertezza, alla precarietà. A quel venir meno per citare Lyotard "delle grandi narrazioni". Il disagio sembra essere in relazione a richieste di velocità, mobilità ricercate e sollecitate dall'uso delle tecnologie. I temi così sembrano riguardare la molteplicità delle prospettive, le crisi di identità. La **simultaneità** sembra sfidare la **consequenzialità** del racconto autobiografico. Cambiano aspetti profondi del nostro essere e del nostro emozionarci. L'uso delle tecnologie sollecita profonde trasformazioni e richiede un tipo di comunicazione caratterizzata dalla globalità, dalla simultaneità, dall'assenza di fisicità, dalla velocità. Ciò di cui ci parla questo universo post-moderno, se sappiamo ascoltarlo, riguarda l'**assottigliarsi** e perfino il venir meno dei limiti, e dei confini che l'**identità**, almeno finora, sollecitata a costruire per definire la propria individuazione. Inoltre all'interno dell'universo mediatico la centralità degli aspetti relativi all'immagine, dell'apparire, stimolando una profonda ricerca di continue metamorfosi come i giochi di simulazione e di costruzioni interattive di universi mediatici, sollecita e soddisfa al tempo stesso, profondi bisogni di fingersi e sentirsi qualcun altro, in un rimando continuo di pluriidentità.
- La centralità posta al significato personale, l'attenzione ai temi dell'identità personale, della regolazione emozionale, rende possibile poter distinguere le differenze sostanziali che esistono tra una reazione depressiva e una personalità depressiva così da orientare adeguatamente l'intervento terapeutico. La continuità tra le dimensioni di normalità nevrosi e psicosi permette di riconsiderare l'esperienza depressiva non come sintomo reificante uno stato di malattia, ma come espressione fisiologica della densità dell'esistenza umana.

CONCLUSIONI

L'opera di Vittorio Guidano fa della comprensione e costruzione del significato personale uno degli elementi centrali della sua opera. Le riflessioni su questo aspetto ci conducono, in questi anni a porre una sempre maggiore, in accordo con il pensiero costruttivista, alle caratteristiche e differenze tra un discorso in 1^a persona e un discorso in 3^a persona.

La **sfida generativa**, quando non ci si sottrae dal prendere in carico la sofferenza, si situa inevitabilmente al confine tra la necessità di comprendere l'esperienza soggettiva e il bisogno dei curatori, di oggettivare quella esperienza.

BIBLIOGRAFIA

Armezzani M.A.: In Prima Persona. La Prospettiva Costruttivista nella Ricerca Psicologica. Il Saggiatore, Milano, 2004.

Baumann Z.: Dentro la Globalizzazione. Laterza, Bari, 2001.

De Marchis M., Zaratti R.: L'età contemporanea e il disagio giovanile: ruolo dell'identità. Psicobiettivo, Franco Angeli, Milano, 25(2), Maggio 2005.

De Marchis M.: I disturbi depressivi considerati in una ottica costruttivista post-razionalista: dai dati ai significati. Medicina Psicosomatica, Società Editrice Universo, Roma, 51(23), Aprile 2006.

Lyotard J.F.: La Condizione Postmoderna. Feltrinelli, Milano, 1982.

Vattimo G.: La Società Trasparente. Garzanti, Milano, 1989

LA COMORBILITÀ TRA DISTURBI DELL'UMORE E ALCOLISMO. VALUTAZIONE POST-RAZIONALISTA DEI TEMI DI SCOMPENSO

INTRODUZIONE

Come evidenziato in precedenti lavori, e anche da molti altri autori, la popolazione afferente ai Servizi per le Dipendenze Patologiche è sempre più rappresentata da soggetti che presentano una evidente comorbidità (doppia diagnosi) tra Disturbi da abuso/dipendenza ed una o più patologie psichiatriche di Asse I o II (Ameglio e Canestri, 2007; APA, 2000; Bolton et al., 2006; Buckner et al., 2007; Pannelli, 2002, 2003, 2005; Simkin, 2002). Questa realtà propone elementi di crescente complessità per quanto riguarda i programmi di cura e riabilitazione, in quanto appare evidente l'assoluta necessità di farsi carico di entrambe le patologie in maniera precoce ed integrata se si vuole raggiungere il duplice obiettivo di una durevole astinenza e di una adeguata prevenzione delle ricadute nel tempo. Studi sperimentali, unitamente ad osservazioni empiriche e alla pratica clinica quotidiana indicano, infatti, che questi pazienti difficilmente riescono a mantenere l'astensione dall'uso di sostanze se non viene contestualmente affrontato anche il sottostante problema psicopatologico e viceversa (Ameglio e Canestri, 2007; Lucchini, 2001; Pannelli, 2002, 2003, 2005, 2006).

Ovviamente, un corretto inquadramento diagnostico rimane il requisito preliminare indispensabile ai fini di un efficace intervento terapeutico. A questo proposito, tuttavia, continuano a restare aperti i problemi e le controversie relative al nesso intercorrente tra le due psicopatologie. Alcuni autori, ad esempio, propongono diversi tipi di comorbidità: la comorbidità patogenetica (nel senso che un disturbo causa e sostiene l'altro) la comorbidità diagnostica (quando i patterns di sintomi sono individualmente non specifici) e la comorbidità prognostica (quando il disturbo di base può predisporre ad una patologia) (Ameglio e Canestri, 2007).

E' opportuno ricordare come nel corso degli anni '80 Khantzian elaborò e verificò l'ipotesi dell'autoterapia come modello esplicativo di qualunque Disturbo da abuso/dipendenza da sostanze (Khantzian, 1980, 1985, 1990, 1997). La spiegazione del fatto che tale modello sia anche stato più volte falsificato (come documentato dall'ampia variabilità ed eterogeneità dei dati di studi condotti per stimare l'incidenza della doppia diagnosi nella popolazione dipendente) va verosimilmente ricercata nella necessità di utilizzare i criteri diagnostici del DSM (Pannelli, 2005), la cui rigidità, come è noto, conduce spesso a sottostimare una gran quantità di quadri morbosi (per l'appunto definiti sottosoglia).

Tutte queste considerazioni, in definitiva, confermano l'estrema complessità dei Disturbi da Uso di Sostanze, per un corretto inquadramento dei quali risulta sempre più indispensabile la messa a punto di un modello interpretativo ed esplicativo del fenomeno che tenga conto delle molteplici variabili in gioco, e soprattutto del così detto **"punto di vista del soggetto assuntore"**, troppo spesso considerato riduttivisticamente come la vittima passiva di fattori genetici e meccanismi neurochimici (Pannelli, 2002, 2003, 2005, 2006).

Focalizzare l'attenzione sul punto di vista del paziente dipendente implica restituire dignità di significato ad un comportamento umano, seppure disfunzionale (come del resto tutti i sintomi psicopatologici) ed, in ultima analisi, al paziente stesso e alla sua storia.

In questo senso, il modello sistemico-processuale o post-razionalista elaborato nel corso degli anni '80 da Vittorio Guidano (Guidano, 1988, 1992) ed ulteriormente verificato e arricchito di nuovi spunti da molti autori successivamente (Arciero, 2003, 2006; Bertolino et al., 2005; Nardi, 2001; Nardi et al., 1997, 1998, 2006), oltre a rappresentare un approccio teorico e di prassi terapeutica per

tutti i principali quadri psicopatologici, offre sicuramente una cornice di riferimento euristica anche per quanto riguarda i Disturbi da uso di sostanze (Pannelli, 2002, 2003, 2005, 2006). Come è noto, tale modello, integrando le conoscenze sulle relazioni di attaccamento/accudimento del bambino con il care-giver (Lambruschi, 2004) con gli studi trans-disciplinari sull'organizzazione dei sistemi complessi (Damasio, 1995, 2000, 2003; Maturana, 1993; Maturana e Varela, 1987, 1988; Morin, 1974, 2002) propone uno specifico itinerario di sviluppo del Sé e della coscienza, articolato attorno al concetto di **"organizzazione di significato personale"** (OSP) (Guidano, 1998, 1992). A partire, infatti, dalle prime interazioni del bambino con le figure di attaccamento, si vengono selezionando i patterns emozionali di base (*emotional schemata*) che successivamente si integreranno con le capacità cognitive legate all'emergere del pensiero logico-astratto a formare una impalcatura in cui l'esperienza soggettiva (in prima persona), cioè la specifica, personale, unica ed irripetibile esperienze di *"essere un Sé immerso in un mondo"*, si esprimerà attraverso la continua dialettica tra la *"immediatezza dell'esperire"*, modalità essenzialmente emotiva, e le *"spiegazioni dell'esperienza"*, essenzialmente razionali, in un fluire continuo ed ininterrotto (Guidano, 1988, 1992).

In questo modo, ciascun essere umano emerge come un *"sistema complesso"* (Guidano, 1998, 1992) la cui funzione primaria è quella di organizzare la propria conoscenza di sé e del mondo, così da integrare il continuo fluire delle esperienze e l'incremento dei livelli di complessità interna ed esterna che caratterizzano il ciclo di vita individuale con il mantenimento di una percezione di Sé coerente e stabile (ODP). Ne consegue che qualunque comportamento umano e qualunque sintomo psicopatologico possono essere letti e compresi alla luce di uno specifico itinerario di sviluppo e di una specifica organizzazione di significato personale.

Il modello post-razionalista individua quattro principali organizzazioni (o stili) caratterizzate, in linea generale, da specifiche attivazioni emozionali preferenziali con le quali il soggetto vive le proprie esperienze e quindi elabora la conoscenza di sé e del mondo: l'organizzazione "tipo disturbi alimentari psicogeni" o "contestualizzata" (*DAP prone*), l'organizzazione "tipo ossessivo" o "normativa" (*OSS prone*); l'organizzazione "tipo fobico" o "controllante" (*FOB prone*) e l'organizzazione "tipo depressivo" o "distaccata" (*DEP prone*), per una più approfondita descrizione delle quali si rimanda ad altri lavori (Arciero, 2003, 2006; Guidano, 1998, 1992; Nardi, 2001).

Il valore terapeutico di questo approccio risiede nella possibilità di aiutare il paziente, attraverso una relazione con il terapeuta *"strategicamente orientata"*, a raggiungere una maggiore consapevolezza delle proprie caratteristiche come sistema complesso, così da acquisire una più adeguata flessibilità nell'elaborazione delle proprie esperienze esistenziali e quindi nelle loro integrazione in una trama narrativa personale più stabile e coerente (Arciero, 2003, 2006; Guidano, 1998, 1992; Nardi, 2001). Quindi, l'applicazione del modello postrazionalista nell'ambito delle patologie da dipendenza può offrire uno strumento ulteriore non solo per una migliore gestione psicoterapeutica del paziente dipendente, ma anche, e soprattutto, per una migliore comprensione delle modalità e degli itinerari lungo i quali, a partire da specifiche ODP e specifici eventi di vita, si viene dipanando un comportamento vieppiù disfunzionale che finisce con il cronicizzarsi, anche per il successivo instaurarsi di determinati meccanismi neuropatologici (Bardellini et al., 2000; Nestler, 2001; Pannelli 2002, 2003, 2005, 2006).

Nel presente lavoro si è voluto focalizzare l'attenzione su uno specifico tipo di Disturbo da uso, cioè quello dal alcol, in quanto presenta aspetti distintivi e caratterizzanti che lo differenziano dai quadri di abuso/dipendenza da altre sostanze. In primo luogo l'alcol è una sostanza lecita e, di conseguenza, a livello sociale il suo uso è non solo accettato, ma spesso incentivato. In Italia la "cultura del vino" è profondamente radicata nelle abitudini e nei costumi di una consistente parte della popolazione. Ne consegue che molto spesso soggetti affetti da quadri di abuso protratto o dipendenza severa giungono all'osservazione sanitaria solo quando si sono ormai instaurate importanti e spesso irreversibili patologie organiche alcol-correlate. Si aggiunga a questo il fatto

che, ormai da anni, il fenomeno dell'abuso giovanile si sta imponendo all'attenzione di tutti come un problema di estrema e crescente gravità.

I dati presentati sono stati estrapolati da un più ampio studio, non ancora pubblicato, volto ad indagare l'incidenza del fenomeno della doppia diagnosi nei pazienti con Disturbo da uso di alcol, i tipi di trattamento utilizzati e gli esiti ottenuti. In questo lavoro, poi, si è centrata l'attenzione su quella coorte di pazienti che presentavano una comorbidità per Disturbi dell'Umore, approfondendo l'indagine diagnostica con una valutazione post-razionalista.

L'AMBULATORIO DI ALCOLOGIA

In ottemperanza a numerose normative e dispositivi di legge, l'Ambulatorio di Alcolologia rappresenta quel Servizio, facente parte del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, specificamente preposto alla diagnosi, cura e riabilitazione di soggetti affetti da un Disturbo da uso di alcol. Nella Zona Territoriale di Fermo, nelle Marche, l'Ambulatorio è stato attivato nel 2001, entrando quindi, nel 2006, nel suo quinto anno di attività.

Tale attivazione è stata l'atto conclusivo di un lungo lavoro iniziato con l'individuazione di una équipe multiprofessionale e multidisciplinare specificamente dedicata (composta da un medico psichiatra, una psicologa, un educatore professionale, una assistente sociale ed una infermiera professionale) e completato con l'elaborazione e la messa a punto di un adeguato protocollo di intervento per la gestione del paziente alcolista. Fin da subito, infatti, è stato necessario definire con estrema chiarezza l'ambito e le modalità di intervento dell'équipe, sia per quanto atteneva alla definizione del target di riferimento, che per quanto riguardava le prassi d'intervento e i rapporti di integrazione e collaborazione con altre Unità Operative a vario titolo coinvolte nella gestione del più ampio capitolo delle patologie alcol-correlate (Medici di Medicina Generale, Unità Operative di Medicina ed Epatologia, SPDC, etc.).

E' stato pertanto elaborato un protocollo e un progetto generale di intervento di trattamento articolato per fasi:

- **Fase I**

- a) Accoglienza e presa in carico del paziente e possibilmente dei familiari (raccogliere informazioni sul caso e fornire informazioni sul Servizio);
- b) Inquadramento diagnostico medico, psichiatrico e psicologico (criteri DSM-IV TR, testistica psicodiagnostica, intervento motivazionale);
- c) Disintossicazione (in accordo a specifici protocolli a base di farmaci anticraving e BDZ; se necessario, da effettuarsi in regime di ricovero ospedaliero in ambiente adeguato al caso).

- **Fase II: mantenimento dello stato drug-free e progressivo reinserimento socio-ambientale e lavorativo, con modalità articolate in:**

- a) Interventi psicoterapeutici e psicologico-educazionali (compreso il sostegno ai familiari);
- b) Interventi socio-riabilitativi (in area lavorativa, in area giudiziaria e in particolari sottogruppi di pazienti quali soggetti anziani, soggetti con grave disagio socio-economico e soggetti con gravi patologie psichiatriche)

Nel corso di questi cinque anni l'Ambulatorio ha visto una crescita quasi esponenziale delle richieste di intervento arrivando, nel corso del 2006 appunto, al contatto con 105 utenti.

SOGGETTI E METODI

Il campione considerato nel presente studio è rappresentato appunto dai suddetti 105 pazienti, afferiti all'Ambulatorio di Alcolologia nel corso del 2006.

Si è trattato di 79 maschi (età media 41.08 ± 10.96 anni, range 22-69 anni) e 26 femmine (età media $42 \text{ anni} \pm 11.66$ anni, range 22-69), dei quali 50 erano nuovi pazienti e 55 erano già in carico dagli

anni precedenti. Questi ultimi, in particolare, erano pazienti conosciuti da diversi anni, anche se molti di loro avevano interrotto diverse volte i trattamenti avviati. Pertanto il campione può essere così frazionato: 3 pazienti in carico dal 2000, 5 dal 2002, 9 dal 2003, 16 dal 2004 e 22 dal 2005, per un **tempo medio di esposizione al trattamento di circa 2 anni** (Fig. 1).

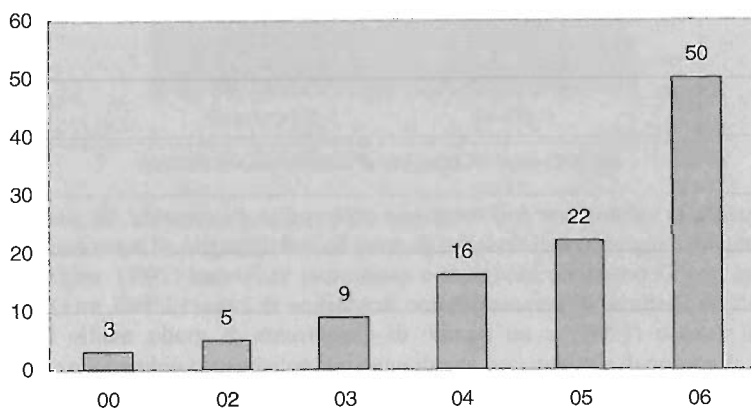


Fig. 1: distribuzione dei pazienti trattati nel 2006 a seconda dell'anno di presa in carico.

Di questi, sono stati considerati 92 utenti, divisi in due gruppi in base al sesso: gruppo 1: 69 maschi (età media 41.17 ± 10.95 anni, range 25-69 anni); gruppo 2: 23 femmine (età media 43.13 ± 11.93 anni, range 22-69 anni). Dieci uomini e 3 donne sono stati esclusi o perché avevano iniziato il trattamento da meno di un mese o perché afferiti all'Ambulatorio per un'unica visita di consulenza e quindi non presi in carico; quest'ultima evenienza ha riguardato soprattutto pazienti con un grave disturbo psichiatrico prevalente (Schizofrenia o Psicosi delirante cronica), i quali, pertanto, sono stati inviati all'osservazione del Dipartimento di Salute Mentale, e una esigua minoranza di soggetti che, inviati all'Ambulatorio dai loro familiari, non hanno ritenuto di aver bisogno di un trattamento. Per ciascun gruppo di utenti trattati si sono considerati: la Diagnosi di Disturbo da uso di alcol e l'eventuale presenza di comorbidità psichiatrica, valutata sia secondo i criteri del DSM IV TR sia secondo un approccio di tipo dimensionale, integrato, ove possibile, con una valutazione postrazionalista circa il tipo di ODP.

In accordo con quanto previsto dal protocollo di trattamento gli interventi sono consistiti in una fase iniziale (spesso poi protratta nel tempo) in cui i sono impiegati farmaci anti-craving (GHB a dosi variabili) e/o avversativi (disulfiram alla dose media di 400 mg al giorno), unitamente a terapie psicofarmacologiche (prevalentemente antidepressivi serotoninergici, SSRI, e/o benzodiazepine, BDZ, da soli o in associazione con il GHB o il Disulfiram); molti utenti sono stati poi, ovviamente, avviati a trattamenti psicoterapeutici, riabilitativi e di sostegno socio-educativo (anche tramite l'invio ai gruppi di auto mutuo aiuto del territorio) e trattamenti residenziali, variamente associati alla terapia farmacologica.

Per quanto riguarda il Gruppo 1, relativamente alla Diagnosi di Disturbo da uso di alcool, in accordo con i criteri del DSM IV TR, i 69 utenti di sesso maschile sono risultati affetti da un Disturbo da Abuso in 29 casi (42%) e da un franco quadro di Disturbo da Dipendenza in 40 casi (58%) (Fig. 2). Ventisei soggetti (37%) presentavano, inoltre un quadro di poliabuso e/o polidipendenza anche da altre sostanze (eroina e/o cocaina).

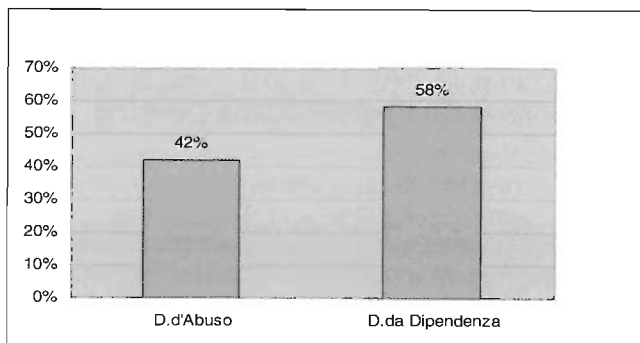


Fig.2: Gruppo 1 - Diagnosi di Disturbo da uso di alcol.

Per quanto riguarda la valutazione dell'eventuale comorbidità psichiatrica, 60 pazienti (87%) hanno ricevuto una diagnosi aggiuntiva di Asse I o di Asse II. Nel dettaglio, si sono osservati: un Disturbo dell'Umore (del tipo Depressione Maggiore o Distimico) in 20 casi (29%), un Disturbo d'Ansia in 10 casi (15.1%), un Disturbo di personalità tipo Borderline in 2 casi (2.9%), un Disturbo Ossessivo-Compulsivo in 1 caso (1.5%) e un quadro di Oligofrenia di grado medio in 1 caso (1.5%). Relativamente al gruppo di pazienti con una diagnosi di poliabuso/polidipendenza, 7 soggetti (10%) avevano un concomitante Disturbo di personalità tipo Borderline, 13 (18.9%) presentavano anche un Disturbo dell'Umore, 1 (1.5%) una Psicosi delirante e 1 (1.5%) un Disturbo d'Ansia (Fig. 3).

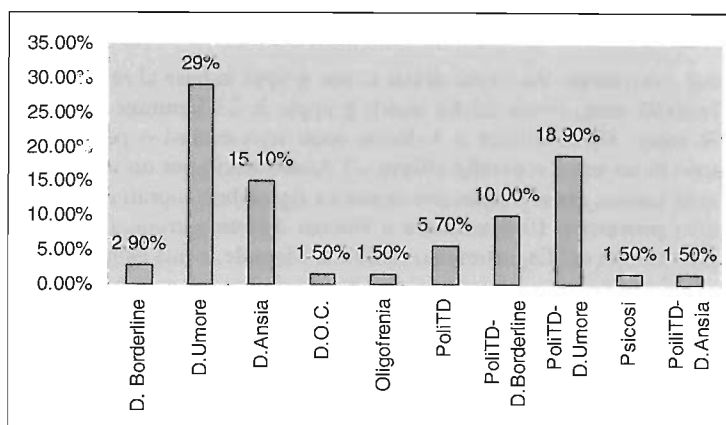


Fig. 3: Gruppo 1 - distribuzione percentuale dei pazienti con comorbidità psichiatrica.

Le 23 pazienti che compongono il Gruppo 2 hanno ricevuto una diagnosi di Disturbo da Abuso in 14 casi (60.9%) e di Dipendenza da Alcol in 9 casi (39.1%) (Fig. 4). Cinque utenti (21.7%) presentavano, inoltre, un quadro di poliabuso e/o polidipendenza anche da altre sostanze (eroina e cocaina).

Relativamente agli aspetti di doppia diagnosi, tutte le pazienti del Gruppo 2 hanno ricevuto una diagnosi aggiuntiva di Asse I e/o di Asse II. In particolare, in 15 casi (65.6%) si è evidenziato un Disturbo dell'Umore (del tipo Depressione Maggiore o Distimico), in 2 casi (8.2%) un Disturbo d'Ansia, in un caso (4.4%) un Disturbo dell'Umore e un Disturbo d'Ansia associati. Per quanto riguarda le 5 pazienti con quadro di poliabuso e/o polidipendenza, in 3 casi (13%) era associato un Disturbo dell'Umore, in 1 caso (4.4%) un Disturbo d'Ansia e in 1 caso (4.4%) un Disturbo di personalità tipo Borderline (Fig. 5).

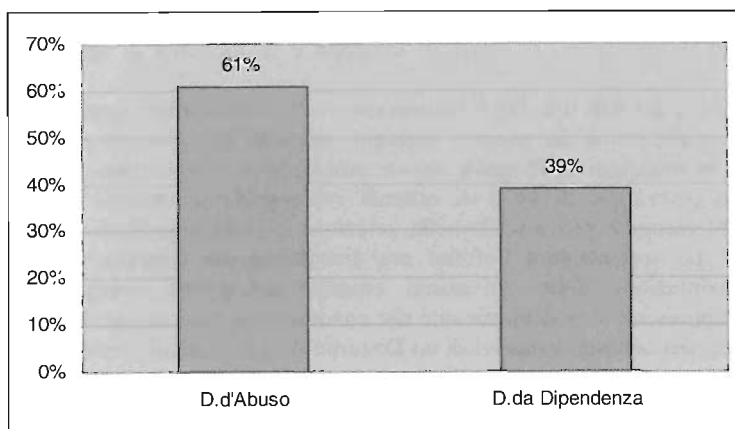


Fig. 4: Gruppo 2 – Diagnosi di Disturbo da uso di Alcol

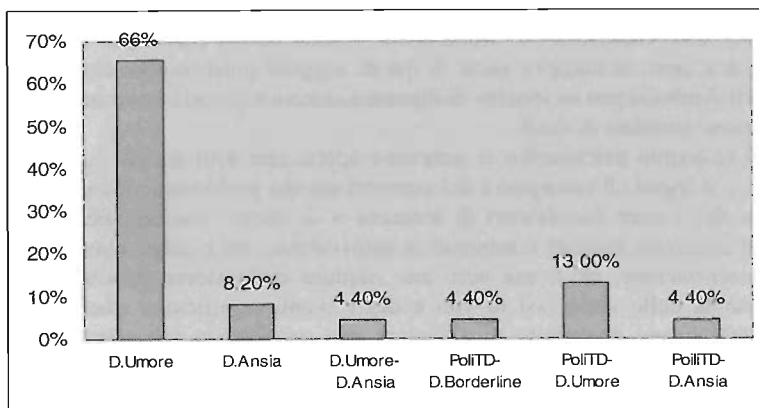


Fig. 5: Gruppo 2 – Distribuzione delle pazienti con comorbidità psichiatrica.

VALUTAZIONE POST-RAZIONALISTA DELLE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE E DEI TEMI DI SCOMPENSO NEI PAZIENTI CON DISTURBO DELL'UMORE

Dal campione sopra descritto sono stati estrapolati 37 soggetti che presentavano una comorbidità con un Disturbo dell'umore (essenzialmente di tipo depressivo o distimico). Questi pazienti sono stati di nuovo suddivisi in due gruppi in base al sesso: 22 soggetti di sesso maschile (età media 42.40 ± 11.29 anni; range 29-60 anni) e 15 soggetti di sesso femminile (età media 42.26 ± 10.23 anni; range 23-60 anni).

In accordo con il modello post-razionalista, questi utenti sono stati sottoposti ad uno o più colloqui finalizzati sia all'inquadramento del tipo di ODP di ciascuno, sia ad una ricostruzione approfondita e dettagliata degli eventi significativi di vita collegabili da un lato allo strutturarsi di una percezione discrepante del Sé e dall'altro all'emergere di sintomi e/o comportamenti riferibili ad una o entrambe le diagnosi. Il due gruppi sono risultati abbastanza omogenei e si sono evidenziate due principali ODP. In 32 pazienti (18 maschi e 14 femmine) si è rilevata una ODP "tipo disturbo alimentare psicogeno" e in 5 (4 maschi e 1 femmina) una ODP "tipo depressivo".

Questa distinzione ha trovato un significativo riscontro rispetto a diverse variabili quali il tipo di attaccamento con il care-giver, la storia di sviluppo e le modalità di approccio alle bevande alcoliche.

Infatti, nei soggetti con ODP tipo DAP risultavano evidenti in maniera quasi costante da un lato, storie familiari caratterizzate da genitori ambigui, intrusivi e svalutanti e, dall'altro, l'iniziale ricorso all'alcol in situazioni contingenti vissute come prova o esposizione al giudizio esterno e associate ad una percezione di Sé o di estrema vulnerabilità in termini valoriali o di franca inadeguatezza (ad esempio, prove scolastiche, relazioni affettive significative, criticità nel campo lavorativo, etc.). Lo sperimentare l'effetto ora disinibente ora ansiolitico della bevanda, con conseguente modulazione delle attivazioni emotive discrepanti (vergogna, colpa, franca inadeguatezza) rappresentava la determinante che conduceva al reiterazione delle condotte di potus fino alla comparsa dei sintomi distintivi di un Disturbo da uso di alcol (peraltro, in questi pazienti tendono a prevalere le diagnosi di abuso piuttosto che quelle di dipendenza conclamata).

Analogamente, i 5 soggetti con ODP tipo DEP presentavano storie di sviluppo decisamente caratterizzate dalla totale assenza di un care-giver, da lutti precoci, o da interazioni significative con figure genitoriali fredde e fortemente rifiutanti. L'itinerario di vita era caratterizzato da esistenze per lo più solitarie, senza storie affettive significative e, in paio di caso, da una estrema marginalità e deriva sociale. La percezione del Sé era centrata su temi di ontologico fallimento ed inamabilità personale e anche la lunga latenza prima di rivolgersi all'equipe dell'Ambulatorio e le iniziali difficoltà alla ritenzione in trattamento riflettevano l'altrettanto ineludibile senso di inaiutabilità. Non a caso, la maggior parte di questi soggetti presentavano fino dal primo contatto con l'Equipe dell'Ambulatorio un quadro di dipendenza vera a propria e raccontavano storie di anni e anni di assunzione smodata di alcol.

Ovviamente, al colloquio psichiatrico si potevano apprezzare tutti quegli aspetti psicopatologici, attuali o pregressi o legati all'insorgenza del comportamento problematico, che rimandavano ad un chiaro Disturbo dell'umore (sentimenti di tristezza e di vuoto interiore, pessimismo, perdita di interessi fino all'anedonia, marcati sentimenti di autosvalutazione e colpa, mancanza di energie e di capacità di concentrazione, etc.), ma solo una rilettura della storia personale di ciascuno con ricostruzione attenta delle varie fasi di vita e degli eventi significativi (**dal punto di vista del paziente**) accaduti hanno consentito di elaborare una conoscenza più approfondita e realmente individualizzata dei vari casi e quindi di giungere ad un inquadramento diagnostico e a scelte terapeutiche più adeguate.

Da queste ricostruzioni, portate avanti con l'atteggiamento del *"perturbatore strategicamente orientato"* (Guidano, 1988, 1992), si è potuto focalizzare, in quasi tutti i casi considerati, gli eventi significativi e la fase del ciclo di vita in cui era iniziato un effettivo rapporto autoterapico con la bevanda alcolica. Relativamente ai soggetti con ODP tipo DAP, in oltre il 60% dei casi (21 pazienti), l'insorgenza delle condotte di potus era riconducibile a situazioni di criticità all'interno di rapporti affettivi in quel momento significativi, mentre nei restanti 11 pazienti, il tema critico era ascrivibile a relazioni invischiate, problematiche e non risolte con le figure genitoriali.

Nei 5 soggetti con ODP tipo DEP, in un solo caso è stato possibile individuare un evento significativamente legato allo scompenso psicopatologico (una separazione affettiva occorsa in età adulta, che aveva condotto il paziente ad un progressivo stato di incuria di se e degrado socio-relazionale, con perdita del lavoro e anche dell'abitazione). Negli altri 4 casi si individuavano invece esistenze da sempre contrassegnate da emarginazione ed incapacità ad elaborare un progetto di vita viabile, con emergenza di condotte di abuso/dipendenza molto precoci.

TRATTAMENTI ED ESITI

In accordo con il protocollo e con la necessità di mettere a punto percorsi di cura e riabilitazione personalizzati e individualizzati, i 92 soggetti del campione generale studiato hanno ricevuto diverse tipologie di trattamenti (da soli o variamente associati tra loro), che hanno compreso l'utilizzo di farmaci specifici per i Disturbi da uso di alcol, psicofarmaci, interventi strutturati o

semi-strutturati di sostegno socio-educativo, percorsi residenziali o semi-residenziali e, ovviamente trattamenti psicoterapeutici. Di fatto, proprio l'individualizzazione del trattamento comporta una frammentazione del campione che non consente una disamina più dettagliata che sia al tempo stesso indicativa e significativa di quale sia stata la terapia più efficace. In generale, si ricorda che i farmaci specifici normalmente utilizzati per il trattamento dei Disturbi da uso di alcol sono il GHB e il Disulfiram, a volte anche in associazione tra loro.

Ovviamente, la scelta viene fatta sulla base di una serie di variabili, tra le quali, non ultima, la valutazione della condizione di abuso o dipendenza del paziente al momento della presa in carico. Se da un lato, infatti, può essere abbastanza agevole avviare un trattamento avversativo in soggetti con un quadro di abuso, dall'altro, è facilmente intuibile l'impossibilità di prescrivere Disulfiram ad un soggetto che si trovi in una condizione di dipendenza conclamata.

In questi pazienti il GHB rappresenta, pertanto, il farmaco di prima scelta per indurre uno stato di astensione dall'uso di bevande alcoliche di durata adeguata a consentire l'eventuale avvio di una terapia avversativa.

Peraltro, la terapia farmacologica con Disulfiram rappresenta comunque, a nostro avviso, l'obiettivo da perseguire in tutti i casi possibili (condizioni fisiche generali adeguate, motivazione del paziente, sostegno familiare, etc.).

Quindi, anche in alcuni soggetti con diagnosi di Dipendenza è stato possibile fin da subito avviare un trattamento avversativo: si è trattato di 7 utenti giunti all'osservazione dell'Ambulatorio immediatamente dopo la dimissione da un reparto ospedaliero dove avevano effettuato una disintossicazione protetta e controllata.

In alcuni casi, inoltre, è utile associare entrambi i farmaci allo scopo di sostenere il paziente nel mantenimento dello stato di sobrietà. In aggiunta a quanto detto e in considerazione dell'elevata percentuale di comorbidità psichiatrica riscontrata nella nostra casistica soprattutto per quanto riguarda i Disturbi dell'Umore, appare evidente la necessità, spesso, di integrare i trattamenti farmacologici specifici con altri trattamenti farmacologici (prevalentemente SSRI, talora in associazione con BDZ).

La scelta degli altri tipi di trattamento (non farmacologici) viene definita di volta in volta sulla base delle caratteristiche del soggetto. I risultati ottenuti con i diversi tipi di trattamento nel gruppo di utenti di sesso maschile sono stati i seguenti. In primo luogo, si è registrato un tasso di ritenzione in trattamento ad un mese dalla presa in carico dell'84% (n°=58). Undici soggetti (16%) hanno abbandonato il trattamento: si è trattato di 4 pazienti con diagnosi di abuso e 7 con diagnosi di franca dipendenza. Due pazienti (2.9%), entrambi con diagnosi di abuso, sono stati dimessi.

Due (2.9%) sono stati trasferiti ad altro Servizio per motivi intercorrenti e indipendenti dal loro disturbo.

Dei 54 utenti ancora in carico, in accordo con i criteri del DSM IV TR, 30 pazienti (43.4%) sono in fase di Remissione Iniziale Completa (RIC): si tratta di 12 soggetti con diagnosi iniziale di abuso e 18 con diagnosi di dipendenza. Dodici (17.4%) si trovano in fase di Remissione Protratta Completa (RPC), dopo una diagnosi iniziale di abuso in 4 casi e di dipendenza negli altri 8 casi.

Infine, 12 (17.4%) risultano ancora bevitori in fase attiva: si tratta di 7 soggetti con diagnosi di abuso e 5 con diagnosi di dipendenza (6 di questi presentavano un quadro di politossicodipendenza).

Attualmente, comunque, solo 1 paziente risulta ancora in fase di conclamata dipendenza, mentre negli altri 10 casi permangono condotte di abuso etilico (Fig. 6).

I risultati ottenuti con i diversi tipi di trattamento nel gruppo di pazienti di sesso femminile sono stati i seguenti.

In primo luogo si è registrato un tasso di ritenzione in trattamento ad un mese dalla presa in carico dell'82.6% (n°=19). Solo 4 pazienti (17.4%) hanno abbandonato il trattamento: si è trattato di 2 soggetti con diagnosi di Disturbo da Abuso e 2 soggetti con diagnosi di Dipendenza da alcol. Due pazienti (8.6%) sono state dimesse.

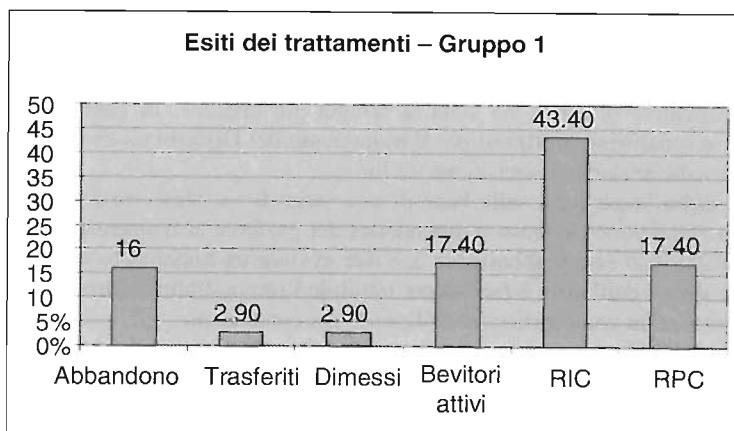


Fig. 6: Gruppo 1 - Grafico riassuntivo degli esiti dei trattamenti

Delle 17 pazienti ancora in carico, 11 (47.8%) sono in fase di RIC: si tratta di 8 soggetti con diagnosi iniziale di Disturbo da abuso 3 con diagnosi di franca dipendenza alcolica. Quattro pazienti (17.4%) si trovano in fase di RPC: si tratta di 1 utente con diagnosi iniziale di abuso e 3 con diagnosi di dipendenza. Infine, 2 utenti (8.6%) risultano ancora bevitrici in fase attiva: si tratta di due donne con diagnosi di abuso, una delle quali anche con diagnosi di Disturbo Distimico e l'altra con diagnosi di politossicodipendenza e Disturbo Borderline di personalità (Fig. 7).

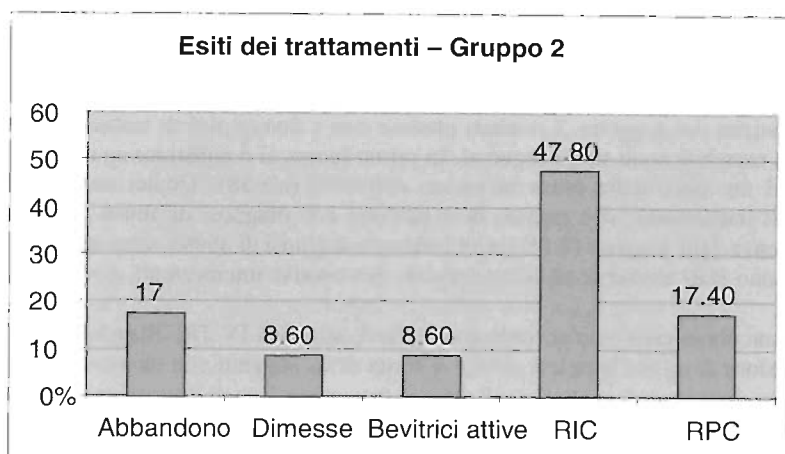


Fig. 7: Gruppo 2 – Grafico riassuntivo degli esiti dei trattamenti

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In primo luogo, la divisione dei pazienti in 2 gruppi si fonda su numerosi fonti di letteratura che hanno descritto tipologie diverse di soggetti con problemi da uso di alcol proprio sulla base del sesso. In effetti, anche i nostri dati sembrano confermare questo orientamento, se non altro per il tipo di diagnosi d'ingresso. Si osserva infatti una netta prevalenza del Disturbo da Dipendenza da

alcol nel sesso maschile (58% vs 42%) contro una ancor più marcata prevalenza del Disturbo da Abuso nel sesso femminile (61% vs 39%).

In secondo luogo, sempre per quanto riguarda l'inquadramento diagnostico, la nostra casistica conferma anche l'elevata incidenza di comorbidità tra i Disturbi dell'umore (prevalentemente di tipo depressivo) in atto o pregressi, e i Disturbi da uso di alcol, come già da tempo evidenziato in altri lavori (Angst et al., 2006; Cassano e Garonna, 1984; O'Sullivan et al., 1983; Schuckit, 1986, 1990). Inoltre, si apprezza anche una netta prevalenza del fenomeno nel sesso femminile (83.4% contro il 47.9% del gruppo 1). In aggiunta a questo, va sottolineato come praticamente tutti gli utenti presi in carico dall'Ambulatorio di Alcologia nel corso del 2006, opportunamente valutati con un approccio più approfondito che non si limiti a valutazioni meramente categoriali, hanno presentato quadri psicopatologici più complessi. I Disturbi d'ansia, generalmente intesi, rappresentano, infatti, il secondo quadro comorbile in entrambi i gruppi, con una minima e quindi poco significativa prevalenza nel gruppo 1 (17.6% contro 12.6% del gruppo 2). Le altre categorie diagnostiche riscontrate (Oligofrenia, Disturbi psicotici e Disturbi di personalità) sono poco indicative, interessando solo percentuali modestissime di pazienti di entrambi i gruppi. Nel complesso, però, è sicuramente degno di nota il fatto che una comorbidità psichiatrica è presente nella quasi totalità del nostro campione (87% di pazienti del gruppo 1 e 100% di pazienti del gruppo 2). Questi dati, presi nel loro insieme, oltre a confermare dati scientifici ampiamente noti (Ameglio e Canestri, 2007; Lucchini, 2001), ripropongono il problema del rapporto tra la presenza di un disturbo psichiatrico e la presenza di un Disturbo da uso di alcol. A questo proposito, vale la pena ribadire come ormai molti autori concordino sul fatto di considerare le patologie da dipendenza come un problema ben più complesso di un semplice fenomeno di interazione tra una sostanza e un recettore. Goodman, ad esempio, ha proposto, di individuare la nuova categoria diagnostica degli "addiction disorders" (Goodman, 2003), nell'ambito della quale collocare altri quadri psicopatologici, solo apparentemente eterogenei, quali i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dello spettro ossessivo compulsivo, il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza dal lavoro, le personalità codipendenti, etc. Altri autori propongono interpretazioni alternative, tutte comunque centrate su una visione del paziente dipendente come un soggetto con più importanti problematiche psicopatologiche rispetto alle quali l'incontro con la sostanza sembra rappresentare una vera e propria autoterapia, solo successivamente destinata a complicarsi a causa dei ben più noti e studiati meccanismi neurochimici (Bignamini e Bombini, 200; Corbellini, 2003; Stanzione 2003).

Partendo da questi presupposti, l'applicazione del modello post-razionalista a quel sottogruppo di pazienti con un quadro di comorbidità per depressione (Guidano, 1998, 1992) ha permesso un approfondimento degli aspetti realmente etologici del problema (Pannelli, 2002, 2003, 2005, 2006). Si è evidenziato, infatti, come un determinato quadro (di abuso o di dipendenza da alcol) si inserisca nel ciclo di vita di un essere umano in relazione o a specifici eventi che si caratterizzano come perturbazioni "non integrabili" in una trama narrativa personale che consenta il mantenimento di un adeguato, coerente e stabile senso di Sé (organizzazioni "DAP prone"), oppure a storie segnate da un rapporto con il care-giver profondamente compromesso (organizzazioni "DEP prone"). Questi aspetti, peraltro, trovano una conferma nei risultati di altri autori che hanno specificamente indagato l'importanza dei patterns d'attaccamento nei pazienti alcolisti (Caspers et al., 2006; De Rick e Vanheule, 2007). Il dato per cui i soggetti della nostra casistica si sono distribuiti solo tra due ODP, lungi dall'indicare una prevalenza dei Disturbi da uso di alcol in queste organizzazioni, si può attribuire sia all'esiguità numerica del campione sia al fatto che l'organizzazione "DAP prone" sembra oggi molto più rappresentata nella popolazione generale.

Passando all'analisi degli interventi e dei progetti terapeutici di volta in volta avviati, come detto, l'individualizzazione del programma ha comportato una frammentazione del campione in gruppi troppo piccoli per effettuare una comparazione statistica. Ciò nondimeno, appare evidente che un approccio terapeutico volto alla sola soluzione del Disturbo da uso e che non tenga conto delle altre componenti psicopatologiche eventualmente presenti è destinato al fallimento. Nel dettaglio, il

56.5% dei pazienti trattati solo ambulatorialmente ha ricevuto anche una terapia psicofarmacologica, una psicoterapia o entrambe. A questo dato va aggiunto un altro 13% di utenti che sono stati inviati ad un trattamento residenziale presso CT ad orientamento psicoterapeutico. Di fatto, dei 15 soggetti che hanno abbandonato il programma terapeutico (16.3%), più della metà o avevano rifiutato qualsiasi trattamento o erano stati parzialmente disponibili a ricevere terapie esclusivamente rivolte al problema di abuso o dipendenza da alcol (GHB o Disulfiram).

Per quanto riguarda il concetto di intervento psicoterapeutico, anche in questo caso si deve precisare il fatto che tale tipo di intervento è stato tarato di volta in volta sul singolo soggetto, anche in considerazione della sua motivazione e disponibilità, limitandosi ad un semplice counselling e sostegno psicologico in alcuni pazienti, o strutturandosi in veri e propri percorsi psicoterapeutici ad orientamento post-razionalista, relazionale o transazionale a seconda del caso e dell'operatore individuato.

Relativamente al rapporto tra diagnosi d'ingresso ed esito del trattamento, considerati nel loro insieme, i 41 soggetti in fase di RIC e i 16 in fase di RPC (61.2%) si sono abbastanza omogeneamente distribuiti tra la diagnosi iniziale di Abuso ($n^{\circ}=25$) e quella di Dipendenza ($n^{\circ}=32$); lo stesso dicasi per i 15 soggetti che hanno abbandonato il trattamento (6 diagnosi di Abuso e 9 di Dipendenza). Questi dati sembrano indicare che la gravità iniziale del Disturbo da uso non incide in modo rilevante sull'esito del trattamento. La principale variabile sembra risiedere proprio nella individualizzazione e personalizzazione della terapia, confermando l'utilità e l'efficacia di interventi che coinvolgono operatori e professionalità differenti.

In conclusione, i dati sopra discussi offrono diversi spunti di riflessione.

In generale, considerato un campione di 92 soggetti trattati, 77 stanno ancora portando avanti o hanno positivamente completato il percorso terapeutico, indicando quindi **un tasso di ritenzione in trattamento del 83.7%** (Fig. 8).

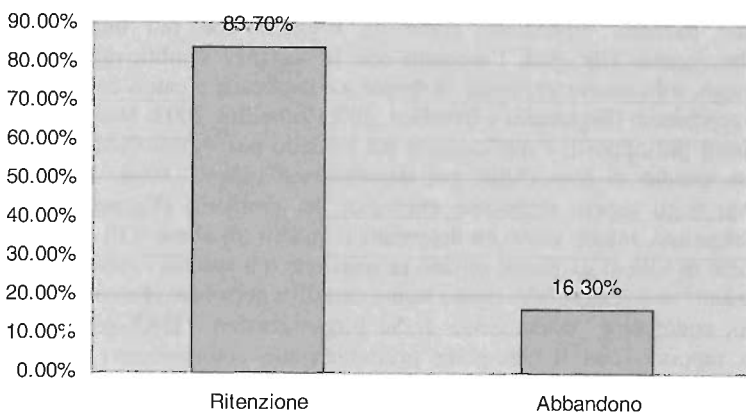


Fig. 8: tasso di ritenzione in trattamento dei pazienti dell'Ambulatorio di Alcolologia nell'anno 2006

Come più volte ribadito, non è possibile approfondire statisticamente l'analisi dei trattamenti; tuttavia, i risultati ottenuti depongono per una sostanziale efficacia degli stessi, dal momento che l'aggregazione dei dati relativi ai pazienti dimessi, a quelli in fase di RIC e a quelli in fase di RPC indica un **66.4% di risultati positivi**. (fig. 9).

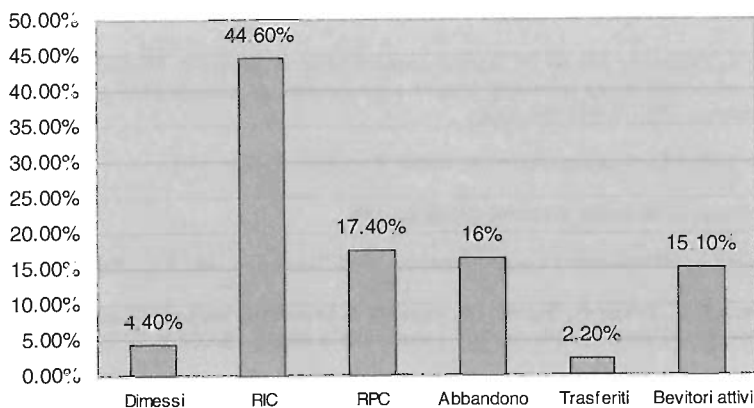


Fig. 9: esiti dei trattamenti erogati ai pazienti dell'Ambulatorio di Alcologia nell'anno 2006

Questi risultati appaiono particolarmente incoraggianti: il tasso di ritenzione in trattamento sembra esprimere una discreta capacità dell'equipe dell'Ambulatorio di offrire sostegno e risposte adeguate ai bisogni di una utenza caratterizzata da molteplici problemi (di ordine psicopatologico, sociale, lavorativo e relazionale in senso lato) e questo è confermato dalla altrettanto discreta percentuale di esiti positivi, valutati in media dopo circa 2 anni di trattamento.

Inoltre, l'ulteriore conferma dell'altissima incidenza di doppie diagnosi (in particolare dei Disturbi dell'Umore) ripropone la necessità di un approccio che non sia limitato alla gestione delle sole problematiche della cosiddetta dipendenza metabolica, ma che si faccia carico del più complesso problema etiologico di un Disturbo da uso di alcol. Il modello post-razionalista ha confermato, in questo senso, una sua validità euristica non solo per quanto riguarda una miglior comprensione degli itinerari esistenziali che portano da un'iniziale scompenso psicopatologico all'instaurarsi di quadri di abuso/dipendenza da alcol, ma anche un suo potenziale terapeutico, consentendo al paziente di sperimentare sia una diversa modalità di interazione (meno colpevolizzante ed emarginante) sia di sviluppare una maggiore consapevolezza di Sé, del suo peculiare modo di essere al mondo e, in definitiva, della sua storia personale.

Se è vero che solo una piccola percentuale degli utenti considerati ha poi, di fatto, portato avanti una psicoterapia ad orientamento post-razionalista, e però altrettanto vero che, pur nel rispetto delle singole professionalità, la condivisione, tra i componenti dell'equipe dell'Ambulatorio, di una epistemologia comune, che considera un Disturbo da uso di alcol come la risultante di problemi altri, per lo più di ordine psicologico, ha consentito un approccio multiprofessionale realmente integrato e armonico, rendendo così ragione dei risultati ottenuti, in termini di esiti.

L'equipe si propone di proseguire nel continuo lavoro di aggiornamento e formazione professionale, implementazione e miglioramento delle procedure applicate, studio, ricerca e analisi dei dati relativi alla popolazione con Disturbo da uso di alcol, anche con il chiaro intento di dare seguito, negli anni a venire, a periodici lavori di studio e ricerca che siano sempre più completi e approfonditi e che tengano conto delle molte altre variabili che in questa sede non è stato possibile valutare.

BIBLIOGRAFIA

Ameglio M., Canestri L. (Eds.): Dipendenze e Disturbi Psichiatrici: Esperienze Italiane a Confronto. Azienda USL 7, Siena, 2007.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV Edition, Text Revised (DSM IV-TR). A.P.A., Washington DC, 2000.

Angst J., Gamma A., Endrass J., Rossler W., Ajdacic-Gross V., Eich D., Herrel R., Merikangas K.R.: Is the association of alcohol use disorders with major depressive disorder a consequence of undiagnosed bipolar-II disorder? *Eur. Arch. Psychiat. Clin. Neurosci.*, 256 (7), 452-457, 2006.

Arciero G: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

Arciero G.: Sulle Tracce di Sé. Bolati Boringhieri, Torino, 2006.

Canali S.: Storia e critica del concetto di tossicodipendenza. *Med. Tossicodip.*, 38, 7-13, 2003.

Bardellini L.F., Ricci R.V., Ferrari F., Bocchia M.: Proposta di un modello integrato di applicazione della psicoterapia cognitiva al trattamento dell'abuso di sostanze. *Boll. Farmacodip. e Alcolis.*, XXIII(4), 52-59, 2000.

Bertolino A., Arciero G., Ruibino V., Latorre V., De Candia M., Mazzola V., Blasi G., Caforio G., Hariri A., Kolachana B., Nardini M., Weinberger D.R., Scarabino T.: Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5HTTLPR genotype and personality style. *Biol. Psych.*, 57(12), 1517-1525, 2005.

Bignamini E., Bombini R.: Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle "Tossicodipendenze". *Med. Tossicodip.*, 38, 49-58, 2003.

Bolton J., Cox B., Clara I., Sareen J.: Use of alcohol and drugs to self-medicate anxiety disorders in a nationally representative sample. *Nerv. Ment. Dis.*, 194(11), 818-825, 2006.

Buckner J.D., Schmidt N.B., Lang A.R., Small J.W., Schlauch R.C., Lewinsohn P.M.: Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Psychiat. Res.*, 2007.

Caspers K.M., Yucuis R., Troutman B., Spinks R.: Attachment as an organizer of behaviour: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Subst. Abuse Treat. Prev Policy*, 1, 32, 2006.

Cassano G.B., Garonna F.: L'Alcolismo negli Stati Depressivi. Ceig/Farmaceutici, Milano, 1984.

Corbellino G.: Il concetto evoluzionistico di malattia. *Med. Tossicodip.*, 38, 15-20, 2003.

Goodman A.: Gli "Addictive Disorders" come categoria diagnostica. *Med. Tossicodip.*, 38, 39-46, 2003.

Nestler E.J.: Molecular basis of long term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neurosciences*, 2(2), 103-104, 2001.

Damasio A.: L'errore di Cartesio. Adelphi, Milano, 1995.

Damasio A.: Emozioni e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000.

Damasio A.: Alla Ricerca di Spinoza. Adelphi, Milano, 2003.

De Rick A., Vanheule S.: Attachment styles in alcoholic inpatients. *Eur. Addict Res.*, 13(2), 101-108, 2007.

Guidano V.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.

Guidano V.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Khantzian E.J.: An ego/self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective. In: Lettieri D.J., Sayers M., Pearson H.W (Eds.), *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Research Monograph 30, 184-191, NIDA, Rockville, 1980.

Khantzian E.J.: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am. J. Psychiat.*, 142(11), 1259-1264, 1985.

Khantzian E.J.: Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and addictions. Similarities and differences. *Recent Dev. Alcohol.*, 8, 255-271, 1990.

Khantzian E.J.: The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv. Rev. Psychiat.*, 4(5), 287-289, 1997.

Lambruschi F. (Ed.): *Psicoterapia Cognitiva dell'Età Evolutiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

Lucchini A. (Ed.): *La Diagnosi nei Disturbi da Uso di Sostanze*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Maturana H., Varela F.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987.

Maturana H., Varela F.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988.

Maturana H.: *Autocoscienza e Realtà*. Cortina, Milano, 1993.

Morin E.: *Il Paradigma Perduto. Che cos'è la Natura Umana*, Bompiani, Milano, 1974.

Morin E.: *Il Metodo 5 – L'Umanità dell'Umanità. Volume 1 - La Personalità Umana*. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Nardi B.: *Processi Psicici e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Franco Angeli, Milano, 2001.

Nardi B., Capecci I.: I processi di organizzazione degli stili di personalità e le basi dell'unicità individuale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 18, 48-83, 2006.

Nardi B., Pannelli G.: Pattern di attaccamento e depressione nell'età evolutiva: contributo clinico in un'ottica cognitivista sistemico processuale. *Riv. Psichiat.*, 32(4), 157-164, 1997.

Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Riv. Psichiat.*, 33(6), 277-286, 1998.

O'Sullivan K., Whillans P., Daly M.: A comparison of alcoholics with and without coexisting affective disorders. *Brit. J. Psychiat.*, 143, 133-138, 1983.

Pannelli G.: Disagio adolescenziale e tossicodipendenza. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10, 83-84, 2002.

Pannelli G.: Patologie da dipendenza ed epistemologia post-razionalista, In: Nardi B., Brandoni M., Santone G. (Eds.), *Normalità e Disagio nell'Adolescenza. Atti del Corso Intensivo di Aggiornamento*, pp. 226-240. Quaderni della AUSL 7, Ancona, 2003.

Pannelli G.: Approccio post-razionalista alle patologie da dipendenza. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.), *Approccio all'adolescente Difficile. Atti del VI Convegno di Psicologia Post-Razionalista*, pp. 37-56. Quaderni della AUSL 7, Ancona, 2005.

Pannelli G.: Patologie da dipendenza e psicoterapia: il modello post-razionalista. *Mission*, 19, 26-32, 2006.

Schuckit M.A.: Genetic and clinical implicatios of alcoholism and affective dsorders. *Am. J. Psychiat.*, 143, 140-147, 1986.

Schuckit M.A.: *Drugs and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. Plenum Medical, New York, 1990.

Simkin D.R.: Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr. Clin. North Am.*, 49(2), 463-477, 2002.

Stanzione M.: Il problema mente corpo, il concetto di persona e comportamenti d'abuso. *Med. Tossicodip.*, 38, 21-30, 2003.

DEPRESSIONE E ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Le statistiche sembrano confermare che quella attuale sia la società della depressione. Si tratta di una società che esige una costante efficienza del corpo e della mente, che in qualche modo condiziona gli individui a non avere mai cedimenti e ad aderire ad un apparente buon umore. Al contrario, non attribuisce valore positivo ai momenti di crisi e di sconforto. Simili circostanze possono invece rappresentare l'occasione per pensare alla propria vita in modo critico, molto più che un "normale" e apparente "stare su di giri". Per una persona può essere altrettanto grave trascurare una depressione quanto cercare di avere uno stile di vita in cui prevale l'ostentare apparente buon umore. In un conteso in cui l'individuo deve mostrarsi sempre all'altezza, la depressione non è che la contropartita delle grandi risorse di energia che occorre spendere per divenire sé stessi.

Esiste una forma di depressione che si produce in seguito ad eventi ben definiti della vita, presentandosi come reazione ad una sofferenza prodotta da una perdita, da una difficoltà o da un fallimento. La reazione depressiva alla perdita, avvia quindi il processo di separazione andando a costituire un momento necessario al benessere mentale della persona. In questa ottica la depressione appare quindi indispensabile per superare i momenti di crisi. In altre parole, quando l'individuo riesce a valutare in maniera realistica la perdita, la depressione ha un valore funzionale e adattivo per la salute psichica.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV) stabilisce come sintomi della depressione i seguenti: umore depresso, perdita di interessi, cambiamenti nell'appetito, disturbi del sonno, senso di agitazione o rallentamento, perdita di energia, sentimenti di autosvalutazione o colpa, difficoltà a pensare, ideazione suicidaria. Definisce inoltre che la depressione può consistere in uno o più episodi gravi (*disturbo depressivo maggiore*) o può accompagnare la vita di un individuo in maniera più sottile per la maggior parte del tempo, per una durata di anni (*disturbo distimico*).

COCAINA E DEPRESSIONE

La depressione può avere una causa legata a condizioni mediche generali o può essere indotta da sostanze tossiche presenti nell'ambiente o da sostanze psicotrope (alcol, cocaina, inalanti, steroidi tranquillanti, ecc.). L'uso o l'abuso di sostanze eccitanti come, appunto, la cocaina può essere letto come un comportamento che rappresenta un tentativo di controllare la depressione.

La prevalente incidenza dell'abuso nei soggetti più giovani della popolazione, ha stimolato l'emergere di numerosissimi studi che dimostrano che l'esposizione cronica (ad es., ai solventi) risulta collegata ad alterazioni neurologiche, psicologiche e, in particolare, cognitive. Apatia e senso di colpa sono di frequente riscontro nei consumatori cronici, sintomi che presentano una analogia con quelli caratteristici della cosiddetta "*sindrome amotivazionale*", spesso descritta nei soggetti depressi e nei consumatori di cannabis.

Molte sono le cause che stanno all'origine dell'uso di cocaina. L'esperienza clinica mostra che fra le più frequenti vi è quella legata ad un mascheramento di un quadro depressivo.

Il ricorso alla sostanza stupefacente viene utilizzato per affrontare sentimenti di inadeguatezza, ansia circa le proprie capacità di essere all'altezza nelle situazioni, professionali, socio relazionali, affettive. Gli effetti iperstimolanti, prodotti dalla cocaina, sono ad esempio in grado di mettere a tacere l'autosvalutazione, caratteristica delle forme depressive.

Caratteristica dei consumatori e abusatori di cocaina è l'incapacità di percepire le reali motivazioni dell'assunzione la cui gravità viene misconosciuta o minimizzata.

L'enorme diffusione della sostanza negli "alti" livelli sociali potenzia, l'illusoria idea di attuare un comportamento "normale" in quanto diffuso, sentendosi partecipi di un particolare stile di vita "vincente", rispondente e conforme alle richieste di produttività, efficienza, adeguatezza poste dalla società contemporanea.

In un quadro di apparente sintonia con sé e con gli altri, il soggetto cocainomane si appiglia all'euforia che la sostanza gli procura.

Quando aumentano la quantità e la frequenza di assunzione della sostanza e si verifica l'*assuefazione*, emerge il fondo depressivo: progressiva diminuzione della stimolazione euforizzante, contrazione della durata degli effetti, verticale caduta della sensazione di benessere.

L'accrescersi del consumo, il percepire di non poter funzionare adeguatamente senza la cocaina, il malessere depressivo sempre più accentuato che accompagna lo svanire degli effetti segnalano la comparsa della *dipendenza*.

Il soggetto cocainomane tende ad attribuire il proprio malessere alla sostanza la cui assunzione viene percepita come causa della condizione di malessere, invertendo erroneamente i rapporti di causa effetto (estrema forma di negazione della problematicità sottostante l'uso di sostanze).

In questa condizione di misconoscimento della propria situazione, che delimita e delega il problema alla sostanza, il soggetto non riesce ad elaborare la consapevolezza della depressione preesistente e ricorrere alla consulenza psicologica.

CASO CLINICO: GIULIA

Invio e primi contatti

Giulia 21 anni giunge all'osservazione nell'agosto 2005 dopo un primo contatto con il Ser.T di appartenenza con diagnosi di depressione formulata dallo stesso servizio.

La paziente abusa da circa due anni di cocaina e cannabinoidi, è visibilmente confusa e depressa. La sua richiesta di aiuto è molto confusa, chiede di non essere più depressa ma esprime l'intenzione di non abbandonare completamente l'uso di sostanze.

Ambiente familiare

Giulia è l'ultimogenita di tre figli: il primogenito è sposato con prole, la secondogenita ha una relazione affettiva stabile ma vive ancora nella famiglia di origine; entrambi gestiscono un'attività di famiglia. Descrive il rapporto con i suoi fratelli come molto conflittuale.

Il padre è un ex alcolista attualmente disabile in seguito ad una malattia sopraggiunta alcuni anni fa. Viene descritto da G. attualmente come molto svalutante ed aggressivo, prima della malattia costantemente depresso.

La madre sembra essere una persona molto buona, semplice ed affidabile, apparentemente sempre disponibile ma incapace di vicinanza emotiva.

Itinerario di sviluppo

I suoi primi ricordi sono di una infanzia abbastanza serena, di un bel rapporto con la madre, la quale riponeva in lei grandi aspettative. Tuttavia il racconto del suo passato non appare molto vivido né fluido e la sua descrizione è poco dettagliata e concisa.

G. riferisce di essere sempre stata molto brava a corrispondere alle aspettative esterne, soprattutto materne.

La crisi adolescenziale

Durante la preadolescenza G. rimane spesso sola in casa perché l'intera famiglia sembra doversi occupare dell'attività lavorativa: *"rimanevo sola in casa per interi pomeriggi, nessuno si interessava più a me ... io facevo la brava bambina, così mi volevano..."*.

La scelta della scuola secondaria viene fatta per assecondare le richieste materne, senza un reale interesse. G. inizia a provare una sensazione di forte inadeguatezza e vergogna rispetto alle sue coetanee, nelle quali sembra non riuscire a riconoscersi; si vede "diversa": *"...io non avevo amiche femmine, ho cominciato a non sentirmi più brava come prima ma vedevo che le altre mie compagne erano tutte più brave ragazze di me... ho iniziato a fumare canne, ho avuto le mie prime esperienze sessuali (...) cominciavo ad essere la più vissuta"*.

Attorno ai suoi sedici anni, la malattia del padre ed il conseguente handicap vedono di nuovo la madre ed i familiari lontani ed impegnati nel suo accudimento. G. dichiara di essersi sentita ancora una volta abbandonata e sola, senza punti di riferimento, senza nessuno che potesse orientarla; sopraggiunge una crisi depressiva, in seguito alla quale G. abbandona la scuola, aumenta il consumo di cannabinoidi e alcool, passa ad abusare in maniera massiccia di cocaina, mettendo in atto comportamenti altamente rischiosi anche in campo sessuale. Riesce a nascondere l'abuso di sostanze e ad auto curarsi la depressione per circa due anni, continuando per un po' anche a frequentare la scuola. Finalmente, scoperta dai familiari, G. crolla e, seppur costretta a farsi aiutare, accetta il trattamento terapeutico.

Situazione attuale e riformulazione del problema clinico

Durante la permanenza al centro diurno si è resa necessaria una calda accoglienza, libera dai giudizi, per favorire la compliance della paziente. Attraverso un lavoro psicoeducativo G. ha aumentato la consapevolezza del problema ed ha, fin dall'inizio, parzialmente ridotto l'abuso di cocaina.

In una fase successiva, un lavoro più profondo ha permesso alla paziente, che presenta caratteristiche di una organizzazione di tipo contestualizzato, una rilettura del suo sintomo in chiave più adattiva. Attraverso la ricostruzione degli episodi significativi, G. ha potuto elaborare come l'abuso di sostanze fosse sempre preceduto da una condizione di inadeguatezza e di non valore che provava all'interno di relazioni significative e non.

L'incertezza di sé, i dubbi circa il proprio valore e l'esito della propria crescita, l'immagine personale gravemente minacciata da un senso di inadeguatezza, e inutilità; ancora, la mescolanza di sentimenti di rabbia, paura e vergogna hanno dato luogo alla percezione di un sé vuoto e mortificato.

Su questo scenario affettivo emotivo hanno preso forma i diversi agiti rischiosi, percepiti come qualcosa di vitale, che poteva finalmente riscattare l'immagine povera e svalutata di sé.

Il ricorso alle sostanze le ha consentito di non fermarsi a pensare a sé stessa, alleviando, seppur in maniera fittizia, la depressione ed il senso di morte.

Dopo quasi due anni G. appare più definita nella sua identità, maggiormente distante dalla valutazione esterna e centrata sui suoi reali bisogni. Ha completamente abbandonato l'uso di cocaina ed ha circoscritto l'abuso di cannabinoidi a sporadici episodi. Le relazioni con i familiari sono più serene e G. è meno vulnerabile ai valori ed ai giudizi della famiglia.

Ha ottenuto un lavoro come commessa che la gratifica molto, gestisce il suo tempo libero in maniera più adattiva. Sta sviluppando una progettualità futura. Non si sono più evidenziate tematiche depressive.

BIBLIOGRAFIA

Ehrenberg A.: *La Fatica di Essere Sé Stessi*. Einaudi, Torino, 2000.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Forth Edition (DSM-IV). A.P.A. Press, Washington, 1994. [Ed.It.: *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV Edizione - DSM-IV. Masson, Milano 1995].

Guidano V.F.: *Complexity of the Self*. Guilford, New York, 1987. [Ed. It.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988].

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991. [Ed. It.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992].

Micaela Barbuzzi, Riccardo Coltrinari

**PSICOPATOLOGIA E IMMIGRAZIONE:
STUDIO ESPLORATIVO
PRESSO LA CLINICA PSICHIATRICA DI ANCONA**

In epoche lontane non vi era una chiara linea di demarcazione tra il comportamento e la salute, poiché, se gli individui non agivano come dovevano, erano considerati come malati. La malattia poteva essere una risposta a qualsiasi evento comportamentale o ambientale, come la cattiva azione, la maledizione rituale, o la possessione da parte degli spiriti. Qualunque fosse la dinamica della malattia, molte “diagnosi” non separavano le emozioni dell’individuo dallo stato di malattia del suo corpo. Quindi il trattamento della malattia si situò, nelle società antiche, dapprima a livello comportamentale, e furono considerate parte integrante dell’assistenza sanitaria il sacrificio, la preghiera e il potere della suggestione.

Quindi da un primo *modello* tradizionale “*bio-medico*” di impostazione riduzionista, oggi si è giunti ad un nuovo modello di tipo integrato: il *modello* “*bio-psico-sociale*”. Secondo il primo modello per ogni malattia esiste una causa biologica primaria oggettivamente identificabile. La malattia viene perciò trattata come un’entità indipendente dal comportamento sociale e quindi i fattori comportamentali e i problemi psico-sociali non sono considerati come cause potenziali di malattia. Secondo invece il modello “*bio-psico-sociale*” la malattia è considerata come dipendente dall’interazione tra diversi fattori tra i quali sono compresi quelli biologici, psicologici, e sociali. Perciò una diagnosi medica deve necessariamente considerare l’interazione tra questi tre aspetti nella genesi di una malattia. Questo modello è di tipo sistemico, basato cioè sull’interdipendenza e sull’integrazione di specifici livelli di analisi che affrontano la complessità dell’organismo da diversi punti di vista. Esso mira al superamento del vecchio dualismo tra psiche e soma e della concezione semplicistica di cause singole nell’insorgenza della malattia, individuando alla base delle alterazioni della salute l’interazione dinamica di fattori multipli.

La caratteristica principale del modello bio-psico-sociale, è quella di approfondire il livello psicologico interessandosi della salute globale della persona vista nel suo ambiente di vita, e ponendo un’enfasi maggiore sulla promozione della salute intesa come realizzazione di sé. Per quanto riguarda il livello sociale invece, esso fa riferimento prevalentemente al quadro teorico della “*Social Cognition*”, in cui viene preso in considerazione il contesto esterno al soggetto, il quale è visto essenzialmente come un individuo che conosce ed elabora informazioni, prende decisioni, valuta costi e benefici di un’azione. Il ruolo del sociale all’interno di questo modello deve essere attentamente considerato sia per l’importanza che assume nel determinare le possibilità e le modalità con cui il soggetto cerca di far fronte alla malattia, allo stress e alla sofferenza, sia anche sul piano eziologico nella produzione stessa dello stress e dell’eventuale patologia psichica e fisica. Ormai è ampiamente dimostrato che in letteratura non esiste una definizione univoca dei concetti basilari di salute e di malattia ma bensì una pluralità di prospettive.

Lo stato di benessere/malessere è riconducibile ad uno stato di adattamento/disadattamento individuale delle caratteristiche mentali all’ambiente di vita. Perciò un individuo starà bene quando sperimenterà stati mentali positivi in situazioni di relazioni adattive con l’ambiente; viceversa starà male quando sperimenterà stati mentali negativi in situazioni di relazioni disadattative con l’ambiente. Nel caso specifico della migrazione è inevitabile che si producano degli sconvolgimenti dovuti all’incontro con altri valori e con un altro modo di vivere e pensare, che richiedono una azione da parte dell’individuo migrante che permetta l’integrazione “tra il vecchio e il nuovo”, tra l’identità originaria e l’identità che si ri-costituirà nel nuovo contesto. Questa trasformazione di

senso compete anche l'integrazione dei sistemi di cura ma anche del significato di malattia col quale si incontra-scontra nel nuovo Paese di arrivo.

L'Italia con la sua storia di paese di immigrazione relativamente recente, non ha sempre posto un'adeguata attenzione nei confronti dei problemi di salute dei migranti. La salute infatti veniva considerata come una questione estranea alla migrazione e come un problema secondario per il paese ospitante. Al contrario, per il migrante essa rappresenta un patrimonio fondamentale.

Lo stato di salute, è dunque la vera forza del migrante perché gli permette di espletare il proprio ruolo e di realizzare il progetto migratorio la cui concretizzazione nel tempo richiede una resistenza psico-fisica notevole. Quindi soltanto avendo un corpo e una mente sana l'individuo può portare a termine gli impegni presi con se stesso e con il gruppo sociale di appartenenza in seguito all'atto migratorio.

LA DIMENSIONE CULTURALE DELLA MALATTIA

Come già citato, l'incontro del migrante con il paese ospitante assume i connotati di uno scontro culturale. Nelle diverse situazioni sociali, l'immigrato tende ad esplicitare la propria appartenenza culturale ed il suo vissuto storico. Una di queste riguarda le percezioni, le scelte, i comportamenti e le relazioni determinate dall'essere in salute o in malattia. Diverse sono, infatti, le rappresentazioni culturali della malattia e i "sistemi di credenze" sulla salute/malattia.

Per "sistema di credenze" relativo, tra l'altro, anche alla salute, si intende un insieme di valori, norme e conoscenze relative alla salute e alla malattia, che possono essere più o meno coerenti e più o meno correlati tra loro. Questo sistema di credenze si struttura nell'individuo prima del contatto con il sistema istituzionale delle cure, in base alle immagini della salute che il soggetto ha interiorizzato nel corso dei processi di socializzazione. Tale sistema si modifica nel tempo in base alle esperienze pregresse di malattie, al mutare della percezione del proprio corpo e del suo funzionamento, e ai rapporti con il sistema medico delle cure. L'individuo quindi attinge dal proprio sistema di credenze per dare un significato alla sua esperienza di malattia, e per orientarsi sui comportamenti più adeguati da assumere in merito. Per capire appieno i comportamenti determinati dallo stato di malattia, è necessario comprendere, perciò, il senso complessivo del processo esperienziale a cui l'individuo fa riferimento.

Il significato di salute e di malattia nelle società occidentali è assai diverso da quello dei Paesi del Terzo Mondo. Nelle civiltà non occidentali, ad esempio, la malattia è intesa non come fatto fisico, biologico, ma come fatto legato alla parte psichica, sociale, dell'uomo, come un male spirituale, un castigo che colpisce l'individuo o il gruppo. Nelle società non occidentali la persona viene concepita come composta da un corpo e da un'entità non corporea chiamata anima o spirito. Tra queste due entità esiste una continua e dinamica correlazione; fondamentale, di conseguenza, è la necessità vitale di rapporti sociali ben definiti, e di un legame della persona con la natura e con il mondo sovrannaturale. La salute risulta essere uno stato di equilibrio tra le componenti sociali, naturali e spirituali. Non è tanto importante il destino del malato, quanto la causa che ha indotto l'aldilà a colpire e a segnalare, attraverso la malattia, che il singolo o la famiglia hanno commesso una colpa. La malattia, inoltre, in quanto segno di disequilibrio nel sistema uomo-ambiente, mobilita la comunità di appartenenza del soggetto, la quale, attraverso un'elaborazione collettiva, ricerca le cause che hanno determinato l'insorgenza dell'evento patologico. Si ha quindi un'azione comunitaria, curativa per il singolo, e responsabilizzante per il gruppo.

Dal momento che le cause della malattia possono essere sociali, religiose, magiche, oppure punizioni inviate dal soprannaturale come conseguenza di un'infrazione delle leggi divine e tribali da parte del soggetto malato, e l'individuo percepisce la malattia quale punizione per una trasgressione commessa, si predispose ad espiarla fino alla morte.

Da parte del gruppo, l'ammalato può essere talvolta individuato come capro espiatorio, e conseguentemente isolato dalla comunità. Anche il sapere medico è un sapere condiviso: ciascun membro della comunità è in grado di differenziare i mali che può curare da solo, dai mali che

invece richiedono l'opera specializzata di un altro membro che possiede un sapere più approfondito, e che è dotato di un maggior potere. Nelle società tradizionali dei Paesi del Terzo Mondo, ad esempio, alcuni disturbi sono considerati passeggeri e curabili all'interno della famiglia stessa (quali, mal di testa, di ossa, di denti, ecc.). Questi disturbi vengono curati attraverso il potere curativo delle erbe medicinali, la cui conoscenza viene tramandata di padre in figlio. Per le malattie considerate più gravi, la comunità ricorre a terapeuti tradizionali, che possono essere guaritori o sacerdoti-medici, e questo ricorso segna la differenza che intercorre tra l'avere un male e l'essere malato.

In Africa l'essere malato si presenta come un evento che provoca un disordine paragonabile a qualunque altro sconvolgimento dell'ordine "naturale" delle cose.

Per i popoli africani, infatti, non ci sono differenze tra una malattia e una siccità, un'inondazione o la morte di un bambino: sono tutti eventi che hanno un responsabile e che necessitano di una riparazione. Secondo questa concezione della malattia, essa si relaziona più con il mondo esterno che con il corpo in sé stesso. E' quindi il corpo sociale che determina come la malattia viene vissuta e percepita nel corpo fisico. Questa concezione è particolarmente evidente quando si parla di salute mentale.

A differenza delle società occidentali, in cui la malattia, il malato e la medicina sono state separate in modo da controllare i loro aspetti separatamente, nelle società non occidentali questi aspetti sono inscindibili. La malattia fa sempre riferimento, oltre che al corpo fisico, anche al corpo sociale. E' questo il motivo per cui in queste società l'evento malattia diventa un'esperienza intersoggettiva da condividere con il gruppo di appartenenza. La spiegazione della malattia servirà ad analizzare il disordine nell'ordine, a trasformare il pericolo malefico in pericolo benefico. L'essere malato non è grave in sé se non come segnale di qualcos'altro. Perciò la sintomatologia rinvia ad un'altra cosa che non è il solo segno nosografico. Nelle società tradizionali, l'origine del male fisico o psichico è sempre esterna al corpo del malato e può essere di vario tipo; il male può essere provocato da: stregoneria, spiriti, invidia, stato di tensione all'interno della famiglia, ecc.

La consultazione con il guaritore tradizionale (lo stregone) si riduce alla formulazione e risposta di due domande: quando (a che ora, in quale giorno) è comparso il sintomo, e dove, in quale luogo fisico, si è manifestato per la prima volta. Sulla base di questi due dati viene formulata la diagnosi. Secondo questa concezione, quindi, la malattia non si sviluppa progressivamente, ma colpisce l'individuo brutalmente, tutto in una volta.

Una concezione simile riguardo all'intervento medico, a metà tra il magico e lo scettico, si riscontra anche tra i nomadi. Lo zingaro, ad esempio, non ama essere sottoposto ad indagini o ad esami, e si aspetta che il medico arrivi rapidamente ad una diagnosi.

Di solito l'individuo immigrato porta con sé una serie di oggetti dal proprio paese, e tra questi ci sono i medicinali, che hanno la funzione di "oggetti- memoria". Così facendo, egli cerca di evitare il ricorso alla struttura ospite per più tempo possibile. Se però non riuscirà ad affrontare la malattia con il suo sapere tradizionale e con i rimedi farmacologici della sua comunità di origine, sarà costretto a rivolgersi ad una struttura sanitaria del Paese ospite, considerata estranea, nella quale il suo Io culturale non trova nessun riferimento. La sofferenza del soggetto è dipendente non solo all'affievolirsi delle capacità del corpo, e dalla perdita della sua potenza bio/vitale, ma anche dalla rottura con la sua comunità.

Nelle società occidentali, la malattia è intesa come un'alterazione biologica che si verifica nel momento in cui un agente patogeno incontra il malato. La malattia viene vista nella nostra società altamente conflittuale e competitiva, come un modo per esentarsi dal proprio ruolo, esenzione tollerata però nella misura in cui essa risulta temporanea. Risulta essere sano chi è capace di esercitare il proprio ruolo ed è integrato, è malato invece colui che non riesce ad esserlo. L'unico modo che porta alla guarigione, è quello di ricorrere alle cure sanitarie. Il malato, all'interno della nostra società, perde il suo ruolo sociale e i suoi diritti di cittadino, viene completamente spersonalizzato ed estraniato dal suo contesto per essere affidato ai medici; egli delega al medico e alla medicina la sua parte malata, e una volta entrato in ospedale non è più padrone del suo corpo

né tanto meno della sua malattia; deve inoltre subire anche il distacco dai suoi familiari e dal suo ambiente sociale. Nelle società occidentali è inoltre assente il sentimento partecipante e responsabile della comunità dinanzi alla malattia, e il medico è l'unico che può appropriarsi del problema; si afferma così il rapporto esclusivo medico-paziente.

DISTURBI DELL'UMORE E IMMIGRAZIONE.

Il cambiamento legato al passaggio da una società in cui si è culturalmente integrati, ad una società in cui vi sono infiniti elementi di diversità, di novità, crea uno stato di fragilità nell'individuo.

L'emigrazione dà origine ad una serie di stimoli fisici e psico-sociali che agiscono sugli individui.

A questi stimoli si sommano le caratteristiche fisiche e psichiche proprie di ciascun individuo, le quali sono determinate dai fattori genetici e dalle influenze ambientali precoci. Dall'unione di tutti questi fattori nasce il programma psico-biologico che determina la vulnerabilità, la resistenza e la predisposizione dell'individuo a reagire ai vari stimoli incontrati nel processo migratorio. Dall'integrazione degli stimoli, del programma psico-biologico, e delle variabili interagenti, risulta una reazione da parte dell'individuo nei confronti della situazione determinata dal migrare.

Alcune di queste reazioni possono essere dei precursori di malattia o di disagio, che potranno trasformarsi o meno in malattie conclamate. Le variabili interagenti, con il tempo, possono facilitare l'insorgere di una malattia, e in questo caso sono dette predisponenti, proprio perché predispongono un individuo ad "ammalarsi". Gli stimoli psico-sociali ai quali l'immigrato è sottoposto sono in teoria infiniti, alcuni di questi produrranno delle reazioni non specifiche del soggetto. Le reazioni di stress possono essere provocate da un gran numero di situazioni psico-sociali in cui si viene a trovare l'immigrato, e sono una tipica risposta dell'individuo all'impatto con l'esperienza della migrazione. Esse sono considerate come segni di sofferenza e di compromissione funzionale a livello sia fisico che mentale. Quando l'individuo è esposto ad una situazione psico-sociale di forte impatto, come la migrazione, ha una maggiore possibilità di mettere in atto meccanismi patogenetici che sono spesso cause di malattie e sofferenze. Questo avviene soprattutto quando l'individuo emigrato non possiede una protezione naturale e culturale.

Numerosi studi hanno dimostrato che se i cambiamenti di vita sono di grande intensità e frequenza, vi è un elevato rischio per la salute dell'individuo. Spesso, l'accumulo di piccoli e grandi cambiamenti nello stile di vita dell'individuo emigrato e nelle sue abitudini, provocano un senso di confusione e di smarrimento che sono difficilmente verbalizzabili, e tendono invece a trasformarsi in sintomi somatici. La malattia si manifesta, in questo caso, come la manifestazione di un "crollo psicologico". Possiamo perciò dedurre facilmente che le patologie più tipiche del soggetto immigrato sono quelle da "adattamento", e da "sradicamento".

I problemi legati all'adattamento vengono raggruppati ove si configurano tutte quelle manifestazioni di cosiddetta psicopatologia dell'immigrato da poco giunto nel nuovo paese. Sono causati da una serie di eventi come: il dolore per la separazione dalle figure parentali, la nostalgia per il Paese d'origine, lo stress provocato dall'evento migratorio, l'ansia per l'ignoto, l'estrema condizione di vulnerabilità, ecc. Questi fattori costituiscono solo alcuni dei principali presupposti per la compromissione dello stato di salute del soggetto immigrato. Le forme sotto cui lo straniero può manifestare il suo disagio sono diverse, e possono essere:

- Patologie psicosomatiche
- Forme di depressione mascherata
- Ansia somatizzata
- Forme di inibizione temporanea dell'azione
- Forme di strutturazione nevrotica

Mano a mano che l'individuo si sforza di adattarsi al nuovo ambiente, i sintomi possono modificarsi e anche, con il tempo, attenuarsi.

I problemi legati allo sradicamento consistono nell'effetto che esso stesso provoca: vulnerabilità fisica e psicologica di fronte alle aggressioni degli eventi quotidiani. Lo sradicamento viene vissuto

dal soggetto come una perdita del suo universo di vita abituale e produce una condizione di instabilità psichica e di insicurezza che possono essere non facilmente controllabili e permanere nel tempo. Esso genera fragilità fisica e psichica nell'individuo, che non ha più punti di riferimento, e manca delle principali regole di vita nella nuova società. L'emigrante, nella nuova realtà, deve ricercare un nuovo equilibrio, ed assumere il controllo della nuova situazione fisica, climatica, psicologica, culturale oltre che lavorativa, abitativa, e sociale. Lo sradicamento può rappresentare la vera causa dello stato di sofferenza, di disagio, e di malattia del migrante.

Nello specifico dei disturbi dell'umore, molti ricercatori del passato ne negarono l'esistenza specialmente nel continente africano. Più recentemente alcune indagini, condotte in setting prevalentemente urbani, o in sporadiche segnalazioni relative ad aree rurali, ma in campioni molto particolari, ad esempio sottoposti a stress da guerra, sembrano confutare tale ipotesi. Tuttavia è spesso sostenuto che i disturbi somatoformi rappresentino l'elemento più caratteristico della psicopatologia africana. Secondo la scuola di Collomb, la depressione risulterebbe il disturbo più frequente e significativo, ma la sua presentazione clinica sarebbe caratterizzata da idee di riferimento, deliri di persecuzione e sintomi psicosomatici, mentre le idee di colpa e le condotte suicidarie sembrerebbero estremamente rare, comportamenti tipici invece delle società occidentali. Questi aspetti furono studiati da autori di impostazione psicodinamica e secondo prospettive sociologiche, le cui osservazioni concordano nel sottolineare il ruolo dei particolari stili educativi e di accudimento della prole con supporto "esteso" nella genesi di una personalità fortemente simbiotica e "comunitaria", correlabile alle modalità di scompensamento, rappresentate da sintomi persecutori sullo sfondo di un sentimento depressivo di "dislocazione da gruppo".

A questo proposito, c'è da sottolineare che la partenza per lavorare in una nazione straniera è preceduta, presso le etnie dell'Africa Occidentale, da precisi rituali magico religiosi (il "*Narval*" in lingua Wolof). Si crea così una sorta di vincolo che sottopone l'individuo al controllo da parte della madre o della sposa in patria e che modula gli effetti di una esperienza fortemente centrifuga rispetto alla comunità. Si crede infatti che l'emigrante possa essere richiamato grazie ad un cerimoniale chiamato *Wotal* (trad.: richiamo), se non dovesse rispondere egli perderebbe la salute mentale. Sul piano economico la famiglia potrà disporre con certezza delle rimesse periodiche del congiunto emigrato, sul piano psicologico e psicosociale la distanza non lederà gli stretti vincoli simbiotici che legano l'individuo al gruppo di appartenenza (specificità del rituale magico).

Studi di Coppo e colleghi hanno posto in evidenza che la quasi totalità degli immigrati senegalesi in scompensamento psicotico osservati era convinta di essere stata oggetto di *Wotal*. I quadri clinici erano caratterizzati da bouffées con deliri persecutori e confusione mentale e richiamavano le descrizioni che Collomb a Dakar aveva interpretato come equivalenti depressivi. Nel caso di episodi psicotici in emigrati, al rientro in Senegal, fa seguito, da parte della famiglia e dal gruppo etnico, la messa in atto di una serie di rituali tradizionali, atti a rompere gli effetti negativi del *Wotal*. Queste cerimonie rinsaldano l'individuo con il gruppo di appartenenza, ed hanno una forte valenza e significazione culturale.

Secondo una ricerca condotta da Murphy, una attenta analisi storica evidenzerebbe anche in occidente l'influenza dei fattori socio-economici nella trasformazione della fenomenologia depressiva. L'autore canadese aveva infatti analizzato le descrizioni della melanconia condotte da medici e religiosi nell'arco di una vasta epoca storica in Europa. Secondo questa prospettiva, l'emergere delle sindromi caratterizzate da idee di colpa, bassa stima di sé e sentimenti di inaiutabilità (*helplessness*), sarebbe individuabile in alcune aree dell'Inghilterra alla fine del XVII secolo, in verosimile relazione con il passaggio dall'economia feudale a quella industriale. Gli elementi essenziali, nel determinare la modificazione psicopatologica, sarebbero stati la dissoluzione della famiglia allargata, il conseguente cambiamento degli stili educativi e il minor supporto emotivo per il membro del gruppo.

Lontana da ogni riduzionismo sociologico o economico, la tesi avanzata da Murphy, dunque evidenzia come la ragione d'essere e il senso dei sintomi vada cercata all'interno dell'interazione fra concezioni relative alla persona e contesto (culturale, sociale, economico).

L'INDAGINE ESPLORATIVA

Questo lavoro presenta una riflessione sulle manifestazioni psicopatologiche presentate dalla popolazione immigrata afferente presso la Clinica Psichiatrica, SPDC e SERT degli Ospedali Riuniti Torrette-Ancona.

L'idea di fondo è la valutazione dell'impatto delle modificazioni culturali sull'espressione del disagio psichico attraverso un'indagine epidemiologica delle cartelle cliniche.

La scelta dell'oggetto di studio è stata in gran parte determinata da un percorso tracciato da studi precedenti, svolti in territorio nazionale e internazionale, sulla psicopatologia nell'emigrazione e nell'inurbamento e da un'esigenza di comprensione del fenomeno psichico da parte di psichiatri e psicologi che quasi quotidianamente si trovano a contatto con specifiche problematiche patologiche inerenti le culture altre. Iniziamo col premettere che il campione di riferimento è numericamente ridotto e poco rilevante in confronto alla popolazione autoctona afferente presso gli stessi servizi. Nel triennio 2004-2006 l'utenza straniera afferita presso la Clinica Psichiatrica, l'SPDC e il SERT è stata complessivamente di 112 soggetti (73 in Clinica Psichiatrica + SERT e 39 presso l'SPDC) su di un totale di 1647 ricoveri. Essendo un numero molto ridotto, non abbiamo potuto procedere con analisi statistiche elaborate rispetto un potenziale cambiamento culturale della manifestazione di patologia, ma abbiamo cercato di fare un quadro generale dell'utenza straniera afferente attraverso l'analisi delle cartelle cliniche ricavandone informazioni rispetto la provenienza (Tab. 1) e le manifestazioni patologiche che hanno prodotto il ricovero (Tab. 2).

Rispetto ai Paesi di provenienza abbiamo proceduto con una categorizzazione per grandi continenti per semplificare l'analisi della frequenza di un determinata manifestazione psicopatologica. Nonostante sia ben chiaro che in uno stesso continente, come ad esempio quello africano, non ci si possa rifare ad una categoria omogenea di individui, abbiamo proceduto con l'elaborazione senza tenere in considerazione un discorso specifico per comunità di appartenenza, a causa del ridotto numero del campione di riferimento. Dalla Tab. 1 si evince che il continente con maggior frequenza presso i servizi considerati è l'Est Europa con l'80%, di seguito il continente africano con il 61%.

Tab. 1. Paesi di Provenienza secondo la categorizzazione applicata per l'analisi dei dati con %

PAESE DI PROVENIENZA				
Africa 61%	Asia 15%	Nord Europa 20%	Est Europa 80%	Sud America 24%
Algeria	Bangladesh	Finlandia	Albania	Argentina
Benin	Haiti	Germania	Croazia	Bolivia
Camerun	India	Gran Bretagna	Grecia	Brasile
Ghana	Kurdistan	Olanda	Macedonia	Cuba
Isole Comore	Russia	Svizzera	Polonia	Rep. Dominicana
Marocco	Thailandia		Romania	
Nigeria			Ucraina	
Senegal			Ungheria	
Somalia				
Tunisia				
Uganda				

Come secondo step abbiamo proceduto con la classificazione delle manifestazioni psicopatologiche, nelle due grandi categorie, disturbi dell'umore e psicosi, aggiungendo una terza, non diagnosticato, dove sono stati inseriti quei soggetti cui si è riscontrata difficoltà nel trovare una diagnosi adeguata.

Tab.2. Categorizzazione delle manifestazioni psicopatologiche

DISTURBO DELL'UMORE	PSICOSI
Depressione Maggiore	Bouffée délirante
Depressione non classificata	Disturbo di personalità
Depressione atipica	Disturbo delirante
Depressione + etilismo cronico	Episodio psicotico acuto
Disturbo della condotta	Psicosi affettiva
Disturbo da conversione	Reazione paranoidea
Disturbo bipolare in fase di eccitamento	Schizofrenia
Episodio depressivo + autolesionismo	Schizofrenia paranoidea
Episodio depressivo + avvelenamento	Sindrome delirante
Episodio depressivo + condotte di abuso	
Episodio maniacale	
Etilismo cronico + depressione	
Intossicazione da farmaci	
Reazione acuta	
Reazione ansioso-depressiva	
Reazione di adattamento	
Reazione di adattamento + altre reazioni da shock culturale	
Reazione di adattamento + disturbo della condotta	
Sindrome affettiva bipolare	
Sindrome dissociativa	
Stato confusionale	

Dalle Tabelle 3 e 4, con i relativi grafici (graf. 1-2 e graf. 3-4), si evidenzia il numero dei soggetti con la relativa provenienza, in rapporto alla diagnosi. Rispetto i ricoveri in Clinica Psichiatrica, si nota che la frequenza più elevata risulta essere l'utenza proveniente dal continente africano e di seguito quelli dell'Est Europa, per quel che concerne la diagnosi di disturbo dell'umore (61%). La diagnosi di psicosi (32%) presso questo stesso servizio trova frequenza maggiore in soggetti provenienti dagli stessi Paesi in cui abbiamo una maggior frequenza di diagnosi di disturbo dell'umore. Un difficoltà diagnostica è rilevante per l'utenza proveniente dall'Est Europa.

Per quel che concerne l'SPDC troviamo l'Est Europa come Paese che presenta la maggioranza di casi con disturbo dell'umore (59%), di seguito il continente africano. La diagnosi di psicosi (31%), come per la clinica psichiatrica, trova maggiore evidenza nel continente africano, seguita invece dai Paesi rappresentativi del Nord Europa. Problemi di diagnosi sono relativi i Paesi del Sud America.

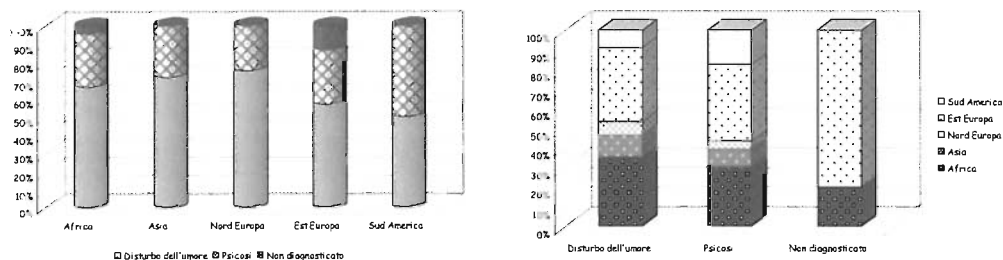
Tab. 3. Frequenza dei soggetti relativa alla diagnosi in Clinica Psichiatrica

Cl. Psichiatrica	Disturbo dell'umore 61%	Psicosi 32%	Non diagnosticato 7%
Africa	16	7	1
Asia	5	2	0
Nord Europa	3	1	0
Est Europa	17	9	4
Sud America	4	4	0

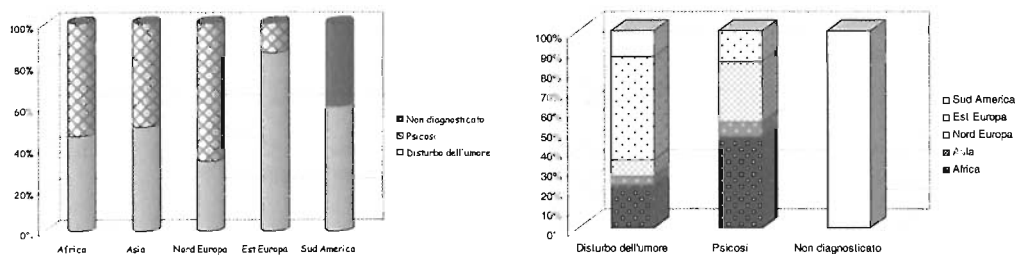
Tab. 4. Frequenza dei soggetti relativa alla diagnosi presso l'SPDC

SPDC	Disturbo dell'umore 59%	Psicosi 31%	Non diagnosticato 10%
Africa	5	6	0
Asia	1	1	0
Nord Europa	2	4	0
Est Europa	12	2	0
Sud America	3	0	2

Grafici 1-2. Rappresentazione della % della diagnosi per Paese di provenienza in Clinica Psichiatrica



Grafici 3-4. Rappresentazione della % della diagnosi per Paese di provenienza presso l'SPDC



CONCLUSIONI

Lo studio esplorativo descritto in questa sede, nonostante il ridotto numero del campione, ha posto in evidenza la possibilità di rilevare quadri depressivi anche in popolazioni culturalmente distanti da quella occidentale. In queste popolazioni, tuttavia, i disturbi depressivi sono relativamente rari e quasi sempre secondari a disturbi somatici gravi, ad atti lesionistici o problematiche legate all'adattamento. La prospettiva transculturale sottolinea che la malattia non costituisce mai una realtà biologica e/o psicologica separata, individuale, quanto un complesso processo di costruzione sociale nel quale i significati sono negoziati e condivisi, le esperienze narrate in contesti precisi, le strategie di cura prodotte all'interno di vincoli individuali, culturali ed istituzionali. La modestia di questo studio ha fatto sì che emergessero una serie di interrogativi sulle suddette strategie, proprio perché il prendersi cura della sofferenza espressa da un paziente non occidentale, pone al clinico occidentale un doppio vincolo epistemologico, e cioè la necessità di pensare sia sulla costruzione sociale, culturale ed istituzionale del proprio modello di malattia e di cura, sia sulla irriducibilità dei modi concreti attraverso i quali ciascun sistema culturale costruisce la propria rappresentazione della malattia e della cura, intesa come l'insieme di saperi e delle tecniche attraverso cui decifrare, codificare, pensare e riordinare le forme del disordine, di cui la manifestazione sintomatologica è espressione. La relazione si configura, allora, come lo spazio in cui la narrazione sintomatologica

incontra la traduzione diagnostica; lo spazio in cui si incrociano, si scontrano, dialogano, a volte, mondi ed ordini di rappresentazioni differenti. Se il corpo (del) malato parla attraverso codici culturali, allora la possibilità di organizzare un progetto di cura congruente è legata alla possibilità di pensare attraverso un dispositivo terapeutico interattivo che favorisca la ricostruzione narrativa di un mondo culturale e sia in grado di innescare un processo in cui i fenomeni ricevano una significazione coerente tanto nel sistema referenziale del paziente tanto in quello del terapeuta. Da qui la vincolante necessità di pensare e costruire dei dispositivi di cura, in cui la possibilità di accedere ai significati dei mondi culturali, dai quali ogni paziente trae il proprio ordine e la propria norma, permetta di innescare processi terapeutici congruenti.

«...una persona va dal medico e gli parla della sua fatica, della sua testa che gira, della mancanza di appetito; per il medico è astenia, ma per la sua comunità è un malocchio».

BIBLIOGRAFIA

Abdelmalek Sayad: La Doppia Assenza. Dalle Illusioni dell'Emigrato alle Sofferenze dell'Immigrato. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Atti del 1° Incontro di Etnopsichiatria: Percorsi a Confronto. Attraverso le Storie e le Cure verso la Formalizzazione di Nuove Tecnologie. Milano 24 Novembre 2002.

Beneduce R.: Collignon R.: Il Sorriso della Volpe: Ideologie della Morte, Lutto e Depressione in Africa. Liguori, Napoli, 1995.

Beneduce R.: Frontiere dell'Identità e della Memoria, Etnopsichiatria e Migrazioni in un Mondo Creolo. Franco Angeli, Milano, 1998.

Beneduce R.: Linguaggi, Saperi e Tecniche nei Sistemi di Cura Tradizionali. L'Harmattan Italia, Torino, 1997.

Beneduce R.: Etnopsichiatria. Modelli teorici e strategie cliniche. In: Lanternari V., Ciminelli M.L. (Eds.), Medicina, Magia, Religione, Valori. Dall'Antropologia all'Etnopsichiatria, Vol. II. Liguori, Napoli, 1998.

Bourguignon E.: Antropologia Psicologica. Laterza, Roma, 1983.

Cardamone G, Zorzetto S., Da Prato M., Inglese S.: Immigrati e servizi di salute mentale. Dati da un'indagine sull'accesso condotta a Prato. Atti VII Consensus Conference sulla Immigrazione e V Congresso Nazionale Simi. Erice, 2002.

Cardamone G., Zorzetto S.: Salute Mentale e di Comunità, Elementi di Teoria e Pratica. Franco Angeli, Milano, 2000.

Cardamone G., Zorzetto S., Inglese S.: Djon Djongonon, Psicopatologia e Salute Mentale nelle Società Multiculturali. Colibri, Milano, 2000.

Collignon R.: Some reflections on the history of psychiatry in french speaking west Africa, the example of Senegal. Psychopatologie Africaine, 27(1), 37-5, 1995-1996.

Collignon R.: Santé mental entre psychiatrie contemporaine et pratique traditionnelle, Psychopatologie Africaine, 30(3), 283-298, 2000.

Collomb H.: Illness of the spirit among the Sérère of Senegal. American Journal of Psychiatry, 130(8), 1973.

Collomb H., Confrontation of two systems care: remarks on therapy for mental illness. Social Science and Medicine, 7(8), 1973.

Coppo P.: Guaritori di Follia. Boringhieri, Torino, 1995.

Coppo P.: Etnopsichiatria. Il Saggiatore, Milano, 1996.

Coppo P.: Etnopsicoterapie. I Fogli di Oriss, 10, 41-61, Colibri, Milano, 1998.

- Ken-Ming Lin: Personality and personality disorder in the context of culture. *Transcultural Psychiatry*, 1997.
- De Martino E.: *La Terra del Rimorso*. Il Saggiatore, Milano, 1976.
- De Martino E.: *La Fine del Mondo*. Contributo all'Analisi delle Apocalissi Culturali. Einaudi, Torino, 1977.
- De Micco V., Martelli P.: *Passaggi di Confine*. Etnopsichiatria e Migrazioni. Liguori, Napoli, 1993.
- Di Maria F., Lavanco G.: Organizzazione interna, organizzazione esterna: il modello interpretativo gruppo analitico. *Rivista di Psicologia Sociale*, 16(38), 1-3, 1991.
- Di Maria F., Lavanco G., Novara C.: *Barbaro e/o Straniero*. Franco Angeli, Milano, 1999.
- Frigessi Castelnuovo D., Risso M.: *A Mezza Parete*. Emigrazione, Nostalgia, Malattia Mentale. Einaudi, Torino, 1982.
- Frigessi Castelnuovo D.: Il modello della nostalgia-malattia. *Antropologia Medica*, 4, 53-55, 1998.
- Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., Migrazioni e salute in Italia. In: *Raccolta dei Dossier di Ricerca del Convegno Internazionale Migrazioni*. Scenari per il XXI secolo. Roma, 2000.
- Grinberg L., Grinberg R.: *Psicoanalisi dell'Immigrazione e dell'Esilio*. Franco Angeli, Milano, 1999.
- Guidano V.: *Il Sé nel suo Divenire*. Verso una Terapia Cognitiva Post-Razionalista. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Inghilleri P., Terranova-Cecchini R.: *Avanzamenti in Psicologia Transculturale*. Franco Angeli, Milano, 1991.
- Inglese S., Peccarisi C.: *Psichiatria oltre Frontiera*. Viaggio intorno alle Sindromi Culturalmente Ordinate. Utet Periodici, Milano, 1997.
- Inglese S.: Appunti per una teoria della mediazione linguistica nella clinica transculturale. *I Fogli di Oriss*, 13/14, 227-233, Colibrì, Milano, 2000.
- Inglese S.: Effetti dell'emigrazione di massa sull'ecologia sociale di un territorio calabrese: mutazioni antropologiche e derive psicopatologiche. In: De Micco V., Martelli P. (Eds.), *Passaggi di Confine*. Etnopsichiatria e Migrazioni. Liguori, Napoli, 1993.
- Moussa Ba, Omar Ndoeye, Momar Gueye : Crise d'hystérie et thérapie traditionnelle, ou la quête initiatique d'une acculturée. *Psychopathologie Africaine*, 39(3), 275-286, 1998-1999.
- Murphy H.B.M.: Depressione, credenze nella stregoneria e sviluppo del Super-Io nelle società tradizionali. In: Beneduce R., Collignon R. (Eds.), *Il Sorriso della Volpe*. Liguori, Napoli, 1995.
- Nathan T., Stengers I.: *Medici e Stregoni*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Pichot P., Nathan T.: *Quale Avvenire per la Psichiatria e la Psicoterapia?* Colibrì, Paderno Dugnano (Mi), 1998.
- Profiti G., Lo Mauro V.: Setting, comunità, cura. Riflessioni sulla pratica clinica con pazienti migranti. In: *Atti VII Consensus Conference sulla Immigrazione e V Congresso Nazionale Simi*. Erice, 2002.
- Risso M., Boker W.: *Sortilegio e Delirio*. Psicopatologia dell'Emigrazione in Prospettiva Transculturale. Liguori, Napoli, 1992.
- Rizzi R., Iossa Fasano A.: *Ospitare e Curare*. Dialogo Interculturale ed Esperienze Cliniche con gli Immigrati. Franco Angeli, Milano, 2002.
- Trentini G.: *Il Cerchio Magico*. Il Gruppo come Oggetto e come Metodo in Psicologia Sociale e Clinica. Franco Angeli, Milano, 1987.
- Xodo Luca: *Djinnafolie*, Il canto dell'invisibile. *I Fogli di Oriss*, 15/16, 189-204, Colibrì, Milano, 2001.

RELAZIONI FAMILIARI E DEPRESSIONE

L'aspetto relazionale della depressione era già stato colto da Freud che, in "Lutto e melanconia" (1915), notava: *"se si ascoltano con pazienza le molteplici e svariate autoaccuse del melanconico, alla fine non ci si può sottrarre alla impressione che spesso le più intense di esse si addicono pochissimo alla persona del malato e che invece con qualche insignificante variazione si adattano perfettamente ad un'altra persona che il malato ama, ha amato, o dovrebbe amare"*.

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

LA DEPRESSIONE NELLA COPPIA

Cadoret (1972) ha documentato una notevole vulnerabilità del soggetto depresso agli stress derivati dalla vita coniugale. Basandosi su osservazioni condotte in sedute di psicoterapia, esprime le seguenti opinioni sulle relazioni coniugali in soggetti depressi: *"spesso i sentimenti del coniuge verso il partner depresso sono un misto di rabbia per la stretta dipendenza che si instaura, simpatia per la sofferenza del paziente ed occasionale senso di colpa per aver contribuito personalmente alla sua depressione... Il partner "sano", oltre alla rabbia ed ai sensi di colpa vive sentimenti di superiorità, onnipotenza ed aumentata stima di sé, relativamente al fatto di rendersi conto di essere importante all'altro e necessario alla soddisfazione dei suoi bisogni"*.

Alcune ricerche (Hooley, 1986) hanno analizzato le relazioni coniugali nella depressione servendosi della valutazione delle *Emozioni Espresse* (EE) ed hanno riscontrato un elevato livello di espressività negativa dell'affettività e una relativa mancanza di comunicazioni positive e di supporto. Emerge quindi che, se una relazione intima può avere un valore protettivo nei confronti dei disturbi depressivi, il fattore sfavorente è la rilevante carenza di atteggiamenti di sostegno e di manifestazione di intimità, aspetti che sono risultati ridondanti nelle coppie formate da un partner depresso.

In alcuni studi (Friedman et al., 1975; Feldman, 1976) è stata messa in rilievo la presenza di un comportamento depressivo iniziale non necessariamente grave, che peggiora in seguito a comportamenti di rinforzo ricevuti dal partner sano. Questi comportamenti di rinforzo verrebbero spesso incoraggiati anche da alcune modalità di relazione, che verranno di seguito descritte.

MODALITÀ COMUNICATIVE

Nelle coppie con un membro depresso sono state riscontrate due modalità comunicative prevalenti: la squalifica e i messaggi paradossali. Queste modalità comunicative assumono caratteristiche del tutto peculiari.

La *squalifica* è una modalità comunicativa che tende a privare o a diminuire il valore di un atto comunicativo che ha avuto luogo in precedenza. La squalifica può privare o diminuire il valore della propria o altrui comunicazione o, addirittura, della situazione nel suo complesso. In pratica, si afferma che gli atti comunicativi dell'emittente, del ricevente o le proprietà del contesto hanno scarso valore o non valgono affatto. La squalifica può riguardare la totalità o soltanto una parte dei messaggi emessi all'interno di una data relazione, producendo effetti pragmatici diversi che vanno a modificare sia la qualità, sia l'intensità della risposta emozionale.

L'altra modalità comunicativa prevalente in questo tipo di coppie sono i *messaggi paradossali*. Questo tipo di messaggio va a rinforzare i sentimenti negativi e la poca stima che il soggetto ha di sé e ciò avviene attraverso una paradossale forma di prescrizione di scelta ("devi farti forza"; "devi prendere iniziative, ma devi farlo spontaneamente"). La scelta è per sua natura qualcosa di spontaneo e soggettivo, ragione per cui non può essere tale se prescritta da altre persone.

MODALITÀ DI RELAZIONE

Il rapporto del depresso con il suo partner può assumere caratteristiche del tutto particolari; a questo proposito, sono stati proposti modelli di relazione ridondanti, come il "*Care Eliciting Behavior*". Anderson et al. (1986) hanno descritto questo modello come l'insieme dei comportamenti che un individuo mette in atto per evocare negli altri risposte di accudimento e di rassicurazione. Si tratta di un comportamento fisiologico nel bambino e, in alcune condizioni, anche nell'età adulta (malattia, lutto, eventi stressanti), quando il conforto e la vicinanza degli altri divengono particolarmente importanti. Nella depressione il comportamento di Care Eliciting (presente talvolta in patologie quali l'alcolismo e l'ipocondria), è particolarmente evidente ed esasperato. Questo modello di relazione induce nella relazione di coppia una forte enfasi sulla designazione ufficiale del partner depresso, in contrasto con un altrettanto forte rifiuto da parte dello stesso di riconoscere apertamente in sé qualsiasi forma di patologia o debolezza. Queste posizioni col tempo tendono ad irrigidirsi e cristallizzarsi, tanto che il potere nella relazione viene riconosciuto al coniuge sano, che predomina in tutte le aree e si dimostra super competente; l'unica eccezione è costituita dai comportamenti sintomatici del partner depresso, che sfuggono a qualsiasi tentativo di controllo; la malattia così diviene per il depresso una forma di controllo e di potere nella relazione, ma anche una palese dimostrazione della sua debolezza; il coniuge, d'altra parte, viene a trovarsi in una posizione sbilanciata di supremazia apparente, in quanto è in grado di porgere aiuto e sostegno, mentre i suoi fallimenti lo pongono in una posizione di inferiorità. Tutto ciò viene a creare un vero e proprio *ciclo interattivo* della depressione, in cui il tentativo di risolvere la depressione dell'altro diviene sempre più un impegno per il partner sano, che viene a vivere sentimenti di impotenza e di sconfitta; ogni insuccesso, infatti, riattiva ed esaspera ulteriormente la relazione di aiuto. Coyne (1976) ha descritto questa situazione come "*punto morto interattivo*". Si tratta di un circolo interattivo, in cui il sintomo depressivo viene a trovare la sua ragione d'essere in un contesto statico che, seppur disfunzionale, ricava il suo equilibrio attraverso la complementarietà dei ruoli.

LA DEPRESSIONE NEL SISTEMA FAMILIARE

Da un punto di vista relazionale, la depressione si verifica in un sistema incapace di rispondere mediante adeguati aggiustamenti al cambiamento di equilibrio interno apportato da perturbazioni esterne come perdite e stress.

Ciò che è importante sottolineare è che in un contesto familiare la depressione di uno dei figli passi spesso inosservata; quest'ultimo si fa carico di tutte le preoccupazioni e le sofferenze dei genitori, i quali invece tendono a negarne la presenza. Si tratta spesso di famiglie disimpegnate o disorganizzate in cui, quando uno dei genitori entra per qualsiasi motivo in depressione, i figli pongono in atto comportamenti aggressivi o sintomatici tali da forzare un genitore a uscire dalla inerzia depressiva per fermare questi comportamenti, col risultato che, appena i figli riprendono a comportarsi bene o a stare meglio, la madre o il padre torna nel suo stato depressivo e a questo punto il ciclo ricomincia.

Nel sistema familiare del depresso gli scambi emotivi interni sono notevolmente ridotti e spesso consistono in atteggiamenti di rimprovero o punitivi. La punizione viene altresì usata come dimostrazione del proprio affetto. Le osservazioni condotte da Billings e Moos (1982) indicano che il sistema familiare del depresso è caratterizzato da minor coesione ed espressività interpersonale rispetto ai gruppi di controllo.

L'INTERVENTO TERAPEUTICO

Da un punto di vista relazionale sono stati proposti interventi di tipo strategico, sistemico e psicoeducazionale. Gli studi finora condotti non sono numerosi ma l'intervento sul sistema familiare del soggetto depresso si è dimostrato indubbiamente utile; inoltre, le numerose difficoltà in cui ci si imbatte nell'esperienza terapeutica con questo tipo di famiglie mettono in risalto alcuni accorgimenti. Primo fra tutti la fedeltà al rapporto terapeutico: i rapporti del sistema depressivo con l'esterno sono scarsi. A differenza di altri tipi di famiglie, la relazione terapeutica si instaura con rapidità e si mantiene nel tempo, quindi i rischi di interruzioni precoci e di abbandoni della terapia sono praticamente inesistenti; tuttavia, questa fedeltà non esclude la presenza di altre insidie nel processo terapeutico: in particolare, occorre limitare le aspettative, perché i cambiamenti bruschi e improvvisi in queste famiglie sono in genere poco tollerati. Un piccolo cambiamento invece non risulta minaccioso e può essere poco per volta amplificato, in relazione agli adattamenti che la famiglia riesce a compiere.

All'osservazione del contesto di coppia non deve sfuggire l'analisi della relazione con la famiglia di origine o famiglia estesa, non dimenticando quindi di tener presente la fase del ciclo vitale che si sta attraversando in quel preciso momento. Altro aspetto da tenere presente sono i figli, che spesso vengono coinvolti nelle dinamiche relazionali di coppia, sia perché in queste famiglie rappresentano l'area di più intensa espressione dell'affettività, sia perché l'inefficienza genitoriale appare più rilevante. Infine, non vanno trascurate le proprie emozioni: il terapeuta non deve mascherare la propria depressione dietro atteggiamenti pseudomaniacali o tentativi di mostrarsi sempre all'altezza della situazione. Naturalmente si tratta di utilizzare in chiave terapeutica sentimenti autentici, con i quali il terapeuta ha inevitabilmente a che fare nei momenti difficili con questo tipo di famiglia.

BIBLIOGRAFIA

Anderson C.M., Griffin S., Rossi A., Pagonis I., Holder D.P., Treiber R.: A comparative study of the impact of education versus process groups for family of patients with affective disorders. *Fam. Process.*, 25(2), 185-205, 1986.

Billings A.G., Moos R.H.: Social support and functioning among community and clinical groups. *Journal of Behavior Medicine*, 5, 293-311, 1982.

Cadore R.S.: Depressive disease: Life events and onset of illness. *Journal of General Psychiatry*, 26, 133-136, 1972.

Coyne J.C.: Depression and the response of other. *Journ. Abn. Psychol.*, 85, 186-193, 1976.

Freud S.: Lutto e Melanconia (1915). Opere, Vol. 8. Boringhieri, Torino, 1976.

Feldman L.B.: Depression and marital interaction. *Fam. Proc.*, 15(4), 389-396, 1976.

Friedman A.S.: Interaction of drugs with marital therapy in depressive patients. *Journal of Medical Disease*, 32, 619-637, 1975.

Hooley J.M.: Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-395, 1986.

Loriedo C., Vella G.: Il Paradosso e il Sistema Familiare. Boringhieri, Torino, 1989.

Loriedo C.: L'intervento sistemico nella depressione. *Rivista Europea di Terapia Breve Sistemica e Strategica*, 1, 162-164, 2004.

Watzlawick, P. Jackson, D. Beavin, J.H.: *Pragmatica della Comunicazione Umana*. Astrolabio, Roma. 1971.

Roberto Tagliaferri

UMORE COME MODALITÀ DI CONOSCENZA ANTIPREDICATIVA: APPROCCIO FENOMENOLOGICO-COGNITIVO

PREMESSA

Un convegno di psicologia, che rigetta il riduzionismo scientifico e mette a tema *l'umore*, deve tenere in gran conto il rigore epistemologico. Il mio contributo è modulato sulla fenomenologia-cognitiva e legge la dimensione psicologica dell'umore come modalità del conoscere. Non una modalità tra le tante, ma come caratteristica che informa ogni conoscenza intenzionale perché è pre-riflessiva. L'umore sarebbe legato, nell'ipotesi perseguita, al fenomeno della *sintesi passiva*, che caratterizza la conoscenza umana.

L'area semantica del concetto di umore rimanda a campi molto differenziati tra loro come la medicina, la filosofia, l'arte e ovviamente la stessa psicologia. L'umore potrebbe essere definito in psicologia come l'affezione interna nel nostro rapporto con gli altri e con il mondo. In psichiatria i disturbi dell'umore riguardano l'affettività. Si parla di toni per indicare le molteplici sfaccettature dell'umore, dalla depressione all'euforia. La scienza psicologica ha trattato l'umore in base al suo metodo d'approccio ai fenomeni coscienziale. Sicuramente per quanto riguarda il fenomeno dell'umore così difficilmente quantificabile in termini comportamentali, si è tornati spesso alla "psichiatria europea", più attenta alle dinamiche soggettive come la melanconia, nucleo germinativo della depressione come inibizione alla vita. La qualità dell'umore melanconico è di una specie particolare, vitale, per indicare la connotazione di perdita dello slancio vitale, di arresto e di stasi del fluire della vita, fonte di dolore nell'apparente apatia¹⁸. Al contrario l'approccio del DSM, pur riconoscendo la tristezza vitale nell'episodio depressivo melanconico, la riduce a sintomo vegetativo osservabile e non come una risorsa del soggetto per il lavoro diagnostico. La scienza dei fatti rischia sempre di produrre meri uomini di fatto, secondo l'ammonimento husserliano tanto più puntuale nel caso dell'analisi psicologica dell'umore.

Il primo ad introdurre nella psichiatria clinica il concetto di "tristezza vitale" è stato Kurt Schneider (1946)¹⁹, il quale, pur segnalando il "fondo" non sperimentato e non sperimentabile della tristezza che interfaccerebbe il somatico con lo psichico, alla fine riduce la sua analisi ad una psichiatria dei sintomi, frutto di alterazioni organiche. Viene trascurato quel fondo originario, pre-riflessivo, probabilmente non riconosciuto come ambito d'indagine della psichiatria e della psicologia positiva. Nell'introduzione al libro di Schneider si fa notare da Callieri che il suo fondamento non clinico deriverebbe da Max Scheler, fenomenologo interessato ai fondamenti della psicologia. Scheler vuole superare i dualismi di mente e corpo e individua nella sfera vitale nella sua datità il presupposto essenziale di ogni atto intenzionale. I sentimenti vitali indicati da Scheler sono ripresi da R. De Ponticelli come costitutivi della sfera della finitudine (*Befindlichkeit*), "un esistenziale ontologico sentimento dell'essere gettato senza aver nulla domandato"²⁰.

Su questo sfondo fenomenologico dei sentimenti psichici si innesta la nostra analisi dell'umore con una più evidente connotazione conoscitiva al livello del fondo non indagabile in modo positivistico, ma percepibile con caratteristici sentimenti o umori.

¹⁸ Cf. A. BALLERINI, *Psicopatologia delle psicosi*, in *Percorsi di psicopatologia*, Milano, Franco Angeli, 2001.

¹⁹ Cf. K. SCHNEIDER, *Psicopatologia clinica*, Roma, Città Nuova 1983.

²⁰ R. DE MONTICELLI, *La conoscenza personale*, Milano, Studio Guerini, 1998.

La traiettoria del mio intervento arriverà alla tesi di fondo facendo un lungo percorso sul valore scientifico della psicologia per aprire la strada alla interpretazione fenomenologica sull'umore e sul suo valore cognitivo nella percezione del mondo. L'ipotesi di lavoro infatti legge l'umore come modalità del conoscere, come la situazione affettiva inconscia, di cui la scienza psicologica si fa carico, evitando le razionalizzazioni freudiane e dando ampio valore all'antepredicativo della sintesi passiva di stampo husserliano. La psicologia diventa pertanto una scienza del fondo percettivo all'origine di ogni conoscenza del mondo prima che diventi linguaggio.

IL DIBATTITO SULLA SCIENTIFICITÀ DELLA PSICOLOGIA COME PROBLEMA DELLA CONOSCENZA

Nella denuncia dell'atteggiamento naturale prodotto dal positivismo, E. Husserl rimprovera alla psicologia di aver oggettivato l'io, mentre l'io, in quanto io trascendentale, costituisce il mondo²¹. La dimensione trascendentale dell'io rimane anonima e quindi è comprensibile l'atteggiamento naturale della psicologia come scienza obiettiva, che ha un suo valore perché il mondo della vita è identico al mondo di cui si parla comunemente. Da una parte quindi si ravvisa un fallimento della psicologia nel suo compito di indagine trascendentale dell'io; d'altra partesi giustifica la psicologia come scienza obiettiva²². Come si possono legittimare le scienze che hanno nel loro statuto epistemologico la divaricazione di anima e corpo, di soggetto e oggetto? Se la vera scienza fenomenologica contempla la correlazione originaria di soggetto-oggetto, significa che l'ingenua scienza obiettiva ha qualcosa di fasullo nella sua impresa, che rende le sue soluzioni rischiose come si evince dal problema della tecnica nel mondo moderno e dalla denuncia di Husserl alle scienze dei fatti di cerare uomini incapaci di rispondere ai veri problemi della vita. L'obiettivismo scientifico vive un sonno dogmatico a partire dal dualismo di Cartesio, che è un riduzionismo perché naturalizza l'essere psichico²³. La scienza naturale riduce i fenomeni psichici a cosa e poi li matematizza in uno schema nomotetico. Si ha l'impressione che i problemi psicologici per Husserl siano da ricondurre ai problemi di conoscenza e che l'illegittimità della psicologia moderna sia la riduzione dell'io a dati statistici e a presunte leggi universali da applicare alla psicologia clinica.. Questa sommaria critica di E. Husserl alla psicologia positiva ha un indubbio valore epistemologico, che anticipa cento anni di dibattiti.

L'implicazione dell'io nella scienza della psicologia ha rappresentato fin dagli esordi un rompicapo perché lo psichico è profondamente implicato con l'interiorità e d'altra parte deve essere oggettivato. Wundt, fondatore della psicologia, se la cavò distinguendo l'esperienza immediata dall'esperienza mediata, campo delle scienze naturali e in questo senso dichiarò la nuova scienza diversa dalle altre. Scriveva nel 1896: "Essendo tutti i contenuti dell'esperienza considerati come posti immediatamente nel soggetto stesso, il punto di vista che la psicologia usa nella considerazione dell'esperienza viene anche detto 'dell'esperienza interna'. In questo senso pertanto esperienza esterna ed interna equivalgono in tutto a forma mediata ed immediata, oppure anche oggettiva e soggettiva, dell'esperienza"²⁴. Il metodo però deve essere quello delle scienze naturalistiche: "La psicologia, avendo per proprio oggetto non contenuti specifici dell'esperienza ma l'esperienza generale nella sua natura immediata, non può servirsi di altri metodi che di quelli usati dalle scienze empiriche, così per l'affermazione dei fatti, così per l'analisi e per il collegamento causale tra di essi. La circostanza che la scienza della natura astrae dal soggetto e la psicologia no, può bensì portare modificazioni nel modo di usare i metodi, ma non mai

²¹ E. HUSSERL, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Introduzione alla filosofia fenomenologica*, Milano, Il Saggiatore, 1975(5), n.57, p.226

²² "La psicologia sperimentale non va abbandonata, deve semplicemente venir resa più proficua attraverso la fondazione fenomenologica; la fondazione fenomenologica deve renderla una scienza autenticamente esatta, una scienza razionalmente esplicativa". E. HUSSERL, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro terzo. La fenomenologia e i fondamenti delle scienze*, Torino, Einaudi, 1976, p.828.

²³ E. HUSSERL, *La crisi...*, nn.56-66.

²⁴ W.M. WUNDT, *Compendio di psicologia*, Torino, Clausen, 1900, p.26.

nell'essenziale natura dei metodi usati"²⁵. La nascita di un laboratorio con strumenti di misurazione improbabili come il tachistoscopio, l'ergografo, le tavole colorimetriche giustificano la vita breve del modello di Wundt, ma ha proposto inesorabilmente all'oggettivismo delle scienze il tema del soggetto. Gli strali di E. Husserl al positivismo psicologico denunciano proprio questa contraddizione in termini nella psicologia tra soggettività di contenuto e impossibilità di oggettivazione metodologica.

Nel suo famoso manifesto *Psychology as the Behaviorist Views It*, illustrato nel 1913 alla Columbia University, J.B. Watson propone di liberare la psicologia dall'ingombro della coscienza e di porre come oggetto il comportamento indipendentemente dal soggetto. Ciò significa inibirsi la possibilità di comprendere i fenomeni psichici, come conviene lo stesso Watson. Infatti l'esclusione della coscienza distingue i comportamentismi da tutti gli altri psicologi²⁶. L'irrinunciabilità al metodo positivistico al grido "o è scienza o è niente" porta Watson a rinunciare al nome di "psicologia" se è il caso. Ovviamente l'emarginazione della coscienza porta anche alla rimozione di ogni significato, ritenuto "un'astrazione, una razionalizzazione e una speculazione che non ha alcuna utilità scientifica". Così viene spazzato via ogni riferimento a termini soggettivi come sensazione, percezione, immagine, desiderio proposto e perfino pensiero ed emozione.

Il fatto che oggi ci si occupi di "umore" significa che è finita la stagione della scienza naturale del comportamento, o meglio che non si può tener fuori più a lungo dalla psicologia il riferimento al soggetto. Nel *Dizionario di psicologia* U. Galimberti denuncia questa deriva epistemologica della psicologia: "Se la soggettività empirica e individuale è proprio ciò che non deve intervenire dove l'analisi pretende di essere oggettiva, come può la psicologia prodursi come scienza senza abolire se stessa?"²⁷

La rivoluzione cognitivista reagisce contro la psicologia meccanicista e riduzionista a favore della soggettività e dell'intenzionalità²⁸. La visione oggettivistica del comportamentismo pare destituita di fondamento dall'affermazione perentoria di Neisser: "Bello o brutto che sia, oppure semplicemente fatto apposta per lui, il mondo dell'esperienza è un prodotto dell'uomo che lo percepisce"²⁹. La sfida è lanciata e la psicologia con il retaggio storico di scienza a metà, che sempre doveva giustificarsi per essere ammessa nel novero delle scienze, diventa il grimaldello per scalzare l'oggettivismo scientifico, che mostra i segni e le crepe del proprio riduzionismo. Oggi finalmente è chiaro anche alle scienze empiriche che non si può più rinunciare alla coscienza. Le neuroscienze stanno guidando la riflessione e sebbene vi siano duri scontri tra cognitivism e naturalismo, oramai non si può più eliminare dalla ricerca scientifica i temi della soggettività e della intenzionalità. Lo stesso naturalismo ha due orientamenti: uno rigido chiamato "naturalismo scientifico", l'altro fluido chiamato "naturalismo liberalizzato"³⁰. Sebbene sia difficile stabilire in che cosa consista il naturalismo, oggi si tenta di naturalizzare anche la mente e l'intenzionalità. W. Quine sostiene un pensiero puramente sensibile, dove contano i "recettori salienti"³¹. Bisogna tradurre tutto nella fisicità, nella natura per uscire dalla finzione. La mente, la coscienza e il significato hanno a che fare col mondo non col soprannaturale. L'intenzionalità sarebbe allora una disposizione a fare, le

²⁵ Ivi, p.15.

²⁶ "Il comportamentismo sostiene che l'oggetto della psicologia è il comportamento dell'essere umano. Il comportamentismo proclama che la coscienza è un concetto indefinibile e inutilizzabile. Si chiede allora il comportamentista: perché non facciamo di ciò che possiamo osservare il campo reale della psicologia? Limitiamoci alle cose che possiamo osservare, e formuliamo leggi che riguardino soltanto quelle cose. Ma cosa possiamo osservare? Possiamo osservare il comportamento, ciò che l'uomo fa o dice". J. B. WATSON, *Behaviourism*, Nuova York, 1925, p.2.

²⁷ U.GALIMBERTI, *Dizionario di psicologia*, Torino, Garzanti, 1999, p.315.

²⁸ Un utile e informato libro sulla problematica cognitivista in psicologia è quello della Armezzani. Cf. M.ARMEZZANI, *Esperienza e significato nelle scienze psicologiche. Naturalismo, fenomenologia, costuttivismo*, Bari, Laterza, 2002.

²⁹ U.NEISSER, *Psicologia cognitivisti*, Firenze, Martello-Giunti, 1967, p.86.

³⁰ Cf. J.HABERMAS, *Fra scienza e fede*, Bari, Laterza, 2005, pp.53s.

³¹ W.QUINE, *Dallo stimolo alla scienza. Logica, matematica, linguistica*, Milano, Il Saggiatore, 2001.

motivazioni, cause del comportamento. Ancora una volta la soggettività viene oggettivata. Alcuni studiosi però come Sellars, Putnam e Davidson non sono d'accordo di ridurre gli stati mentali a stati fisici. D. Davidson col suo "monismo anomalo" critica la riduzione di Quine dal mentale al fisico con l'esempio del principio di carità, che esula dalla pura causalità fisica³². J. Habermas si domanda perché mai la natura si permette il lusso di uno "spazio delle ragioni" e con una colorita espressione afferma: "Le ragioni non galleggiano come bolle di grasso sul brodo della vita conscia"³³. Sarebbe la rivincita di E. Husserl, che ha sempre criticato l'oggettivismo dell'atteggiamento naturalistico delle scienze perché l'oggettivazione è sempre operata da un soggetto. D'altra parte i naturalisti rimproverano ad Husserl che l'io sia un'illusione: "è un nulla", sostiene Dennet.

Su questa incomprensione ormai centrale nel dibattito epistemologico anche la psicologia si gioca la sua plausibilità scientifica, ma ormai il rigido positivismo non più così sicuro e certamente la psicologia non può più rinunciare alla soggettività. Vorrei solo segnalare in questo scontro virulento di atteggiamenti epistemici un vizio tipico dell'occidente, non riscontrabile nell'oriente, per cui la soggettività trascendentale non sarebbe naturale. Invece per l'oriente si pensa in termini naturalistici senza negare lo spirituale. Probabilmente pesa il retaggio di un rapporto non sereno con la religione quando la scienza si è emancipata dalla Chiesa col metodo galileiano. È possibile una scienza rigorosa della coscienza? La risposta positiva deve riguadagnare il debito husserliano, lasciato in sordina e oggi in grande spolvero specialmente nella neuro-fenomenologia, che tenta una sintesi effettiva tra fenomenologia e scienze naturali sulla scorta del tentativo di Francisco J. Varela³⁴.

LA NEURO-FENOMENOLOGIA DELL'INTENZIONALITÀ COSCIENZIALE COME SCIENZA RIGOROSA

La neuro-fenomenologia accentua il carattere epistemologico dei processi psicologici. È come se la coscienza fosse un problema di conoscenza e la psicologia una scienza della conoscenza, cosicché le malattie mentali diventano una perturbazione conoscitiva. Il contributo della neuro-fenomenologia di Maturana e di Varela al superamento del dualismo obiettivistico è sintetizzato nel concetto di autopoiesi, che è l'equilibrio dinamico e omeostatico tra il tutto e le parti. Così la conoscenza non è più rappresentazione del mondo, ma azione, relazione tra la vita e il suo ambiente. Soggetto e oggetto non sono separati da una linea di demarcazione rigida, ma interagiscono. Cognizione è *know-how* (sapere come) corporeo, è psicologia cognitiva *enattiva*. Sul modello della *Fenomenologia della percezione* di M. Merleau-Ponty, il cognitivismo enattivo di Varela propone un modello chiasmatico, di con-costituzione reciproca tra io e mondo, secondo la quale "la cognizione, invece d'essere la rappresentazione di un mondo pre-dato, è l'evento congiunto di un mondo e di una mente a partire dalla storia delle diverse azioni che compie un essere nel mondo"³⁵. La cognizione enattiva è simile alla percezione husserliana del pre-dato, prima di ogni rappresentazione, ma con il merito di colorarsi del rapporto con la sua matrice biologica e storica. Inoltre il cognitivismo enattivo mette in correlazione coscienza e corpo con capacità senso-motorie in un contesto culturale e biogenetico. La psiche non è mai una sostanza separata dal corpo. Il termine *embodiment*, ripreso da Merleau-Ponty, indica la mente come costitutivamente incorporata, incarnata nel sostrato organico, che non è mai riducibile in termini meccanicistici di stimolo/risposta, né in termini di elaborazione delle informazioni scandita dalla terna input/elaborazione/output. È un atto intenzionale dotato di senso, motivato ed orientato ad un fine. Non vi è mai un mondo, tranne quello che sperimentiamo con il nostro corpo. È la stessa conclusione di Husserl formulata in termini di corporeità trascendentale.

³² D. DAVIDSON, *E' possibile una scienza della razionalità*, in *La mente e la natura*, a cura di MARIO DE CARO e DAVID MACARTHUR, Roma, Fazi Editore, 2005, pp.

³³ J. HABERMAS, op. cit., p. 65.

³⁴ Cf. *Neurofenomenologia. Le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*, a cura di MASSIMILIANO CAPPUCCIO, Milano, Bruno Mondadori, 2006

³⁵ VARELA F.J., THOMPSON E., ROSCH E., *La via di mezzo della conoscenza*, Milano, Feltrinelli, 1992, p. 35.

Il compito di naturalizzare la fenomenologia fatto proprio dalla neuro-fenomenologia, trova nell'ambito della psicologia sperimentale un importante campo di indagine, peraltro già sottolineato da Husserl. In *Idee*, libro terzo, Husserl scrive: "Se mi è lecito inserire qui una parola di difesa in proposito, dirò di non aver mai detto nulla, mai una sola parola contraria alla naturale considerazione a cui la nuova psicologia sperimentale ha diritto, come ogni altra scienza, per il lavoro serio e entro certi limiti molto utile che ha svolto e per l'importanza dei suoi rappresentanti"³⁶. La necessità per la psicologia sperimentale di una fondazione fenomenologica è per una "scienza autenticamente esatta e razionalmente esplicativa". Detto questo Husserl contesta i protocolli inutili delle scienze sperimentali perché "ogni fenomenologo compie sempre degli esperimenti, li compie naturalmente, senza inutili protocolli... L'esperimento non deve portare a una esperienza del reale... bensì a una mera visione esemplare come base per un'intuizione d'essenza"³⁷. L'intuizione d'essenza non lo dà la ricerca sperimentale, ma la percezione. Ricordiamo che Husserl aveva dichiarato che se il positivismo è aderenza al mondo della vita, i fenomenologi sono veri positivisti. Così il legame tra fenomenologia e psicologia sperimentale è a doppio filo: la psicologia deve diventare trascendentale e la fenomenologia deve accettare una "sostanziale trasformazione" con l'aiuto delle neuroscienze come è capitato recentemente con la scoperta dei "neuroni specchio"³⁸. Ne deriva un quadro con tre possibili vie per marcare il rapporto fra trascendentalismo e naturalismo in psicologia:

1. La funzione strumentale e descrittiva della fenomenologia per una psicologia orientata a creare distinzioni molto dettagliate dei fenomeni mentali e delle funzioni psichiche correlate per l'elaborazione di modelli esplicativi di matrice cognitivista
2. l'aspirazione ad una fondazione trascendentale produce una psicologia con forti accenti per una teoria epistemologica fondativa della cosa nell'esperienza
3. il circolo della conoscenza e la vacuità del fondamento, che si tiene equidistante dalle prime due vie e che sembra più vicina all'approccio di Varala alla ricerca del fondamento ma senza avvitarsi su se stesso e dando spazio alle ricerche psicologiche di indizi.

Anche a costo di incappare nel temibile "paradosso della soggettività umana", per cui la coscienza è contemporaneamente soggetto e oggetto ed è quindi difficile isolare la coscienza pura, trascendentale ed è ancora più difficile determinare le dimensioni psicologiche "oggettive" già da sempre ridotte alla sfera del *cogito*, mi muoverò nella seconda via fondativa. Non si può chiedere ad un teologo una specifica competenza psicologica sull'umore, piuttosto può offrire un contributo utile a livello epistemologico.

FENOMENOLOGIA DELL'UMORE

Sulla linea tracciata da A. Tatossian, che mantiene la distinzione di M. Scheler tra sentimenti vitali e sentimenti psichici o intenzionali, tra *Stimmung* (umore) e *Gefühl* (sentimento), si sostiene che l'*umore* appartiene alla sfera vitale dell'essere umano ed ha le proprie radici nel suo modo di manifestazione globale. È questo che stabilisce la sua profondità, mentre il sentimento, quale che ne sia l'intensità non è così profondo... Il sentimento è un'azione, un movimento affettivo, una risposta a e verso qualcosa e soprattutto qualcuno, l'umore ha un "*tratto di passività*", è uno stato, precluso alla volontà del soggetto, si colloca ad un *livello primitivo* della vita psichica in cui il vissuto psichico si intreccia ad un vissuto globale del corpo proprio³⁹.

È su questo lato *passivo* dell'umore che si incentrerà il mio contributo, facendo tesoro della distinzione di E. Husserl tra "*fenomenologia statica e fenomenologia genetica*"⁴⁰. Mentre nella

³⁶ E. HUSSERL, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Libro terzo, *La fenomenologia e i fondamenti delle scienze*, Torino, Einaudi, 1976, p.829.

³⁷ *Ivi*, p.831.

³⁸ G. RIZZOLATTI, C. SINIGAGLIA, *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni-specchio*, Milano, Raffaello Cortina, 2006.

³⁹ A. TATOSSIAN, *Phénoménologie des psychoses*, Paris, Masson, 1979.

⁴⁰ Cf. E. HUSSERL, *Metodo fenomenologico statico e genetico*, Milano, Il Saggiatore, 2003.

“fenomenologia statica” si spiega ciò che deve essere presupposto, conformemente alla validità, per la sua costituzione e per un fondamento ultimo della conoscenza, nella “fenomenologia genetica” l’io è considerato da un punto di vista temporale come l’unità di una genesi. Mostra come la coscienza diviene a partire dalla coscienza, fino a introdurre una dimensione passiva. Lo scopo della “fenomenologia genetica” è di esplicita l’ego, più esattamente la sua autocostituzione, considerando precisamente l’ego nel flusso della sua vita intenzionale attuarla e potenziarla. La fenomenologia diventa allora una filosofia della vita, anzi filosofia scientifica della vita. Ad essa si accede attraverso l’analisi intenzionale, che a sua volta presuppone la riduzione trascendentale. La descrizione deve precedere ogni interpretazione, l’empiria fenomenologica non è insieme di dati inerti, ma soggettività trascendentale, origine dell’esperienza che s’arricchisce auto-esplicitandosi.

In questa analisi genetica dello sviluppo della coscienza apparirà l’umore come affezione dell’io latente, legato all’irritabilità dell’io senza che l’io lo scelga. Tentiamo di procedere fenomenologicamente in questa genesi della coscienza fino al suo tratto oscuro, passivo⁴¹.

Ogni vissuto ne implica altri a titolo di orizzonte percettivo. È dunque impossibile per un vissuto essere isolato. La vita è luogo d’incontro della passività con l’attività e forse è anche il luogo d’origine della loro differenziazione. Il vissuto non esiste solamente nel momento in cui io lo rifletto; esso apre una sfera pre-riflessiva, che la riflessione in seguito deve mettere in chiaro. Il vissuto irriflesso come *Urerlebnis* è originario ed è in rapporto costante col vissuto riflesso che è derivato. Nell’irriflesso si dà la cosa in carne ed osso come un dono ed è un modo di coscienza corporale (*Leibhaft*). Questo originale irriflesso è un assoluto che non ha niente a che fare con un principio metafisico, al contrario, appare nell’esperienza stessa. A questo livello non ha alcuna importanza la distinzione tra recettività passiva e spontaneità attiva. Infatti nell’impressione originaria (*Ur-impression*) vi è il paradosso d’una ricezione attiva e insieme spontanea, cosciente e non-cosciente. L’impressione è ciò che è ricevuto nel mentre attivamente lo ricevo. È come una *potentia oboedientialis*. L’impressione è già intenzione di senso senza essere un atto dell’io. L’*Ur-impression* è una intenzionalità latente, subordinata all’intenzionalità autentica della conoscenza, non in quanto derivata da essa, al contrario in quanto preesistente.

La “fenomenologia genetica” in questo scavo della coscienza arriva sino alla dimensione passiva. Il che vuol dire che bisogna pensare l’intenzionalità oggettivante sul fondo dell’intenzionalità latente, della pre-donazione passiva. L’intenzionalità latente è l’incosciente, chiamato da Husserl anche addormentamento, correlato alla veglia. “E non si deve dire che l’io assopito, in contrapposizione con quello desto, è un totale essere immerso nella materia dell’io, nella *hyle*, un indifferenziato essere-io, uno sprofondamento dell’io, mentre l’io desto dispone davanti a sé la materia, e ne subisce le affezioni, agisce, patisce, ecc. l’io pone il non-io e si comporta in un certo modo nei suoi confronti; l’io costituisce continuamente il suo ‘di-fronte’, e in questo processo è motivato, non in modo qualunque, bensì sempre nell’atteggiamento dell’autoconservazione”⁴². L’intenzionalità latente è un’affezione che si aggira sul bordo della coscienza, è una percezione inconscia perché è un’attenzione portata su qualcosa che non è ancora apparso per me.

Questo livello passivo è una coscienza ritenzionale, un io latente, già strutturato come un io, ma inaccessibile e in conoscibile per l’io. “A. Montavont scrive: “Autrement dit, c’est la conscience elle-même qui fait, dans son opération elle-même, son histoire inconsciente ; c’est elle qui se rend étrangère à elle-même, qui s’opacifie dans le mouvement même où elle s’éclaire. C’est dire le mouvement dialectique de l’inconscient et du conscient »⁴³.

L’io latente non è un niente, è una potenzialità positiva, un momento della struttura dei fenomeni dell’io patente. Questa affezione è chiamata da Husserl “irritabilità”, in cui l’io è in gioco senza che qualcosa sia scelto da lui. “Il est irrité par l’étranger au moi de la sphère subjective qui est donc là

⁴¹ Mi servirò dello studio estremamente raffinato di A. MONTAVONT, *De la passivité dans la phénoménologie de Husserl*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999.

⁴² E. HUSSERL, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro secondo. Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione*, Torino, Einaudi, 1976, p. 644.

⁴³ A. MONTAVONT, *De la passivité*, p. 234.

pour lui, mais ne vient pas de lui»⁴⁴. L'affezione dell'io latente è l'umore, di cui si parla in psicologia, legato all'irritabilità dell'io senza che l'io possa presiedere al processo affettivo. L'umore sarebbe, secondo Minkowski, "il fondo che ci lega al mondo" nel quadro dei ritmi biologico-vitali (sonno-veglia, fame-sazietà, alterazioni circadiane, mensili, stagionali, ecc.). Eugène Minkowski è psicologo che ha approfondito la riflessione husserliana sulla sintesi passiva, identificandola nella "dimensione in profondità". Essa è un "fondo", un "inconscio", che l'autore descrive "come una sottile tela di ragno, che si fa polvere ogniquale volta crediamo di averla tra le dita, che, fuggente, sembra andarsene al di là dell'io eppure sentiamo essere la vera sorgente della nostra vita"⁴⁵. L'inconscio, impreciso e oscuro a prima vista, è il "movente originario" del nostro slancio personale. L'inconscio non è il rimosso freudiano, che la coscienza deve razionalizzare se non si vuole rimanere intrappolati dai suoi meccanismi subdoli, al contrario è la sorgente della vita, il fondo originario della vitalità e delle motivazioni. Minkowski parla di "coscienza dell'inconscio" come pilastro della vita cosciente⁴⁶ e l'umore è quel livello inconscio di conoscenza che ci innesta nella vita nel livello più originario. L'umore è la conoscenza pre-linguistica, è l'esperienza antipredicativa, per cui abbiamo già un apparato di conoscenze scientifiche per principio. La contaminazione delle idee scientifiche per contagio ci impediscono di retrocedere al mondo della vita. La capacità di chiarire già il percepito mutuato dalla scienza, non è un originario, ma un cedimento all'obiettivismo scientifico. I giudizi dell'esperienza non sono definitivi, sono cangianti come gli umori, mentre quelli della scienza vorrebbero essere nomotetici e definitivi. Il mondo della nostra esperienza è stato sostituito a priori dal mondo "esatto" e si è interamente trascurato di risalire al problema delle operazioni originariamente offerenti. Noi abbiamo assunto come verità un metodo d'indagine. Per la scienza non c'è un antipredicativo. Solo il linguaggio ha la capacità di esprimere l'esperienza. La scienza sarebbe solo una costruzione sociale. Husserl è il primo e più radicale, che ammette un'esperienza senza linguaggio. C'è un'esperienza più originaria, che rischiamo di non percepire più. "La scienza che coglie l'universo non è altro che un rivestimento di idee sull'originario"⁴⁷. Su questo fronte vi sono state e vi sono molte polemiche fra trascendentalisti e naturalisti⁴⁸. È significativo tuttavia che anche in ambiente psicologico, tradizionalmente positivistico, si siano segnalate sperimentazioni che depongono a favore di una coscienza implicita. Nelle sue ricerche sulla memoria Daniel L. Schacter ha ipotizzato una memoria implicita per spiegare alcuni fenomeni di pazienti amnesici, che sembrano avere una qualche forma di percezione inconscia, chiamata "visione cieca" (*blindsight*). Nell'esperimento attraverso l'effetto di "facilitazione" (*priming*) di parole da completare "è all'opera qualcosa di diverso dalla memoria conscia"⁴⁹. Appunto una "memoria implicita", che spiegherebbe tanti fenomeni finora oscuri nelle scelte della gente, che sembravano semplicemente irrazionali. Sembra addirittura che la memoria implicita sia più originaria e appaia prima della memoria esplicita⁵⁰. Su questo fondo della memoria implicita o coscienza inconscia si devono leggere gli umori, come modalità originaria del conoscere. Prima di una sommaria descrizione degli umori fondamentali è necessario indagare un altro livello di conoscenza umorale che sta in mezzo tra l'esplicito categoriale e l'implicito passivo e che soprattutto giustifica il cambiamento umorale, la temporalizzazione della percezione. In Husserl la percezione è un costante fluire della coscienza, anzi la percezione stessa un flusso costante tra passato e presente che si impone. Il medesimo colore non rimane sempre lo stesso, ma è una variazione continua di vissuti del colore. "Il medesimo colore appare in serie continuative di adombramenti di colore"⁵¹. Il mondo non è mai lo stesso, è un continuo flusso di adombramenti, di

⁴⁴ Ivi, p.228.

⁴⁵ E.MINKOWSKI, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Torino, Einaudi, 2004, p.49.

⁴⁶ Ivi, p.50

⁴⁷ E.HUSSERL, *Esperienza e giudizio*, Milano, Bompiani, 1995, p.46.

⁴⁸ Cf. J.HABERMAS, *Tra scienza e fede*, Bari, Laterza, 2006; *La mente e la natura. Per un naturalismo liberalizzato*, a cura di Mario De Caro e David Macarthur, Fazi Editore, Roma, 2005.

⁴⁹ D.L.SHACTER, *Alla ricerca della memoria. Il cervello, la mente e il passato*, Torino, Einaudi, 2007, p.175.

⁵⁰ Ivi, p.183.

⁵¹ E.HUSSERL, *Idee, libro secondo*, § 41, p.88

percezioni afferrate e unite sinteticamente dalla coscienza attraverso il ricordo. La variazione di umori è dovuta ai diversi adombramenti coscienziali, che nella loro diversità mantengono un'unità d'esperienza. La conoscenza è l'attenzione che si presta ad una cosa, ma lo spettro visivo è più ampio e la coscienza intercetta passivamente tante altre percezioni che rimangono nel ricordo e che agiscono indipendentemente dalla volontà del soggetto. Tutti gli *Erlebnisse* sono consaputi anche prima della riflessione come sfondo, pronte alla percezione. "Lo sfondo della mia percezione, inteso come campo di immediata osservabilità, comprende soltanto un piccolo frammento del mio mondo circostante"⁵². Le esperienze con sapute, che non sono oggetto d'attenzione, agiscono passivamente sul soggetto, come umori, che condizionano la nostra percezione del mondo senza conoscerne riflessivamente la ragione. Il fondamentale gioco della temporalizzazione coscienziale spiega perché Minkowski pone al centro della sua psicologia fenomenologica il tempo vissuto.

PICCOLA TASSONOMIA DEGLI UMORI

Quali sono dunque gli umori fondamentali? È impossibile descrivere tutti gli umori che sono legati all'infinita variabilità degli adombramenti e del fondo pre-riflessivo della coscienza. Si può tuttavia descriverne alcuni nella loro costituzione come la gioia e il dolore, l'euforia e la malinconia, come la passione e la rabbia, come la simpatia e la paura, il gusto e il disgusto.

- La *gioia* è un sentimento che può avere molte facce, molti umori. "Se il tono dell'umore è accentuato in direzione dell'attivazione si può provare allegria o euforia, se si ha una ragione cosciente di gioia si prova contentezza, se è dominante l'esperienza sensoriale si prova piuttosto piacere"⁵³. La manifestazione somatica più diffusa di gioia è il sorriso, che è espressione comunicativa innata già presente nel primo anno di vita. Socialmente questo tratto si chiama buonumore e porta ad atteggiamenti altruistici e non competitivi.
- Il *dolore* è legato all'esperienza della perdita con abbassamento delle funzioni vitali, con desiderio di ritirarsi, di sparire e di evitare i contatti. La funzione adattativa della tristezza è un risparmio energetico a fronte di perdite gravi come un figlio o il partner. Il dolore, che si prolunga nel lutto, può servire per eliminare dalla coscienza il ricordo o viceversa prolungare la presenza della persona scomparsa. Dal punto di vista cognitivo il dolore non è il rovescio della gioia ma il sintomo di incapacità personale.
- La *rabbia* è la reazione alla frustrazione e alla costrizione. La nostra cultura punta alla repressione della collera e si mostra con una tipica fisionomica: sopracciglia aggrottate, denti digrignati, occhi lampeggianti e labbra strette. La rabbia è uno stato emotivo che crea una carica energetica per passare alle vie di fatto soprattutto contro le persone familiari.
- La *paura* è l'emozione che si prova come reazione al pericolo o all'evento inaspettato. La paura si mostra come spiacevolezza, allarme, e tentativo di scappare. La mimica facciale prevede bocca semiaperta con gli angoli verso il basso, occhi sbarrati, sopracciglia avvicinate, fronte corrugata, muscoli tirati. Questo sentimento primario diventa una situazione emotiva esistenziale come angoscia di fronte alla situazione di grettezza del nostro essere nel mondo.
- Il *disgusto* è un umore connesso con la sgradevolezza del cibo e con il rifiuto della contaminazione. Si esprime con naso arricciato bocca e labbra allargate come per estromettere il suo contenuto. Questa funzione protegge dal rischio di entrare in contatto con sostanze dannose, come il ribrezzo di fronte al marcescente. In casi estremi diventa nausea e vomito. Come per la paura, così per la nausea vi è un riscontro esistenziale nel rifiuto della vita e della sua condizione di finitezza.

Le emozioni sono gli umori e rappresentano il livello conoscitivo più originario, pre-riflessivo, sul fondo inconscio dell'incontro tra l'io e il mondo. Hanno il carattere pre-razionale, ma non pre-razionativo perché rappresentano una vera conoscenza del mondo. Anzi questa conoscenza

⁵² Ivi, §46, p.98.

⁵³ M.R.BARONI, V.D'URSO, *Psicologia generale*, Torino, Einaudi, 2004, p.352.

simbolica, o come dice S. Langer, "presentazionale" è più complessa, più originaria, più vicina all'essenza delle cose, che quando viene investita dal metodo delle scienze naturali deve cedere in larga misura la ricchezza connotativa per una migliore controllabilità denotativa. Però nessuno si fiderebbe a prender moglie con i criteri della scienza, anche lo scienziato preferisce fidarsi delle sue sensazione e dei suoi umori.

Forse bisognerebbe riprendere la grande lezione fenomenologica di M. Heidegger sull'Esser-ci e i suoi sensi esistenziali. L'analitica dell'Esser-ci nella prima parte di *Essere e tempo* è un affresco formidabile sugli umori nella loro consistenza originaria. Così le percezioni di fattività, di effettività, di prendersi cura, di deiezione, di gettatezza, di angoscia sono strutture originarie dell'Esser-ci. Heidegger scrive: "Ciò che in sede ontologica designiamo con l'espressione 'situazione emotiva' è onticamente notissimo e quotidianissimo sotto il nome di tonalità emotiva, umore... che le tonalità emotive possano mutare o capovolgersi sta solo a significare che l'Esserci è sempre in uno stato emotivo"⁵⁴. La situazione emotiva degli umori predispone alla conoscenza perché apre l'uomo alla totalità. "Alla situazione emotiva è connesso un aprente assegnazione al mondo in cui possiamo incontrare ciò che ci procura affezioni. Sul piano ontologico fondamentale dobbiamo affidare la scoperta originaria del mondo alla 'semplice tonalità emotiva'"⁵⁵. Gli umori sono dunque il livello originario della conoscenza, che probabilmente potrebbero gettare una luce diversa sulle patologie umorali. Forse bisognerebbe essere più decisi nel considerare le malattie mentali legate all'umore come problemi conoscitivi. Ricordiamo che sempre Heidegger ha affinato una fenomenologia della situazione emotiva dove l'essere per la morte e l'angoscia sono esistenziali, cioè possibilità d'essere. Non è detto che molte malattie vengano indotte dall'ambiente sociale, che non sopporta percezioni diverse dalla controllabilità cognitiva della neocorteccia con grande sofferenza delle dimensioni più originarie del cervello antico.

SPUNTI CONCLUSIVI

Se gli umori sono il livello più originario della conoscenza antipredicativa, gli ingaggi tra il soggetto e il mondo, prima di qualsivoglia linguaggio esplicito, determinano qualche quesito sull'approccio psicologico alle patologie.

Come è possibile una diagnosi, che si basa sulla ricostruzione narrativa di esordi o di cause traumatiche raccontate dai pazienti e sistematizzati dai terapeuti, quando si constata che gli umori sono pre-linguistici?

Come può la psicopatologia rendere nomotetico ciò che è idiografico, dal momento che tutto passa dal soggetto? Non è forse auspicabile, come avviene già in molti laboratori di ricerca, uno sforzo teso a raggiungere un'autocoscienza del soggetto, anziché insistere su una diagnosi protocollare?

Se gli umori sono conoscenze antipredicative bisognerebbe produrre una pedagogia di riconciliazione con essi, anche quando connotano tonalità emotive difficili, riservando la terapia psichiatrica solo a casi estremi di traumatizzazione della mente.

Forse alla psicologia compete un nuovo compito "politico" come coscienza critica comunicativa per la pulizia mentale, impedendo che i protocolli mediatici dell'espulsione dalla vita delle situazioni emotive traumatiche possano imporsi al sentire pubblico. Prevenire è sempre meglio che curare.

⁵⁴ M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, Torino, U.T.E.T., 1969, pp.225s.

⁵⁵ Ivi, p.230.

RECIPROCIÀ E ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE: APPROCCIO COSTRUTTIVISTA AI DISTURBI DELL'UMORE

Da vari decenni contributi sperimentali sempre più numerosi segnalano l'importanza della percezione della figura accudente all'interno dei processi di attaccamento; tramite questi il bambino emette segnali e comportamenti con cui ricerca e mantiene il massimo livello di prossimità e di accudimento percepito come possibile (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1985; Crittenden, 1994; Rezzonico e Lambruschi, 1996). I comportamenti, inizialmente, sono emessi su base essenzialmente genetica e costituzionale, solo in seguito vengono modulati (accentuandoli o smorzandoli) in relazione alle risposte della figura accudente. Inizia così a costruirsi e a definirsi nei contorni generali la relazione di reciprocità, caratterizzata da una mutua influenza tra figura genitoriale accudente ("care-giver") e bambino accudito che si attacca. Si tratta, quindi, di una interazione soggettiva ed unica: la reattività e le modalità con cui il bambino emette i suoi segnali di richiamo e di richiesta di cure influenzano le risposte della figura accudente, come d'altra parte gli atteggiamenti – soprattutto emozionali – di quest'ultima orientano i successivi comportamenti del bambino, che apprende a selezionare e privilegiare quelle modalità, a maggiore o minore espressione emozionale o cognitiva, che gli consentono il massimo della prossimità e della reciprocità possibile. Fin dal periodo fetale, infatti, i segnali del bambino orientano il comportamento della madre, la quale, entro il range di modalità consentite dalla sua organizzazione di significato personale, si attiva in maniera in qualche modo unica, rispetto alla risonanza che percepisce a partire da quei segnali. Pertanto, una figura accudente non è mai "identica" nei confronti di figli diversi, fossero anche gemelli, sebbene le sue modalità comportamentali di base siano le stesse. Appare dunque evidente che lo sviluppo individuale e l'emergere di un significato personale specifico, unitario e continuo nel tempo, avviene a partire dalla relazione di reciprocità con le figure accudenti. La possibilità di stabilire rapporti significativi con i care-givers, infatti, non è necessaria solo alla sopravvivenza individuale, ma anche allo sviluppo di tutte quelle caratteristiche peculiari che consentono di percepirsi in maniera globale ed unitaria, sia rispetto all'ambiente esterno, sia rispetto ai cambiamenti temporali. Nella relazione di reciprocità confluiscono le competenze espresse dal patrimonio genetico e quelle frutto degli apprendimenti, orientati a loro volta dalle modalità con cui viene percepita l'esperienza e dalle corrispondenti attivazioni emozionali.

D'altro canto, approfondendo lo studio dei processi di attaccamento si può osservare, nonostante le caratteristiche soggettive di unicità di ciascuna relazione, che esistono dei modi ricorrenti di maturare, attraverso la selezione di strategie adattive che meglio consentono di ottenere l'accudimento. Ricordiamo, inoltre, che il bambino utilizza i segnali che percepisce da chi lo accudisce non solo per attivarsi emotivamente, ma anche per iniziare a costruire le prime rappresentazioni di sé e del mondo (chi è, quanto è amabile e vale, cosa si può aspettare dall'esterno). In questo modo, piuttosto precocemente, iniziano a delinearsi due modi diversi di percepire la reciprocità, che emergono lungo un asse primario processuale, relativo alla maggiore o minore prevedibilità, per il bambino che ricerca l'attaccamento, degli atteggiamenti della figura accudente (Fig. 1).

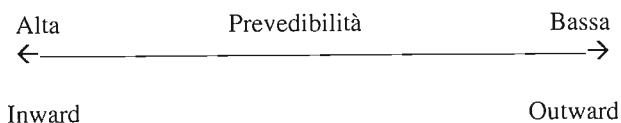


Fig. 1. Asse processuale di sviluppo: messa a fuoco dall'interno ("inward") o dall'esterno ("outward") in relazione alla alta o bassa prevedibilità degli atteggiamenti accidenti.

In accordo con Guidano (1987), possiamo affermare che lo sviluppo individuale, entro cui si definiscono i contorni dell'identità, avviene attraverso una "messa a fuoco per contrasto" tra il flusso dell'esperienza, multiforme e variabile, e gli schemi emozionali memorizzati, derivanti dall'insieme delle esperienze precedentemente percepite e riordinate; hanno in questo modo origine immagini prototipiche, attivazioni emozionali e schemi cognitivi ad esse correlati. Pertanto, sulla base del livello di consonanza o dissonanza che emerge da questa messa a fuoco, viene mantenuta la coerenza interna che fa da base al senso di unicità personale e di continuità storica dell'individuo. In questo processo acquista un valore fondamentale la capacità di distinguere e riordinare due aspetti irriducibili dell'esperienza: la percezione di sé che costruisce il senso interno e quella dell'ambiente fisico e relazionale, che dà il senso esterno. Entrambe queste percezioni hanno un valore adattivo, ma la prevalenza dell'una sull'altra varia lungo l'asse della prevedibilità, da individuo a individuo. In particolare, in accordo con Guidano e Arciero (2003), la prevedibilità dell'accidente e la stabilità del contesto esterno, così come vengono percepite soggettivamente dal bambino, orientano verso una lettura interna ("inward"), mentre l'imprevedibilità dell'accidente e la variabilità del contesto esterno orientano verso una lettura esterna ("outward"). In questo modo, in alcuni soggetti (Fig.1: lato destro dell'asse), emerge gradualmente la tendenza a centrare l'attenzione sul mondo interno, leggendo, a partire da esso, il contesto esterno; in altri (Fig. 1: lato sinistro dell'asse), viceversa, l'attenzione viene precocemente orientata in modo prevalente sull'ambiente esterno, con lettura del mondo interno in base alle percezioni ricavate dal contesto. Quando la figura accidentale è percepita come tendenzialmente stabile e prevedibile, grazie a situazioni quotidiane simili che si ripetono, viene facilitata la decodifica precoce dell'esperienza, i segnali da apprendere sono semplici e riconoscibili; ciò facilita il loro riconoscimento e ne consente l'espressione da parte del bambino. In particolare, sono focalizzabili precocemente quelle attivazioni soggettive che vengono indicate come emozioni di base quali paura, rabbia, tristezza, gioia, e, in parte, disgusto (Guidano, 1987, 1991; Arciero, 2006). Il riconoscimento di queste attivazioni, che si ripetono nelle medesime circostanze, consente sia di prevedere la risposta accidentale e la sua disponibilità a corrispondere ai propri bisogni, sia di formare, mediante queste situazioni prototipiche, una serie di "scene nucleari" che iniziano a fare da base alla costruzione di un proto senso di sé; la coscienza emerge da queste "isole" di esperienza (Tomkins, 1978; Abelson, 1981), che gradualmente si fondono in quella sorta di "film nel cervello" ("movie in the brain", Damasio, 2000) che definisce il senso di sé. Grazie alla prevedibilità dell'ambiente, dunque, il soggetto inizia a percepire in quali contesti e in quali situazioni si può sentire tranquillo o in pericolo, gratificato o frustrato e "legge" sulla base di questi stati interni ciò che accade nell'ambiente che lo circonda (messa a fuoco dall'interno: "inward"). Diversamente accade in contesti in cui i comportamenti della base di riferimento vengono percepiti come più complessi e meno prevedibili. In questi casi le attivazioni emozionali dell'esterno appaiono anch'esse meno costantemente definite e, quindi, meno chiaramente decodificabili; il bambino, pertanto, ha bisogno di incamerare più dati e di aggiornarli costantemente, nella costruzione di scene nucleari che sono anch'esse oggetto di rimodulazione e ridefinizione, man mano che le percezioni che le riguardano cambiano. Le attivazioni emozionali sono diverse, tendono qui ad essere caratterizzate da una

dalla capacità di individuare e di prevenire rischi e pericoli, permette gradualmente di affinare le proprie competenze e di allontanarsi – senza mai distaccarsene del tutto e definitivamente – dalle figure di riferimento, considerate come basi affidabili. Queste, in quanto tali, solitamente danno sicurezza e protezione ma, in alcuni casi e, quindi, a loro volta, possono avere bisogno di ricevere sicurezza e protezione (ad es. in caso di malattia, scarsa affidabilità o separazioni). In queste situazioni il non distacco avviene all'interno di un attaccamento invertito in cui il figlio fornisce prestazioni di tipo parentale in cambio del mantenimento del legame e della prossimità. Quando la reciprocità in termini di comunicazione fisica è elevata, il bambino comincia a definire i contorni dell'identità personale sul controllo e sulla regolazione della reciprocità fisica in termini di protezione: l'allontanamento dalla base accidentale per esplorare l'ambiente viene percepito come possibile in base a quanto si sente sicuro. Queste condizioni possono realizzarsi sia direttamente, quando la figura accidentale è realmente presente, sia indirettamente, tramite l'incoraggiamento e la rassicurazione. In tutti questi casi, quando la reciprocità fisica è tendenzialmente alta, emergono chiusure organizzazionali di tipo "controllante".

Quando, invece, si sperimenta una condizione abituale di separazione, solitudine e inaiutabilità (Fig. 2, verso destro dell'asse), vengono affinate quelle competenze legate al dover vivere facendo prevalente riferimento a se stessi; l'esperienza di separazione e di solitudine fornisce una spinta marcata a maturare precocemente le proprie capacità individuali, volitive e cognitive, sia sul versante operativo che su quello speculativo. L'impegno e la lotta contro gli aspetti negativi dell'esperienza stabilizzano il senso di sé, facendo apparire più controllabile l'impatto con la realtà e consentendo di percepirsi sufficientemente validi ed amabili sotto il profilo relazionale. In queste relazioni a reciprocità fisica tendenzialmente bassa, il bambino definisce il senso di sé in base alle proprie capacità di gestire il distacco e il senso di solitudine che ricava come condizione abituale in cui si trova a vivere; pertanto, a partire da una minore prontezza e disponibilità di aiuto, cerca di trovare comunque risposte adattive ai propri bisogni. Una bassa reciprocità può verificarsi quando la base accidentale è percepita come fragile, incapace o indisponibile, o ancora quando appare fredda, lontana o quando viene a mancare. In questi casi emergono chiusure organizzazionali di tipo "distaccato".

In situazioni intermedie di reciprocità, possono configurarsi organizzazioni controllanti che percepiscono le basi di riferimento con aspetti contrastanti o con possibilità di andare incontro a cambiamenti: ad esempio, in situazioni in cui le figure protettive accidenti appaiono anche per qualche aspetto fragili (ad es., perché si ammalano, hanno dei problemi, ecc.) oppure a rischio di allontanamento (ad es., per conflittualità di coppia). Sul versante della bassa reciprocità, si osservano generalmente chiusure organizzazionali di tipo distaccato che percepiscono la base accidentale come poco presente o inconsistente in quanto essa, pur essendo colta come positiva, appare inadeguata a fare fronte alle necessità dell'accudito, viene rifiutata o disprezzata da altri oppure cambia in seguito ad eventi negativi (fallimenti economici o affettivi, ecc.). Sia nelle chiusure inward di tipo controllante che in quelle distaccate, il senso di sé del bambino può definirsi, in termini più o meno positivi o negativi, sulla base degli atteggiamenti e delle risposte alle proprie sollecitazioni. In altri termini, sia i soggetti controllanti sia quelli distaccati possono formarsi un senso di sé buono o cattivo a seconda dei segnali ricavati dall'insieme delle scene nucleari.

In definitiva, proprio in quanto risponde a bisogni concreti, l'asse allontanamenti-avvicinamenti non richiede inizialmente l'utilizzo delle funzioni logico-verbali ed ha fornito una fondamentale strategia adattiva nei contesti protosociali, sia come catalizzatrice dei legami di gruppo e di appartenenza, sia per costituirne altri simili, sia infine per affrontare situazioni di separazione, perdita, solitudine e sradicamento, per costruire qualcosa di nuovo e, se possibile, di migliore.

Diversamente, nei bambini che evolvono maturando una messa a fuoco prevalentemente "outward", la complessità e la variabilità dei segnali percepiti dall'ambiente rende questi ultimi poco prevedibili e meno facilmente memorizzabili in situazioni e scene nucleari stabili; pertanto, la costruzione del significato personale viene effettuata attraverso una costante attenzione verso questi

segnali, sia non verbali che verbali, dai quali vengono ricavate informazioni su di sé. Le emozioni percepite sono in prevalenza quelle cosiddette "secondarie", che richiedono una componente cognitiva di valutazione e comparazione del proprio comportamento rispetto ai modelli ambientali presi come riferimento (ad es., vergogna o colpa). L'attenzione verso l'esterno porta quindi a decodificare ciò che si prova e a ricavare informazioni su di sé proprio attraverso i messaggi ricevuti dall'ambiente. La comunicazione appare prevalentemente centrata non sulla reciprocità semantica, che può essere individuata lungo un asse processuale, che va da modalità alte (comunicazioni frequenti, positive o negative che siano) a modalità basse (comunicazioni date e verificate di tanto in tanto, in modo attento ma piuttosto distaccato (Fig. 3). Su questo asse evolutivo le chiusure organizzazionali si attuano: ad alti livelli di reciprocità, attraverso le conferme o disconferme costantemente percepite; a bassi livelli di reciprocità, mediante le regole, le prescrizioni, le norme ed i valori che, una volta dati, vanno rispettati e fatti propri.

Fig. 3. Asse processuale di sviluppo: comunicazione costruita sulla reciprocità semantica, in relazione alla alta o bassa presenza di atteggiamenti accudenti scarsamente prevedibili, con messa a fuoco dall'esterno (outward).

Quando la reciprocità comunicativa è bassa, dalla base accidentale (che appare al tempo stesso presente ma anche distaccata sotto il profilo emotivo) il bambino percepisce soprattutto regole, criteri e direttive su cosa deve fare o non fare, sul piano pratico e, successivamente, anche su quello etico. In particolare, la figura accidentale primaria appare attenta più sul piano razionale che su quello empatico, per cui il bambino orienta le strategie adattive verso la ricerca di regole e modalità comportamentali percepite come utili (e, quindi, valide) per ottenere l'approvazione e

l'accudimento. Tende così ad interiorizzare queste regole come valori attraverso i quali raggiungere le certezze necessarie a stabilizzare il senso di sé e del mondo. La reciprocità sul piano emozionale è mediata dalla rispondenza alle prescrizioni ed è caratteristicamente a marcata componente cognitiva autovalutativa. In questo modo emergono e si definiscono chiusure organizzazionali di tipo "normativo" che vedono nell'impegno e non nel risultato il parametro di verifica del proprio comportamento. Anche in queste modalità outward il senso di sé può essere più o meno positivo o negativo.

Anche lungo l'asse processuale della reciprocità comunicativa, tra le chiusure marcatamente "contestualizzate" e quelle marcatamente "normative", esistono forme intermedie caratterizzate da aspetti dell'una o dell'altra chiusura.

In ogni caso, appare evidente il significato adattivo dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale, dato che la chiusura organizzazionale avviene lungo quelle direttrici (inward-outward; reciprocità comunicativa fisica o semantica alta-bassa) che consentono di ricavare dall'ambiente in cui si vive e dalle risposte che esso è in grado di fornire rispetto alle richieste ed alle necessità dell'accudito, il massimo di prossimità e di sicurezza possibili (Fig. 4).

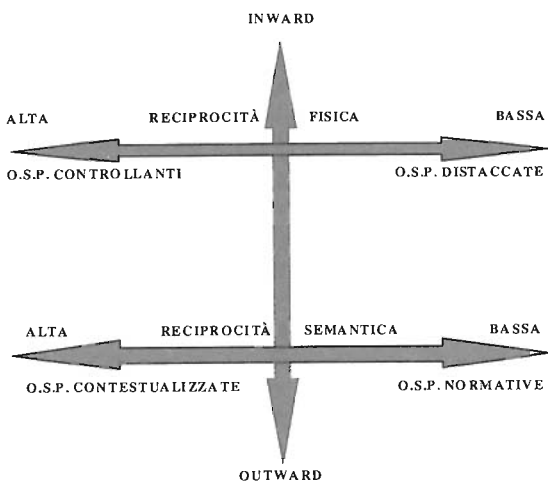


Fig. 4. Assi Processuali e Organizzazioni di Significato Personale.

Le chiusure invarianti delle organizzazioni di significato personale si definiscono come le modalità che meglio rispondono all'esigenza di trovare risposte adattive nell'ambiente entro il quale si costruiscono le relazioni di reciprocità. Questo significato adattivo, che si stabilizza entro l'adolescenza nelle modalità basiche di funzionamento, ma che evolve attraverso molteplici possibili aperture strutturali, è la base, come si è detto, del senso di unicità e di continuità storica che definiscono i contorni dell'identità. Possiamo quindi affermare che ogni organizzazione, proprio in quanto rappresenta una modalità di sviluppo in relazione alle pressioni percepite dall'ambiente, ha valenze adattive che consentono di fronteggiare e di risolvere molteplici problemi ma, al tempo stesso e per le stesse ragioni, può presentare fragilità, andando incontro a scompensi quando quelle stesse pressioni risultano perturbanti in maniera tale da non poter essere integrati con continuità nel senso di sé in corso. Pertanto, una percezione più o meno positiva o negativa di sé e del mondo non dipende dal tipo di organizzazione quanto piuttosto dalle fragilità costituzionali e dai percorsi che, all'interno di una data chiusura organizzazionale, il soggetto intraprende, assimilando l'esperienza ed i messaggi esterni e trasformandoli attivamente in senso di sé (Nardi, 2007).

Tenendo presenti i percorsi che portano lungo gli assi di sviluppo alle diverse chiusure organizzazionali, riportiamo di le principali caratteristiche adattive di ciascuna organizzazione con particolare attenzione alle manifestazioni dei disturbi dell'umore peculiari di ciascuna di esse.

Come già accennato in precedenza, le **organizzazioni controllanti** maturano attraverso una messa a fuoco prevalentemente "inward", all'interno di un contesto di attaccamento ad alta reciprocità, percepita in termini essenzialmente fisici (distanza, protezione). La chiusura organizzazionale è quindi centrata sul controllo della pericolosità dell'esperienza e dell'affidabilità dei riferimenti esterni individuati. La strategia adattiva di questa organizzazione è quella di costruire l'identità ed il significato personale attraverso la regolazione della distanza rispetto alle figure ed ai contesti di riferimento, per controllare e gestire al meglio le avversità e i pericoli e per definire di conseguenza gli ambiti di sicurezza e di benessere personali, relazionali ed operativi. Pertanto, gli individui ad organizzazione controllante presentano, all'interno del proprio assetto emozionale, attivazioni e coloriti soggettivi quali tranquillità e coraggio (in contesti percepiti dall'interno come sicuri), che si trasformano in angoscia e paura (fino al panico) in caso di pericolo o non controllo.

Quando il soggetto percepisce di trovarsi in una nuova e sgradevole sensazione, tale da non potere controllare più le cose come aveva fatto fino a quel momento, all'ansia subentra una depressione, che può avere una insorgenza rapida e può presentarsi particolarmente intensa; a volte basta che qualcosa vada in modo sfavorevole rispetto alle previsioni per generare un senso di penosa impotenza, che può invadere tutti gli ambiti dell'esperienza. Rapido è, in questi casi, il passaggio da una percezione di efficienza fisica e di controllo, ad una di inabilità e di impossibilità a gestire. I temi di negatività personale si configurano raramente in disturbi acuti; al contrario, vengono frequentemente utilizzati (a livello "tacito") per ri-regolare la distanza rispetto alle esperienze percepite come negative. I temi depressivi sono, dunque, espressione di un senso di precarietà e di vulnerabilità personale esteso, sovente, anche alle figure "basi sicure" e manifestati clinicamente da una marcata angoscia che viene poi somatizzata (cefalea, vertigini, sbandamento, precordialgie, tachicardia, ecc.), astenia ed inibizione psicomotoria associate all'impressione che tutto sia perduto. A volte il passaggio, da una percezione di efficienza fisica e di controllo, ad una di inabilità e di impossibilità a gestire è brusco, tipo *top/down* ("posso fare tutto/non posso fare niente"). I temi depressivi esprimono spesso contenuti connessi con un senso di precarietà e di vulnerabilità personale (estesa anche alle figure che costituiscono le "basi sicure" o, comunque, ai "punti di riferimento"); di solito si associano ad una marcata *angoscia*, che viene poi somatizzata (vertigini, sbandamento, tachicardia, precordialgie, cefalea, ecc.). In queste organizzazioni, infatti, proprio per le caratteristiche piuttosto concrete del pensiero, i *disturbi depressivi* sono spesso associati a *somatizzazioni*, ma, a volte, sono da esse mascherati. Per l'evidente correlato ansioso, l'insonnia è anche iniziale, non solo lacunare o terminale. In ogni caso, le perdite vengono percepite come una conferma della pericolosità e della inaffidabilità del mondo. Il venire meno, con l'avanzare degli anni, dei riferimenti e delle sicurezze infantili, come pure l'insorgenza di prime forme di "cedimento" della propria efficienza fisica, possono causare crisi dolorose di riassetto della coerenza interna, specie in momenti in cui si avverte l'inversione della asimmetria del tempo (per cui il futuro viene colto come qualcosa di meno indefinito e lungo rispetto all'adolescenza, nonché potenzialmente portatore di eventi negativi).

Anche le **organizzazioni distaccate** maturano, abbiamo visto, attraverso una messa a fuoco prevalentemente "inward", ma, al contrario dei soggetti controllanti, in questo il contesto di attaccamento caratterizzato da una bassa reciprocità fisica (distacco). La chiusura organizzazionale si basa quindi sul controllo della solitudine, dei limiti e della finitezza dell'esperienza. La strategia adattiva, in questo caso, è quella di costruire l'identità ed il significato personale muovendo da una esperienza di separazione e solitudine, non percependola come una condizione necessaria, ma cogliendola come una opportunità per affermarsi e fare scelte propositive. L'assetto emozionale prevalente è costituito da serenità o tristezza, ma anche da rabbia in caso di situazioni mal tollerate. Il percepirsi come portatori di una negatività personale può fare da supporto alla costruzione dell'identità, per cui il fatto di sentirsi non accettati, non amati o impossibilitati ad amare, viene

considerato una realtà predestinata, di fronte alla quale non si può fare nulla, e non solo espressione della modalità abituale con cui uno ha imparato a percepirla. Gli episodi percepiti come perdita vengono avvertiti come una responsabilità personale. La solitudine che ne deriva viene vista come conferma della propria inaiutabilità: ci si sente diversi per qualcosa di sbagliato che si ha dentro. Alla percezione di scarsa amabilità personale e di improbabile aiutabilità da parte degli altri si può associare un senso di autoaccusa e di disprezzo ("self blaming"). Negli scompensi di queste organizzazioni gli eventi di perdita e le delusioni si riscontrano a partire dalle esperienze precoci (separazioni o minacce di separazione, malattie gravi o lutti di persone care, problemi economici seri, sradicamento dal proprio ambiente, perdita del lavoro, ecc). Altrettanto precoce e costante appare l'esperienza di essere difficilmente in grado di conquistare relazioni affettive stabili e sicure, nonostante i continui sforzi fatti a questo scopo. Significativa è la tendenza ad evitare gli investimenti, per prevenire la reazione emotiva di lutto conseguente alla fine del rapporto, percepita come un destino pressoché certo. A volte si arriva a respingere l'altro, come se lo si dovesse "salvare" dal mettersi con una persona indegna come ci si percepisce. In altri casi, si può iniziare un rapporto a condizione di negarne l'importanza. In altri casi ancora, si cerca di farsi un'idea negativa della persona amata, per non soffrire se questa se ne dovesse andare. Quest'ultima situazione si può osservare anche nei confronti di un familiare o comunque di una figura di riferimento percepita come l'unica da cui si ricavi un po' di affetto. Gli scompensi si manifestano con un senso di disperazione che tende ad essere generalizzata e a coinvolgere tutti i settori dell'esperienza, fino a comprendere l'intera esistenza passata, presente e futura. Il controllo inadeguato della rabbia, che li caratterizza, spinge il soggetto tra autoimputazioni e autocommiserazione fino a mettere in atto comportamenti autolesivi (abuso di alcol e droghe, suicidio, ecc) o eterolesivi. Gli eventi negativi, correlati con gli abbassamenti dell'umore clinicamente rilevanti, producono, un vissuto di ulteriore perdita, di abbandono o di sconfitta, rinforzando il senso di negatività personale, percepito come oggettivamente ineluttabile e inemendabile. La ricorrenza di tonalità emotive connesse con sensi di perdita, di delusione e di colpa per la propria incapacità di ottenere un attaccamento emotivo stabile, evidenzia una coerenza interna centrata sull'intolleranza al distacco, percepito come riprova del proprio destino di sconfitta, di solitudine e di rovina. Spesso questi temi depressivi si estendono progressivamente "a macchia d'olio" dal soggetto al suo contesto relazionale fino a comprendere le sorti del mondo intero. Le idee di autosoppressione (spesso del tutto dissimulate o negate) possono apparire al soggetto come l'unica possibilità di porre fine ad una esistenza percepita come insopportabilmente angosciante e dolorosa. Nelle diverse forme cliniche di *depressione*, pur con diversi livelli di gravità e con gli aspetti descrittivi che caratterizzano i singoli sottotipi (*depressione maggiore*, *distimia*), le attivazioni emozionali tacite di disperazione e di rabbia confluiscono, a livello esplicito, in scenari molto variabili (sia per intensità che per andamento nel tempo) di inadeguatezza e di indegnità personale: ad esempio, non ritenersi degni di considerazione e di amore, sentirsi sporchi moralmente, vedersi in un tunnel o in un baratro senza intravedere una via di uscita se non precaria e lontana, avere la sensazione di dovere toccare il fondo senza sapere se sia possibile risalire, vedere crollare tutti i propri progetti e le proprie speranze (che ormai appaiono solo illusioni) senza avere costruito nulla di significativo. Come si è detto, queste trame narrative depressive vengono vissute a livello esplicito come realmente oggettive e inconfutabili, e non come il modo soggettivo abituale di riordinare le esperienze vissute nel corso del proprio ciclo di vita, a partire dalla relazione di attaccamento.

Le *organizzazioni contestualizzate*, invece, maturano attraverso una messa a fuoco prevalentemente "outward", all'interno di un contesto di attaccamento ad alta reciprocità, percepita in termini essenzialmente semantici (conferme/disconferme). La chiusura organizzazionale è costituita dal controllo delle conferme o delle disconferme ricavate dall'esperienza. In questi soggetti la strategia adattiva è quella di imparare ad utilizzare l'approvazione presente nei giudizi esterni (se e quando è possibile, anche prevedendola ed anticipandola) per costruire percorsi di successo e per aggiornarli quando essi mutano con il cambiare delle mode e delle tendenze. L'assetto emozionale prevalente è

caratterizzato da fiera e vergogna, senso di inadeguatezza o di colpa in contesti disconfermanti e discrepanti. La lettura dell'esperienza che ne deriva è centrata su una decodifica in termini di conferma o disconferma, in base alla quale, dai giudizi esterni o dai confronti con gli altri, vengono ricavati il valore personale (in termini fisici, estetici, professionali, relazionali) e l'adeguatezza delle proprie scelte.

I disturbi dell'umore negli scompensi contestualizzati sono spesso polarizzati su temi concernenti il proprio corpo, il proprio peso, l'assunzione di cibo o sulla propria riuscita sentimentale ed occupazionale. Conseguono, in genere, a esperienze vissute come disconfermanti o come deludenti rispetto ad investimenti effettuati, spesso con un coinvolgimento totale, rispetto ad una persona o ad un evento significativi. In altri casi lo scompenso è legato alla paura di una disconferma, per cui il soggetto si chiude in sé evitando di esporsi ad eventuali insuccessi: si ritira dagli studi, non "debutta" affettivamente, non entra nel mondo del lavoro. Per quanto si è detto, ogni fase dell'arco di vita che è caratterizzata da evidenti cambiamenti fisici (adolescenza, 35-40 anni, menopausa o andropausa, ecc.), i quali comportano la necessità di un riassetto ideo-affettivo del senso di sé, può comportare un incrementato rischio di scompenso. Gli episodi clinici depressivi in queste organizzazioni sono caratterizzati da forme con evitamento dell'esporsi, nelle quali ci si sottrae ad una possibile disconferma e forme in cui ci si sottrae al rischio di tali eventi critici. Solitamente, queste forme ricorrono in soggetti con una organizzazione di personalità dai confini incerti e indefiniti, con tendenza ad evitare ogni confronto emotivamente significativo che possa suonare come una bocciatura personale, fortemente temuta come conseguenza di un "oggettivo" scarso valore personale, frutto di ripetute e significative disconferme precedenti. Agli eventi perturbanti possono corrispondere quadri clinici estremamente diversificati, a volte anche nello stesso soggetto, sebbene i vari sintomi esprimano tutti un senso di sé confuso, precario ed instabile, oscillante tra la delusione vissuta e la speranza di un cambiamento delle cose, non infrequentemente collocato in un futuro remoto ed utopistico. In queste forme di depressione, per quanto concerne i rapporti tra *emozioni perturbanti*, *temi di negatività personale* ed *alterazioni della coerenza interna*, si può osservare come, ad un atteggiamento di base passivo e a controllo esterno (evitamento di situazioni significative per timore di esporsi a fallimenti, pur avendo bisogno di essere confermati), corrisponda, sul piano emozionale, una predominanza di tonalità centrate sulla vergogna e sul senso di inferiorità, con una alterazione della coerenza interna legata alla *intolleranza alla disconferma* da parte di figure significative, con le quali ci si confronta costantemente sul piano dei risultati.

Le **organizzazioni normative**, infine, maturano anch'esse attraverso una messa a fuoco prevalentemente "outward", ma all'interno di un contesto di attaccamento a bassa reciprocità, percepita in termini essenzialmente semantici (regole, certezze). La chiusura organizzazionale si costruisce sul senso del dovere e sull'impegno. La strategia adattiva è quella di muovere dai principi per ricercare teorie e modelli che spieghino in maniera soddisfacente, chiara e certa l'esperienza, riordinandola in modo da superare gli aspetti contraddittori, antitetici e contrastanti che essa presenta. L'assetto emozionale prevalente è caratterizzato dalla gestione cognitiva delle emozioni, che vengono spiegate e giustificate in modo che non appaiano espressione di debolezza e non risultino, quindi, destabilizzanti. Le capacità logico-analitiche, proprie di queste organizzazioni, permettono di sfruttare in ambito meta-cognitivo sia la tendenza del cervello di ricercare la completezza, integrando le lacune nel campo percettivo, sia quella di operare generalizzazioni (Edelmann, 2004). La lettura dell'esperienza che ne consegue è centrata sulla sua decodifica in termini di certezza, di giustizia e di tendenza alla perfezione, in base ai quali viene ricavato il senso delle proprie scelte e dei propri orientamenti, sia personali (affettivi, lavorativi, speculativi ed etici), sia relazionali.

Frequentemente gli scompensi normativi si associano a depressione, di cui prevalgono le forme ad andamento cronico, con eventuali esacerbazioni acute. L'abbassamento del tono dell'umore consegue al vissuto di incapacità personale nell'essere perfetti come si dovrebbe o al non adeguamento, da parte degli altri, alle proprie ragioni, da cui deriva un senso di incertezza, di dubbio, di totale perdita di controllo, per cui tutto sembra venire meno. Il soggetto avverte la ricerca

di certezze e di perfezione come un dovere: il non conseguirle può attivare un senso di incontrollabilità che non riguarda specificamente la relazione con gli altri, ma investe e compromette il senso unitario di sé, per cui si associa alla perdita, spesso generalizzata, di tutte le certezze fino ad allora acquisite. L'impossibilità percepita di raggiungere un'identità certa e un controllo totale della propria vita può produrre l'emergere di un penoso senso di incertezza e di dubbio, associato alla consapevolezza, scarsamente tollerata, dei propri limiti e difetti. Questa evenienza, quando è particolarmente intensa e duratura, dà luogo a scompensi depressivi del tono dell'umore, clinicamente rilevanti, che spesso tendono a cronicizzare, sotto forma di distimia. In quadri particolarmente intensi e subacuti, possono comparire anche forme di depressione maggiore, con temi deliranti di rovina e di sciagura (deliroidi depressivi od "olotimici"). Le modalità di esordio clinico esprimono un senso di sconfitta personale, per cui da un evento anche limitato, concernente uno specifico settore dell'esperienza, percepito come incontrollabile, si attiva un massiccio lavoro logico-analitico, reiterato sempre più frequentemente anche attraverso la messa in atto di rituali ossessivo-compulsivi o di blocchi psico-motori. Ciò finisce per determinare un senso completo di incapacità a gestire i vari aspetti della propria vita, che appaiono frammentati e dispersi in una serie paralizzante di dettagli rigidi e stereotipati, non più associabili in una visione d'insieme, con un conseguente vissuto generalizzato di sconfitta e di resa. Il senso di insopportabilità della propria vita può condurre ad ideazioni suicidarie coscienti come unica via di uscita dall'angoscia. Le modalità di esordio clinico esprimono un senso di sconfitta personale, per cui da un evento anche limitato, concernente uno specifico settore dell'esperienza, percepito come incontrollabile, si attiva un massiccio lavoro logico-analitico, reiterato sempre più frequentemente anche attraverso la messa in atto di rituali ossessivo-compulsivi o di blocchi psico-motori. Ciò finisce per determinare un senso completo di incapacità a gestire i vari aspetti della propria vita, che appaiono frammentati e dispersi in una serie paralizzante di dettagli rigidi e stereotipati, non più associabili in una visione d'insieme, con un conseguente vissuto generalizzato di sconfitta e di resa. Il senso di insopportabilità della propria vita può condurre ad ideazioni suicidarie coscienti come unica via di uscita dall'angoscia.

Per quanto riguarda i temi di negatività personale, le corrispondenti emozioni perturbanti e le conseguenti alterazioni della coerenza interna, all'atteggiamento passivo di imperfezione e di negatività interna fa riscontro una marcata tendenza ad escludere le emozioni dalla consapevolezza, riducendole ad argomentazioni logiche. Inoltre la coesistenza di atteggiamenti ambivalenti di affetto/ostilità, di rivendicazione/colpa esprime una alterazione della coerenza interna legata alla intolleranza alla perdita del controllo assoluto della realtà e al senso di imperfezione personale che ne consegue, fino alla attivazione di rituali compensatori.

Per concludere, infine, è importante chiarire l'evidenza clinica dei soggetti che mostrano aspetti che fanno pensare alla presenza di "organizzazioni miste". In realtà queste organizzazioni (che sono quantitativamente rilevanti, essendo le organizzazioni marcatamente "pure" numericamente poco consistenti) possono essere comprese tenendo conto di due aspetti. Anzitutto, lungo ciascun asse primario di sviluppo, la chiusura organizzativa può avvenire più verso un estremo o più verso il centro. Ovviamente, tanto più la chiusura si verificherà verso un estremo, tanto più l'organizzazione risulterà "pura" ed evidente; tanto più avverrà verso il centro, tanto più potranno essere riscontrati alcuni aspetti anche del verso "opposto", accanto alle caratteristiche prevalenti del verso in cui si determina la chiusura lungo quel determinato asse: questo vale sia per l'asse della prevedibilità (con messa a fuoco inward-outward), sia per quelli relativi alla comunicazione fisica o semantica (alta o bassa). In ogni caso, va tenuto presente che, in ogni soggetto, la chiusura organizzativa avviene all'interno di una organizzazione di significato personale principale e prevalente, riguardo sia alle modalità peculiari di attivazione emozionale che a quelle di riordinamento dell'esperienza. Le diverse organizzazioni costituiscono il prodotto più elevato del funzionamento della mente umana; esse esprimono quindi come il soggetto possa percepire, riordinare e riferire a sé l'esperienza sulla base di alcuni processi fondamentali invarianti (che si dimostrano poi costanti all'interno dello stesso individuo lungo l'arco di vita), selezionati per ricercare attivamente il

migliore adattamento possibile nell'ambiente in cui si sviluppa. Questo valore fisiologico e adattivo, intrinseco a ciascuna organizzazione, consente di leggere in maniera diversa anche la psicopatologia. Persino i sintomi, come quelli che caratterizzano i disturbi dell'umore, rappresentano una modalità, sia pure rigida, poco finalistica, stereotipata, dell'individuo di una propria coerenza interna. In definitiva, all'interno di una medesima organizzazione, che emerge dagli assi primari di attaccamento con modalità processuali invariante, possono esistere innumerevoli modalità evolutive di apertura strutturale, individuate da assi descrittivi, cioè da direttrici secondarie di sviluppo, per cui ogni soggetto viene ad esprimere una serie di competenze più o meno adattive, nel continuum che intercorre tra normalità e patologia. Proprio questi assi descrittivi concorrono ad individuare, nei soggetti caratterizzati da una medesima organizzazione, quei percorsi, unici e peculiari per ciascun individuo, per cui, nessun soggetto risulta uguale ad un altro. La diversificazione in più organizzazioni di significato personale, ciascuna con le sue peculiarità adattive, ha consentito la comparsa e l'evolversi delle culture, la conservazione o il superamento delle tradizioni. Ha permesso al cervello umano, che si sviluppa sulla base di informazioni genetiche condivise al 98.5% con i primati antropomorfi, di assumere la gestione delle risorse ambientali e di sopravvivere nelle epoche preistoriche, di inventare il linguaggio scritto, di maturare competenze tecniche e di risolvere problemi emergenti, legati ai nuovi habitat che esso stesso ha prodotto. Questa sorprendente capacità è la maggiore evidenza di come la scelta dei percorsi adattivi sia un processo attivo, che contribuisce a sviluppare la propria complessità interna e a riferire a sé, nella maniera più vantaggiosa possibile, l'esperienza vissuta.

BIBLIOGRAFIA

Arciero G.: Studi e Dialoghi sull'Identità Personale: Riflessioni sull'Esperienza Umana. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

Arciero G.: Sulle Tracce di Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 2006.

Atili G.: Ansia da Separazione e Misura dell'Attaccamento Normale e Patologico. Unicopli, Milano, 2001.

Benedetti G.: Neuropsicologia. Feltrinelli, Milano, 1976.

Bertolino A., Arciero G., Rubino V., Latorre V., DeCandia M., Mazzola V., Blasi G., Caforio G., Hariri A., Kolachana B., Nardini M., Weinberger D.R., Scarabino T.: Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 65'HTTLPR genotype and personality style. *Biological Psychiatry*, 57, 1517-1525, 2005.

Bowlby J.: Attachment and Loss. Hogarth Press, London, 1969 (3 Vol.)(Ed. it.: Attaccamento e Perdita. Boringhieri, Torino, 1972).

Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teoria e Pratica in Famiglie ad alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.

Crittenden P.M.: Pericolo, Sviluppo e Adattamento. Masson, Milano, 1997.

Damasio A.R.: The Feeling of What Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness, 1999. (Ed. it.: Emozione e Coscienza. Adelphi, Milano, 2000).

Gazzaniga M.S.: The Mind's Past. University of California Press, California, 1998a.

Gazzaniga M.S.: Funzioni divise per gli emisferi cerebrali. *Le Scienze*, 361, 43-47, 1998b.

Gould S.J.: The Structure of Evolutionary Theory. Harvard University Press, Harvard, 2002.

Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): Emotions in Psychotherapy. Guilford, New York, 1987.

Guidano V.F.: A systems, process-oriented approach to cognitive therapy. In: Dobson K.S. (Ed.): *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies*. Guilford, New York, 1988.

Guidano V.F.: Affective change events in a cognitive therapy system approach. In: Safran J.D., Greenberg L.S. (Eds.), *Emotion, Psychotherapy and Change*. Guilford, New York, 1991a.

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991b. (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Guidano V.F.: Constructivistic psychotherapy: A theoretical framework. In: Neimeyer R.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1995a.

Guidano V.F.: Self-observation in constructivistic psychotherapy. In: Neimeyer R.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1995b.

Lambruschi F.: Etologia evolutiva, attaccamento e organizzazione di significato personale. In: Nardi B. (Ed.), *Vittorio Guidano e l'Origine del Cognitivismo Sistemico Processuale*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2000.

Lambruschi F.: Continuità e cambiamento in età evolutiva. In: Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L. (Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*. Atti del III Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post-Razionalista. Istituto di Psicologia Generale e Clinica, Università di Siena, Siena, 2002.

LeDoux J.: *Synaptic Self: How our Brains Become Who We Are*. Viking Penguin, New York, 2002. (Ed. it.: *Il Sé Sinaptico. Come il Nostro Cervello ci fa Diventare Quello che Siamo*. Cortina, Milano, 2002).

Nardi B.: *Processi Psicichi e Psicopatologia nell'Approccio Cognitivo*. Nuove Prospettive in Psicologia e in Psichiatria Clinica. Franco Angeli, Milano, 2001, 2003.

Nardi B.: Valenze adattive dello sviluppo delle organizzazioni di significato personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 16 (8/1), 30-47, 2005a.

Nardi B.: *Costruirsi. Sviluppo e Adattamento del Sé nella Normalità e nella Patologia*. Franco Angeli, Milano, 2007.

Nardi B., Capecci I.: Organizzazioni di significato personale: adattamento e fisio-patologia. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.), *Approccio all'Adolescente Difficile*. Atti del VI Convegno di Psicopatologia Post-Razionalista, pp. 103-116. Università Politecnica delle Marche in collaborazione con Accademia dei Cognitivi della Marca. Quaderni Asur Marche, Ancona, 2005.

Nardi B., Capecci I.: Contributo per una lettura evolutiva e adattiva della organizzazione di significato negli stili di personalità. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 17 (9/2), 34-52, 2005.

Nardi B., Capecci I.: I processi di organizzazione degli stili di personalità e le basi dell'unicità personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 18 (10/1), 48-83, 2006.

Nardi B., Capecci I.: La relazione di reciprocità nello sviluppo delle diverse organizzazioni di significato personale. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 2007a.

Rizzolatti G., Sinigaglia C.: *So quel che Fai. Il Cervello che Agisce e i Neuroni Specchio*. Raffaello Cortina, Milano, 2006.

Singer T., Kiehl S.J., Winston J.S., Dolan R.J., Frith C.D.: Brain responses to the acquired moral status of faces. *Neuron*, 41, 653-662, 2004.

Tomkins S.S.: Script theory: Differential magnification of affects. In: Howe H.E., Page M.M.: (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln, 1978.

Thompson P.M., Cannon T.D., Narr K.L., Van Erp T., Poutanen V.P., Huttunen M et al.: genetic influences on brain structure. *National Neuroscience*, 4(12), 1253-1258, 2001.

Trevarthen C.: *Empatia e Biologia*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.

ASPETTI CONVERSAZIONALI NELLA PSICOTERAPIA COGNITIVO- COSTRUTTIVISTA DEL PAZIENTE DEPRESSO: LA RIELABORAZIONE DI TEMI EMOTIVAMENTE SIGNIFICATIVI TRA REGISTO EPISODICO E REGISTRO SEMANTICO

Gli studi condotti sui trascritti di sedute di terapia cognitivo costruttivista con il metodo dell'Analisi Conversazionale hanno consentito di descrivere le modalità più tipiche di conduzione della seduta nell'ambito di questo approccio. Correlando tale prospettiva di osservazione con l'analisi di alcuni processi conoscitivi, individuabili mediante gli equivalenti linguistici dell'attivazione dei diversi sistemi di memoria (Crittenden 1999), è possibile descrivere, in modo sufficientemente valido ed empiricamente fondato sull'analisi dei trascritti di seduta, un percorso terapeutico evidenziando da un lato gli eventi interattivi e l'andamento tematico di una seduta o di una terapia, dall'altro particolari aspetti delle strutture e processi conoscitivi che in correlazione con l'andamento stesso della seduta si attivano nel paziente.

Tra i dati scelti da Lenzi & Bercelli (1999) per descrivere una tecnica di conduzione e l'andamento della seduta in termini conversazionali ricordiamo in particolare: i tipi di atti linguistici (come domande e risposte, commenti, pareri, riassunti, ecc.) e i sistemi di regole che riflettano la loro distribuzione tra i partecipanti; le modalità della presa del turno e correzione conversazionale; il modo in cui le regole di interazione vengono comunicate e negoziate dai partecipanti (cooperazione). Inoltre lo sviluppo tipico di particolari sequenze conversazionali e le configurazioni tipicamente ricorrenti di attività linguistiche, sequenze e formati di interazione; infine le competenze del terapeuta che vengono presupposte in quel tipo di terapia, vale a dire le competenze necessarie per produrre quelle configurazioni conversazionali, per esempio i modi in cui il terapeuta tratta l'esperienza del paziente o esprime il proprio parere di esperto.

Attraverso l'analisi di sedute di terapeuti cognitivisti esperti, si è proceduto a descrivere i formati conversazionali di base in terapia cognitiva e in particolare nella Terapia Cognitiva Post-Razionalista (TCPR) realizzando una descrizione operativistica della conduzione della seduta in termini di mosse e modi di conversazione. Sono state individuate due principali tipi di attività: *indagine* e *rielaborazione* (Bercelli & Lenzi 1998, Lenzi & Bercelli 1999). Per quanto riguarda la prima il terapeuta adotta direttivamente e sistematicamente due formati conversazionali:

- *sovraepisodica* con attivazione prevalente di registri narrativi di tipo semantico (Crittenden 1999)
 - *episodica* che attiva memorie situate o episodiche
- Tali formati facilitano tipi diversi di resoconti della esperienza del paziente:
- *diegetici* che seguono linee ricostruttive legate alla elaborazione narrativa individuale e/o al contesto del proferimento conversazionale
 - *mimetici* che ricostruiscono l'episodio ricordato momento per momento.

La metodologia terapeutica post-razionalista sistematicamente favorisce una elaborazione disgiunta dei resoconti e una loro integrazione, in particolare attraverso pareri relativi ad alcuni aspetti – formali e non di contenuto – dell'esperienza soggettiva del paziente e alle sue modalità di elaborazione della conoscenza personale. Tali mosse vanno a realizzare l'attività di rielaborazione. Essendo la terapia cognitiva orientata alla identificazione e alla modificazione dell'attività cognitiva (Dobson 2000), comunque essa venga concettualizzata tra i diversi orientamenti, e strutturata e direttiva, riteniamo non inappropriato descrivere livello l'andamento di una seduta o di

una insieme di sedute di una qualunque terapia cognitiva nei termini delle modalità di realizzazione delle attività conoscitive di base sopraindicate e degli aspetti conoscitivi parallelamente emersi (in particolare l'attivazione dei sistemi di memoria e la loro organizzazione).

Analizzando i trascritti attraverso questa prospettiva integrativa, è possibile descrivere l'andamento di una seduta e di una terapia secondo tre principali dimensioni: dimensione dei contenuti espliciti (di cosa si parla), dimensione della elaborazione (come se ne parla), dimensione della convivenza (chi ne parla). La prima dimensione riguarda prevalentemente i contenuti del problema, la costruzione di un modello condiviso e le sue possibilità di soluzione, la seconda risulta inerente le modalità di elaborazione conoscitiva e narrativa dei contenuti in questione e la terza, quella della convivenza, invece riguarda l'interazione interpersonale, rilevata attraverso i dati conversazionali.

Riferendoci in particolare ad un qualunque momento di una interazione terapeutica potremo così descriverlo attraverso queste tre dimensioni, individuando di cosa stanno parlando il paziente e il suo terapeuta, come ne stanno parlando, ovvero secondo quale modalità elaborativa, e infine chi sono i personaggi che in quel momento vengono, per così dire, proiettati sulla scena e come vanno inter-agendo tra loro. Riteniamo queste tre dimensioni idonee a descrivere in modo valido la specificità del processo terapeutico di rielaborazione di vicende personali nella Terapia Cognitiva Post-razionalista, consentendoci di individuare secondo una prospettiva teorica complessa le linee fondamentali delle procedure terapeutiche, descrivendole in termini di *percorso*. Questo non solo nella della terapia dei disturbi di Asse I, ma anche in situazioni di diversa rilevanza psicopatologica come nei disturbi di personalità – e quindi anche in tutti i casi di comorbidità tra Asse I e Asse II, superando in un certo senso questa distinzione per altro poco pertinente in una ottica come quella cognitivo-costruttivista.

Se nei casi di disturbo di asse I l'attività conversazionale risulta da subito focalizzabile sui prodotti conoscitivi e sui processi in termini di rielaborazione integrativa, lasciando relativamente sullo sfondo le vicende della convivenza – che vanno tuttavia a caratterizzare le eventuali difficoltà di attuazione della procedura standard – viceversa nei disturbi di personalità o nei casi di maggiore gravità clinica troviamo delle priorità invertite. In primo piano avremo vicende di convivenza assai intense e travagliate, caratterizzate da interazioni rigide e stereotipate in cui attività linguistiche diverse da quelle descrittive vanno a caratterizzare le conversazioni di seduta, rendendo assai difficile la definizione di un problema e la descrizione delle modalità conoscitive inerenti e ovviamente a maggior ragione le diverse modalità di rielaborazione integrativa e adattativa.

Utilizzando questa prospettiva integrata di osservazione presenteremo l'analisi di due brani di seduta, riguardanti temi emotivamente significativi in un contesto di situazioni o di problemi di tipo "depressivo".

Il primo brano è esemplificativo di una modalità tipica della metodologia terapeutica post-razionalista, che implica la rielaborazione in moviola di un episodio inizialmente narrato in stile tipicamente "evitante". Vedremo come il particolare ambiente conversazionale attivato dal terapeuta, vada a perturbare la modalità di costruzione dell'esperienza del paziente, recuperando aspetti emotivamente significativi dell'esperienza stessa.

Non tipica è invece la sequenza del secondo brano. In essa le mosse del terapeuta e le vicende interattive sono assai diversificate. Vedremo quanto la nostra prospettiva di analisi cognitivo-conversazionale saprà guidarci in una descrizione valida e utile della sequenza in esame.

Iniziamo con l'analisi del primo brano:

P: [...] perché a me arrivano così questi momenti di depressione non c'è mica nessuna ragione ad esempio mi è capitato un pomeriggio con gli amici (1,0) di eh::m (.) eh a un certo punto mi sono sentito così irrimediabilmente giù (.) che che poi sono	Nell'ambito della disamina di un aspetto problematico della propria attuale situazione di vita, il paziente ne descrive una occorrenza tipica verificatasi in una particolare occasione
---	---

andato via perché mi son detto vado a studiare che è meglio	
T: mh	
P: questo cambiamento è stato improvviso, senza nessuna ragione	L'attribuzione di P relativa all'insorgenza del malessere è evidentemente esterna, nel senso che non ne riconosce alcuna origine emozionale e soggettiva
T: ecco nel momento: nel momento in cui ti accorgi che cominci a sentirti così giù, cominciamo a (.) ricostruire un po' dove eri	T, senza commentare la valutazione di P, inizia una ricostruzione della vicenda secondo le modalità conversazionali della rievocazione di episodio, uno dei frame tipici della TCPR, iniziando dalla ricostruzione della sequenza temporale. T accompagna la sua domanda ad una glossa di conduzione per coinvolgere il suo interlocutore nel compito che si prefigge
P: ah è stato lì a casa di Anna	
T: =hm hm	
P: eravamo lì con degli amici	
T: quali amici, chi c'era?	Domanda di precisazione volta a ricostruire i dettagli del contesto ambientale dell'episodio
P: i soliti amici con cui ci vediamo per uscire	
T: ma c'era non so...qualcuna che.. eh sì magari che ti piaceva che ti interessava	Domanda informativa che implica una ipotesi sui possibili motivi "interni" ed emozionali del malessere del paziente. L'ipotesi implicita di T è chiaramente discrepante da quella di P orientato ad una "formulazione esterna" del vissuto, ma tale divergenza non è esplicitata
P: eh no no ...	
T: ma è successo qualcosa di negativo, che può averti provocato...	Ancora una domanda informativa del terapeuta.
P: ah no, assolutamente no, era tutto ok, assolutamente	Questa è una delle risposte che riteniamo tipiche dei pazienti con aspetti depressivi, ed è indicativa della difficoltà a mettere a fuoco situazioni o stimoli interpersonali che implicano una risposta emotiva a fronte di un qualche coinvolgimento affettivo. La descrizione in termini cognitivisti standard implicherebbe l'attribuzione di un <i>deficit metacognitivo</i> (Semerari 2000)
T: ma quando sei arrivato lì come ti sentivi?	T procede con la modalità di indagine: rievocazione di un episodio, partendo

	<p>da un presupposto specifico ovvero che la reazione negativa di P debba avere un suo stimolo identificabile attraverso la ricostruzione dell'ambiente soggettivo, ovvero di come abbia P "costruito" la situazione attraverso le sue modalità percettive e di interazione.</p> <p>La definizione <i>ambiente soggettivo</i>, un ossimoro quasi, ci consente di non impaludarci nelle questioni relative a verità storica e verità narrativa, rifacendosi a tipo di ricostruzione che utilizza la prospettiva di narrazione del protagonista (Lenzi 2005).</p> <p>Da un punto di vista metodologico è comunque importante sottolineare che il T non va alla ricerca di un fattore stressante oggettivamente rilevabile ma piuttosto di un particolare significato personale che per il paziente diviene dominante in quella determinata situazione, di fronte ad un particolare stimolo significativo proprio per lui e solo per lui. Nel fare questa operazione oltre all'accortezza metodologica di non cadere in un atteggiamento di banale oggettivazione degli stress, T deve soprattutto essere attento a come viene vissuto dal paziente il lavoro di indagine e in particolare a non forzare anzitempo e in termini di disputa le tipiche attribuzioni esterne minimizzanti e di non coinvolgimento</p>
P: no bene, bene	
T: quindi non avevi quel senso di malessere, non ti sentivi giù	T procede nella scansione cronologica dell'episodio indagando parallelamente sull'esperienza soggettiva di P, con l'intento di trovare il momento preciso in cui compare lo stato d'animo negativo
P: no, no	
T: e dopo cosa è successo, cosa avete fatto?	Procede la rievocazione con la scansione temporale
P: ah niente ci siamo messi a parlare	
T: e di che cosa parlavate?	Domanda di precisazione
P: di varie cose, niente di importante o particolarmente significativo	
T: e tu , parlavi anche tu ? Dov'eri esattamente?	Ulteriore domanda di precisazione

P: io ero lì che ascoltavo, un po' in disparte	
T: e come ti sentivi... come stavi, eh cioè era già arrivato il malessere?	Domanda sull'esperienza soggettiva, prima formulata in modo aperto e subito dopo specificata in modo chiuso, in relazione al tema dell'episodio che viene correlato alla specifico momento temporale a cui è arrivata la comune ricostruzione
P: non so, no no ancora no	
T: ma tu avevi in mente qualcosa, pensavi a qualcosa in particolare?	Domanda sull'esperienza interna
P: non ... no no, anzi ... poi mi son messo a guardare delle fotografie	Emerge un nuovo aspetto del comportamento di P relativo all'episodio. E' tipico che richiamando elementi del contesto ambientale si attivino registri di memoria sensoriali o comunque stato dipendenti, non collegati alla narrazione abituale dell'evento. Affascinante osservare come l'autobiografia personale si costruisce qui come in una composizione musicale realizzata con gli accordi dei diversi registri di memoria, al tempo dei diversi contesti di narrazione e nelle tonalità delle forme narrative
T: ah, (.) delle fotografie eh, e ti ricordi cosa c'era in quelle foto?	Domanda di precisazione, con un cenno di istruzione (ti ricordi) volta a facilitare la rievocazione
P: erano foto dell'estate, del mare... sì, di quando eravamo al mare	
T: e ce n'era qualcuna in particolar e che ti ha fatto venire in mente qualcosa di particolare, che ti ha provocato una qualche reazione particolare?	Domanda sull'esperienza interna di P relativa al particolare antecedente delle fotografie, secondo lo schema ormai tipico che collega un particolare istante della sequenza ad un specifica esperienza interna
P: ah be' sì c'era la foto di Anna col suo ragazzo	Ulteriore precisazione degli ingredienti dell'esperienza di P relativo all'ambito degli antecedenti nel modello dell'esperienza soggettiva e alla colonna A della scheda ABC. La scheda ABC e l'autoosservazione sono uno strumento di estrema importanza anche nell'ottica costruttivista se utilizzati a scopo esplorativo e costituiscono un elemento comune ai diversi approcci cognitivisti
T: e cosa ti ha fatto...	T prosegue con indagine sugli ingredienti dell'esperienza soggettiva
P: niente pensavo che io non avrei mai avuto	Emergono pensieri negativi con

una ragazza o comunque una situazione così e poi sì poi ho deciso di andare a studiare che era meglio non perdere tempo	contenuto tipicamente depressivo: isolamento, solitudine. La risposta comportamentale abbastanza rapida di P lascia intravedere una possibile funzione di attività diversiva dello studiare rispetto alle emozioni negative implicate dallo scenario interno evocato dalle fotografie. Interessante sarebbe anche indagare a questo proposito le qualità della motivazione allo studio (assolutezza dell'impegno, modalità isolata, standard di performance elevati, obiettivi grandiosi, ecc.)
T: quindi, quindi...è stato da lì che è cominciato	Parere del terapeuta: viene dato a partire da quanto emerso dall'indagine e si ricollega comunque all'ipotesi soggiacente a tutta l'indagine, ovvero che ci fosse un qualche motivo interno all'insorgere del senso di malessere
P: ah be' ... dunque forse	La perplessità di P nell'accogliere il parere di T è indicativa di un possibile momento integrativo rispetto alla perturbazione fornita da T. Il significato interno del malessere dovrà essere non soltanto negoziata in termini di contenuto tematico, ma anche sviluppato e portato avanti successivamente nel proseguire della conversazione terapeutica, in diverse modalità soprattutto con supplementi di indagine su episodi analoghi e con ricostruzione storica sul tema degli scenari di solitudine affettiva o relazionale

Riassumiamo alcuni elementi emersi dalla nostra analisi.

Per quanto riguarda i frame tipici della TCPR, troviamo nel brano presentato una attività di indagine condotta secondo le modalità tipiche della *rievocazione di episodio*. Essa si collega a un successivo momento di rielaborazione, o meglio acquista essa stessa valore di rielaborazione, in quanto i dati ricavati assumono attraverso un parere espresso dal terapeuta un carattere perturbativo rispetto al riconoscimento e alla attribuzione di P sull'origine dei propri stati d'animo negativi.

Su un piano dell'organizzazione del sistema conoscitivo del paziente si noti che la modalità di articolazione della conoscenza personale su registri prevalentemente semantici, con difficoltà nella costruzione dell'informazione affettiva relativa ad episodi, tipica dei pazienti con stati mentali distanzianti rispetto alle esperienze relazionali affettive e di attaccamento, può essere collegata a modalità "depressive" di organizzazione della conoscenza personale.

Richiamandoci alle tre dimensioni – contenuti, elaborazione e convivenza- prima proposte, possiamo così sintetizzare quanto si verifica nel brano proposto: la particolare modalità di elaborazione sul registro "episodico" realizzata dal terapeuta apre il campo ad un possibile

avanzamento terapeutico (Stern 2005) sul piano dei contenuti a partire dal riconoscimento dell'origine interna di stati negativi. Sul piano della convivenza invece l'elemento di primo piano risultano le modalità direttive e di formato di partecipazione legate ai frame di indagine tipici della TCPR (Bercelli & Lenzi 2005). Nell'ottica del modello post-razionalista del cambiamento terapeutico, possiamo osservare che la pratica dei diversi registri conversazionali (le diverse forme di indagine e la rielaborazione integrativa proposta dal terapeuta) implica una riarmonizzazione del sistema conoscitivo nel senso di una facilitazione delle attività di autoorganizzazione proprie del sistema stesso attraverso una integrazione informazione cognitiva e informazione affettiva e tra registri narrativi episodici e semantici, con miglioramento delle capacità o performance metacognitive e riordinamento attributivo interno.

Importante per la valenza terapeutica della sequenza riportata risulta come nelle fasi successive dell'intervento o comunque della rielaborazione personale del paziente l'acquisizione raggiunta possa venir integrata e generalizzata nella conoscenza personale globale, nell'immagine esplicita di sé (tematizzazione dei propri bisogni emotivi, della propria sensibilità, ecc) e nelle situazioni episodiche (regolazione emotiva, espressione, repertorio comunicativo e comportamentale relazionale, ecc). Queste pratiche di rielaborazione e accompagnamento risultano parte integrante di ogni percorso terapeutico, anche di trattamenti eminentemente esplorativi come quelli di tipo analitico (Wachtel 2000) e mostrano, oltre che l'importanza di una prospettiva di integrazione tra i diversi modelli psicoterapici, anche il carattere effettivamente integrato dell'azione psicoterapica.

Il processo terapeutico mostrato nel primo brano, che è tratto da una seduta su materiale personale di un terapeuta in formazione, rappresenta una delle modalità tipiche di elaborazione conversazionale delle tematiche e delle narrative depressive secondo l'approccio post-razionalista.

Vediamo ora qualcosa di diverso in un secondo brano, tratto dalla terapia, sempre di impostazione cognitiva post-razionalista, di una paziente donna di mezza età, inviata in psicoterapia a causa della grave compromissione delle condizioni generali di vita, dovuto alla pervasività di gravi cefalee con abuso di analgesici.

P: noi non siamo sempre insieme, lui lavora molto, però a volte a pranzo siamo soli possiamo parlare liberamente delle nostre cose, a cena abbiamo sempre i ragazzi, ehh quando è possibile fare delle passeggiate insieme dobbiamo farle (hm) adesso però, adesso che io mi sono messa sul divano a guardare la televisione, lui va giù col computer (hm) e io gli ho detto "ma scusa mi lasci così sola" "eh ma dovevo mettere a punto una cosa che non mi veniva e quindi dovevo riuscire a trovare una soluzione su questo computer per questa cosa, però il venerdì ci vediamo quel programma là insieme". Va beh...

P racconta alcuni aspetti della situazione col marito, dopo essersi soffermata su una visita ad un museo fatta insieme per iniziativa di lei. I temi emersi nella precedente parte della seduta sono quelli di una grande dedizione ai bisogni della famiglia – anche durante la degenza per disintossicazione da analgesici- non pienamente colta da P, con relativo ruolo di centralità affettiva da essa garantito.

P fa riferimento ad alcuni aspetti di vita col marito in casa e ad un episodio che racconta in modo organizzato e integrato tra informazione cognitiva (sequenza temporale e causale) e informazione affettiva (immagini uditive). È ipotizzabile nelle modalità narrative di P intorno alla situazione col marito una certa discrepanza tra il registro semantico e quello episodico, nel senso che mentre in generale il quadro

	dipinto risulta positivo e addirittura ottimale, gli episodi rivelano invece una situazione di scarsa attenzione da parte del marito.
T: e al lei che impressione ha dato, 'sto... che impressione ha fatto?	<p>T effettua una domanda sull'esperienza soggettiva, indicando –solo- con un pronome l'elemento antecedente su cui vuole focalizzare l'attenzione di P.</p> <p>Rifacendoci alle procedure conversazionali di rievocazione di episodio viste prima possiamo notare nell'intervento di T la mancanza di glosse di conduzione, di istruzioni per favorire il ricordo episodico e su registri conoscitivi non usuali, nonché una scarsa precisazione dell'antecedente prescelto (le parole del marito e/o il suo allontanarsi) .</p>
P: nessuna cioè niente di particolare	La risposta di P è chiara: non riferisce reazioni né sensazioni di sorta, a dispetto delle aspettative di buon senso implicite nella domanda di T
T: però lei me lo racconta con un po' di attivazione (breve sovrapposizione delle voci) che io vado giù e lui se ne va	<p>T in risposta fa un commento in terza persona, un metacommento, sul modo in cui P sta raccontando e riassume in modo evidentemente tendenzioso l'episodio evidenziando una sorta di contrasto tra il comportamento di P e quello del marito: lei si avvicina e lui si allontana, tale da supporre una reazione evidentemente negativa in lei, come di una aspettativa delusa.</p> <p>Abbiamo denominato <i>riassunto informativo</i> questo tipo di mossa.</p> <p>Le osservazioni di T sono introdotte da un <i>però</i> che sta a indicare la non soddisfazione di T per la risposta di P.</p> <p>E' evidente una non sintonizzazione sul significato dato al comportamento del marito</p>
P: non così (ridendo) è stato un caso, secondo me non l'ha fatto apposta, perché lo conosco troppo bene. Siamo molto uniti, cioè io vedo coppie che fanno magari più cose insieme però nel momento in cui c'è bisogno l'uno dell'altro.. poi non sono così vicini	P replica al riassunto rielaborativo di T, negando la presunta intenzionalità del comportamento del marito, seppure T avesse implicato piuttosto la sola non corrispondenza tra i comportamenti dei due. P afferma inoltre l'unità della coppia, sia direttamente che confrontandola con i comportamenti di altre coppie
T: io naturalmente sottolineavo con ironia il	T esprime un parere sui propri

fatto che pensassi che voi due non passate abbastanza tempo insieme nel senso che prendevo semplicemente atto di qualcosa che lei stava dicendo, e cioè lei mi dice “mio marito è fuori tutto il giorno, tanti anni insieme, talvolta soli, talvolta no, la sera guardiamo la televisione in camere separate poi lui viene di sopra e dormiamo. Ho preso atto di questa cosa e le chiedo come lei viva questa cosa...	precedenti interventi e pareri, chiarendone più che il contenuto il carattere di non arbitrarietà. Vi è poi una ulteriore formulazione riassuntiva che evidenzia comportamenti che non facilmente si concordano col semantico “molto uniti ² del turno precedente di P. Il turno di T appare significativo sul piano della convivenza rispetto al posizionamento dei propri interventi
P: non la vivo male	Interessante risposta di P espressa in forma negativa e che quindi appare rivolta a negare una ipotesi (che vive male la situazione col marito) più che a esplorare la propria esperienza
T: in parte la vivo come qualcosa di molto intimo, c'è talmente intimità che non si, non ci si sente obbligati	Qui T fa un elegante ricalco della posizione di P esplicitandone ed espandendone i contenuti, interpretandoli in modo sintonico alle posizioni “negazioniste” di P
P: sì	Assenso di P
T: a doversi continuamente compiacere//	
P: //proprio così//	Assenso con interruzione (entusiasta) di P
T: //l'un l'altro, dall'altro però dice: “ma come io vengo da te e tu te ne vai?”	T utilizza il pattern del ricalco e guida ovvero dopo aver preso la posizione di P introduce nuovamente la propria
P: sì, ma no//	P risponde in modo esemplare ovvero ad entrambe le parti del discorso di T: sì alla prima, non alla seconda
T: //quei pochi 10 minuti che possiamo stare insieme a far qualcosa... giusto?	T incalza nuovamente con una domanda diretta, rivolta a affermare il carattere di richiesta implicito al suo avvicinamento a m
P: sì ma non lo vedo come qualcosa di grave	P non respinge la versione di P, ma esprime una propria valutazione in proposito. Meares osserva che
T: no non è una cosa grave	T ricalca il parere di P
P: nooo	La quale a sua volta conferma
T: però qualcosa di cui tener conto	P introduce un ulteriore parere trasversale alla valutazione positiva o negativa sul comportamento del marito, creando uno spazio di riflessione condivisa in cui introdurre i propri argomenti
P: tener conto sì	
T: qualcosa di cui tener conto, perché spesso legami sentimentali in cui c'è molta unione in cui c'è molta sintonia sembra un paradosso ma talvolta l'eccesso di sintonia porta a	Una volta raggiunto questo spazio di condivisione, rimanendo su un piano generale di valutazione delle situazioni matrimoniali introduce una

lontananza	interessante focalizzazione sulla lontananza vista come frutto di una eccessiva vicinanza, quindi separandola di una valutazione morale negativa, che contrasterebbe con le idealizzazioni e le generalizzazioni astratte (lontane dalla consapevolezza di aspetti emotivi negativi) di P
P: hm	
T: perché ci si sente talmente un corpo e una mente, uno spirito che alla fine è inutile anche parlare perché tanto alla fine pensiamo le stesse cose e quindi è inutile dirsele e quindi non si parla più e quello che sembrava inizialmente una intimità spropositata diventa una grande lontananza	Elegante ripresa della propria tesi
P: sì ha ragione potrebbe diventarlo nel tempo	Assenso di P
T: e quindi anche in quel caso è importante provare a introdurre una novità come lei ha fatto andando a veder la televisione e uscendo con lui... da come me lo racconta sembra l'uscita di due fidanzatini	Rinforzo dei comportamenti positivi, commento ironico rinforzante
P: sì è vero. Col cane!	Intesa sul genere ironico con ulteriori battute, indicativo di una sintonizzazione tra i flussi di coscienza degli interlocutori (Meares 2005)
T: col cane	
P: sempre non manca mai!	
T: concediamoglielo!	

Riassumiamo quanto emerso nell'analisi di questa seconda sequenza.

Paziente e terapeuta dialogano sulla situazione problematica della paziente ripercorrendo temi e aspetti della vita personale con una modalità implicita di problem solving a partire da un episodio di interazione col marito. Tale episodio viene preso a tema di dialogo e vengono proposte, discusse e condivise delle valutazioni sui temi della intimità affettiva. Sul piano della *elaborazione* il terapeuta dapprima tenta una indagine di episodio sulle sensazioni della paziente ma non ottiene una risposta per lui soddisfacente, successivamente si sposta sul piano della elaborazione semantica delle tematiche in questione. Sul piano della convivenza infine la paziente non sembra condividere la versione riassuntiva dell'episodio proposta dal terapeuta e non accoglie il metacommento di questi sulla propria modalità narrativa. Il terapeuta dal canto suo non prosegue ulteriormente nella ricostruzione dell'episodio, ma dopo aver precisato in modo piuttosto netto il carattere dei suoi interventi prosegue sintonizzandosi sul registro elaborativo di tipo valutativo e sui contenuti della paziente e articola il tema delle relazioni intime, proponendo aspetti propositivi di cambiamento. Nella fase finale si assiste ad una significativa sintonizzazione interattiva anche su modi ironici che porta a condividere ed elaborare i temi in questione in modo costruttivo e ricco di immagini.

Veniamo ora ad una osservazione conclusiva relativa ad una comparazione tra i brani presentati.

Sebbene le modalità di conduzione e le attività di seduta siano sostanzialmente diverse, la prospettiva di analisi cognitivo-conversazionale adottata ci consente di cogliere sul piano del processo terapeutico alcune analogie tra le due sequenze. In entrambe infatti si viene a realizzare una condivisione e integrazione di informazioni emotivamente significative legate a diversi registri

conoscitivi e di memoria. Nel primo brano ciò avviene attraverso una elaborazione legata alla rievocazione episodica che permette di proporre una indiretta riformulazione interna, nel secondo invece, dopo una infelice proposta di elaborazione episodica, avviene attraverso un processo di alternanza tra elaborazioni semantiche e riferimenti ad aspetti episodici, un “volare e posarsi” (Meares 2005), in cui il terapeuta non si pone in terza persona come un osservatore esterno, ma elabora i temi sintonizzando il proprio flusso di coscienza con quello della paziente, in un gioco reciproco tra le due menti.

BIBLIOGRAFIA

- Bercelli F., Lenzi S.: Analisi conversazionale di sedute di terapia cognitiva. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2, 6-27, 1998.
- Bercelli F., Lenzi S.: Riascoltando una seduta, II. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 4, 42-60, 1999.
- Bercelli F., Lenzi S.: La conversazione nella terapia cognitiva a orientamento costruttivista. In: Bara B. (Ed.), Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva. Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- Crittenden P., Attaccamento in Età Adulta. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Dobson K., Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. McGraw-Hill, Milano, 2002.
- Lenzi S., Prospettive di narrazione e retorica dell'identità nei resoconti di esperienze personali negative di adolescenti. In: Nardi B., Brandoni M., Capecci I. (Eds.), Approccio all'Adolescente Difficile. Accademia dei Cognitivi della Marca, Quaderni ASUR, Ancona, 2005.
- Lenzi S., Bercelli F.: Riascoltando una seduta, III. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 5, 50-81, 1999.
- Lenzi S., Bercelli F., Pilleri F., Canestri L., Reda M. A.: Continuità e cambiamento dello stile conversazionale nel corso di una psicoterapia cognitiva post-razionalista. In: Reda M., Pilleri F., Canestri L. (Eds.), Continuità e Cambiamento in Psicoterapia. Atti del II Convegno di Psicologia e Psicopatologia Post.Razionalista, pp.83-100. Edizioni Università di Siena, Siena, 2001.
- Lenzi S., Bercelli F.: Parlare sentendosi capiti dei propri problemi e dei fatti che li costituiscono: considerazioni intorno ad alcuni fenomeni della conversazione terapeutica. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 10, 66-85, 2002.
- Lenzi S., Bercelli F.: L' "indagine riflessiva" su situazioni problematiche: una tecnica di terapia cognitiva descritta secondo una prospettiva di analisi cognitivo-conversazionale. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2, 19, 2006.
- Meares R.: Intimità e Alienazione. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Semerari A.: Storia, Teoria e Tecniche della Psicoterapia Cognitiva. Laterza, Bari, 2000.
- Stern D.: Il Momento Presente. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Wachtel P.: La Comunicazione Terapeutica. Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

DIFFICOLTÀ CONVERSAZIONALI NELLA PSICOTERAPIA COGNITIVA DEI DISTURBI DEPRESSIVI

Nell'ambito di una ricerca sul tema: "In che cosa è difficile un paziente difficile: analisi dei trascritti e supervisione in terapia cognitiva costruttivista", in corso presso la Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva e l'associazione *Sinesis*, è stato richiesto ad alcuni terapeuti cognitivisti di:

1. Registrare e trascrivere letteralmente un brano di seduta che il terapeuta ritiene esemplificativo di una difficoltà importante per l'andamento della terapia.
2. Indicare nella trascrizione le pause (durata in secondi), le interruzioni di turno (||), e principali variazioni di volume e tono di voce (esempio: tono più acuto)
3. Allegare una breve (circa mezza cartella) descrizione della difficoltà, anche solo come un titolo, indicando la diagnosi del paziente secondo i criteri del DSM ed eventualmente il tipo di tecnica che si stava compiendo

I trascritti sono stati studiati a livello conversazionale, secondo la metodologia utilizzata da Bercelli & Lenzi e a livello cognitivo, attraverso l'analisi di alcuni processi conoscitivi individuabili mediante gli equivalenti linguistici dell'attivazione dei diversi sistemi di memoria (Main & Goldwin in press, Crittenden 1999).

Lenzi & Bercelli (1998) sulla scia di Leonardi e Viaro (1990) hanno definito come elementi utili per descrivere l'andamento della seduta in termini conversazionali:

- i tipi di atti linguistici presenti (per es: domande e risposte, commenti, pareri, riassunti ecc, vedi Austin 1967)
- i sistemi di regole che riflettano la distribuzione degli atti linguistici tra i partecipanti,
- le modalità della presa del turno e correzione conversazionale;
- il modo in cui le regole di interazione vengono comunicate e negoziate dai partecipanti (cooperazione, vedi Grice 1978);
- lo sviluppo tipico di particolari sequenze conversazionali;
- le configurazioni tipicamente ricorrenti – in termini di attività linguistiche, sequenze e formati di interazione – denominate frame di seduta (vedi Goffman 1974);
- le competenze del terapeuta che vengono presupposte in quel tipo di terapia, vale a dire le competenze necessarie per produrre quelle configurazioni conversazionali, per esempio i modi in cui il terapeuta tratta l'esperienza del paziente o esprime il proprio parere di esperto

Per quanto riguarda gli equivalenti linguistici dell'attivazione di processi conoscitivi, vengono utilizzati, ritenendoli applicabili a qualunque racconto di vicende autobiografiche, alcuni criteri e marcatori tratti dal Rating System della Adult Attachment Interview, riportati nella Tabella 1. Mediante questa metodologia integrata di analisi dei trascritti è possibile descrivere in modo preciso, oltre che gli aspetti tematici di una seduta o di un momento di essa, da un lato gli eventi interattivi e dall'altro gli effetti che tali eventi hanno sulle strutture e sui processi conoscitivi. Così per i brani riguardanti le "difficoltà", una volta descritte le sequenze conversazionali attraverso i criteri osservativi proposti, (ad esempio sintonizzazione sui contenuti, sintonizzazione sui formati interattivi, azioni linguistiche, modalità di elaborazione, ecc.) è stato possibile classificare le difficoltà secondo tre dimensioni: dimensione dei contenuti espliciti (di cosa si parla), dimensione della elaborazione (come se ne parla), dimensione della convivenza (chi ne parla) (Fig 2), aprendo il

campo a valutazioni e elaborazioni quantitative e realizzando un buon compromesso tra cornice teorica non riduzionista, raccolta di dati empirico/sperimentali e utilità clinica per i partecipanti.

SISTEMI DI MEMORIA	DISTANZIANTE	EQUILIBRATO	PREOCCUPATO
PROCESSI PROCEDURALI <i>nel discorso</i>	Indicatori di distanziamento tra il sé e gli eventi, sentimenti e FdA	Disfluenze non trasformative	Indicatori di coinvolgimento
<i>nell'affettività</i>	Affetti omessi Affetti positivi non verosimili	Affettività NV appropriata	Affettività disarmante Affettività attivante Umoreismo derisorio Affettività fredda e crudele
<i>nella relazione</i>	Relazione evitante Relazione analitica	Relazione cooperante	Relazione coinvolgente Relazione conformtativa/collusiv a Relazione attraente deferente Relazione seduttiva intimidatoria
Processi per immagini	Omesse scollegate	Fresche e integrate	Intense
Processi semantici	Idealizzazione Disprezzo Esonero altri	Generalizzazioni differenziate	Animate/illusorie Pensiero semantico passivo Idealizzazione del futuro Pensiero biasimante riduzionista Falsa cognitività
Processi episodici	Interrotti o opposti Mancata rievocazione Spostati Dal punto di vista genitoriale	completi	Confusi Frammentati Distorti
Processi integrativi	Omissione, accantonamento banalità	Funzionamento riflessivo metacognizione	Pseudometa cognizioni razionalizzazioni

Tab. 1: Caratteristiche del discorso e attivazione dei Sistemi di Memoria negli stati mentali relativi all'attaccamento (da Crittenden 1999, modificato)

Dimensione dei contenuti espliciti (linea punteggiata: di cosa si parla): grado di condivisione di temi personali ed eventuale creazione di un modello condiviso del problema

Dimensione della elaborazione (linea continua: come se ne parla): grado di differenziazione e integrazione dei diversi registri narrativi e Sistemi di Memoria

Dimensione della convivenza (linea tratteggiata: chi ne parla): grado di sintonizzazione interattiva relativo al coordinamento nelle azioni linguistiche e la negoziazione dei sé presentati.

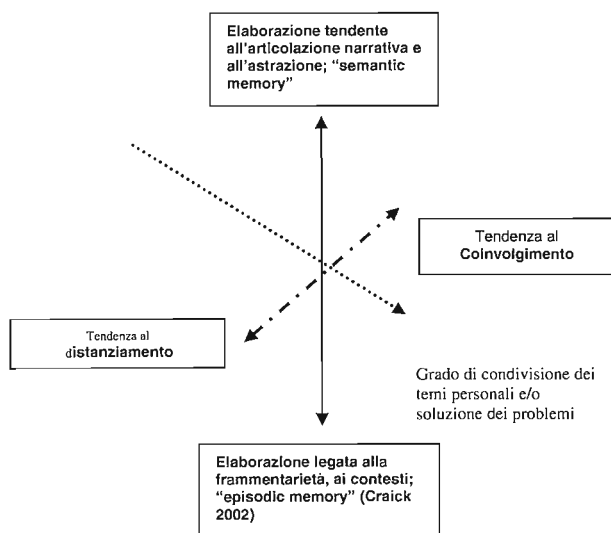


Fig. 2: Dimensioni a cui ascrivere i fenomeni rilevabili all'analisi cognitivo-conversazionale

Presentiamo ora alcuni brani di seduta, esemplificativi delle difficoltà insorte in terapie con pazienti “depressi”, tratte dai trascritti inviatici per la ricerca.

I brani vengono esposti iniziando dalle difficoltà nel reperire determinati contenuti richiesti dal terapeuta per poi passare a difficoltà di elaborazione e a difficoltà di convivenza. Ovviamente un brano può presentare difficoltà relative a più di un piano, a seconda dei fenomeni conversazionali in esso presenti. Convenzionalmente ai fini di una valutazione si è deciso di considerare prioritaria la difficoltà di convivenza rispetto alle altre due e la difficoltà di elaborazione prioritaria rispetto a quella sui contenuti, in quanto a livello della convivenza si verificano eventi in grado di modulare, nel senso di modificarne le regole di attuazione, l'elaborazione e quindi l'elicitazione e la condivisione di contenuti, così come l'elaborazione può modulare il lavoro sui contenuti (Lenzi e Bercelli 1999).

Basti pensare a questo proposito al fenomeno degli atti illocutori, che hanno funzione di manipolare diritti e doveri degli interlocutori (Sbisà 1999 pag. 84) con un cambiamento nello stato della relazione interpersonale, che contribuisce alla definizione dei Frame interattivi o conversazionali (Bercelli e Lenzi 1999). Del resto anche secondo concezioni più tradizionali del processo comunicativo, è attraverso i messaggi non verbali che si definiscono le regole di costruzione e comprensione dei messaggi verbali (Bateson 1972). I fenomeni della convivenza risulterebbero quindi collegati a cambiamenti terapeutici, considerati secondo la terminologica batesoniana, di livello logico superiore o di secondo ordine (Madonna 2003).

Questo brano è caratterizzato da una difficoltà a ottenere le informazioni richieste relativamente al rapporto tra genitori. Si evidenzia inoltre difficoltà da parte del paziente a sintonizzarsi con la terapeuta sul tipo di sondaggio richiesto.

La terapeuta nel primo turno presentato parte chiedendo un sondaggio semantico generale relativamente al rapporto tra genitori (come la domanda della Adult Attachment Interview: “mi potrebbe descrivere il rapporto fra lei e sua madre/padre da bambino”).

Nel suo turno di risposta il paziente giunge faticosamente, dopo alcune espressioni di tipo compiacente verso la terapeuta, ad un abbozzo di episodio frammentato che però non viene raccolto dalla terapeuta che non chiede precisazioni o altro, ma continua a proporre sondaggi sul livello semantico. È il paziente stesso poi a interrompere il proprio pensiero/discorso invitando il terapeuta a chiedere ulteriori elementi. Il paziente risponde infine alla nuova domanda della terapeuta a fatica, introducendo con un *non so* dopo una lunga pausa una informazione sul tema richiesto.

In questo frammento possiamo osservare un resoconto di episodio spontaneo da parte del paziente. Possiamo definire tale resoconto sommario in quanto non vi è scansione degli eventi e vi è una opacità dell'esperienza soggettiva del paziente con una cosiddetta attribuzione esterna riguardo all'origine dello stato d'animo depressivo.

Questo che alcuni autori cognitivisti (Semerari 2000) hanno chiamato "difetto di automonitoraggio" è ritenuto tipico delle organizzazioni cognitive inclini a sviluppare aspetti sitomatologici di tipo depressivo e anche conforme agli stili attributivi ipotizzati dai modelli cognitivisti classici. È opportuno segnalare come nel proseguire della conversazione il terapeuta tramite la gestione dei formati interattivi di indagine riesca a recuperare elementi della sequenza di eventi e del contesto che consentiranno al paziente di individuare l'origine dello stato d'animo depressivo secondo una strategia terapeutica tipica della terapia cognitiva post-razionalista (vedi Lenzi in questo volume per il commento al prosieguo del trascritto).

In questo brano si svolge una interazione molto intensa in cui la paziente vive uno stato di grande tristezza e disperazione senza però comunicarlo spontaneamente al terapeuta. È l'osservazione del comportamento non verbale (gli occhi lucidi, anzi gli occhietti) che attiva l'esprimersi della paziente che però va a sfociare in un pianto non più dissimulabile.

L'enunciato del paziente "non si può vivere così" appare come un vero e proprio sfogo in diretta, a cui il terapeuta non dà nel turno successivo una risposta articolata. Si tratta di un atto illocutorio che va a modificare il tipo di attività prevista, inerente la ricostruzione delle vicende problematiche del paziente.

Segue un certo disappunto della paziente relativo alla non comprensione della gente e imbarazzo per il proprio comportamento del momento, accompagnato da affermazioni di scusa ("non avevo programmato di piangere") e un successivo parere del terapeuta sulle manifestazioni della paziente, che può essere considerato una sorta di riconnotazione positiva del comportamento in questione.

Alla richiesta successiva del terapeuta, presumibilmente inerente al motivo del piangere la paziente annuncia in diretta una sua decisione, modificando ancora l'attività in corso ed esprimendosi in modo intenso e drammatico, quasi con un colpo di scena: è, dice, l'ultima volta che ci vedremo.

La evidente difficoltà del terapeuta che tossisce e manifesta non verbalmente la propria reazione, prima di porre una domanda sui motivi della decisione è seguita dalle ulteriori scuse della paziente e da una valutazione sull'utilità della terapia: "non mi serve, serve a poco". Poi grazie al riconoscimento da parte del terapeuta e degli imbarazzi in diretta più delle insoddisfazioni più globali del paziente, in un'atmosfera di verosimile sintonizzazione non verbali degli atteggiamenti in cui non vengono esplicitati più di tanto le vicende interattive in corso, dopo una esortazione ripetuta del terapeuta a sfruttare al meglio l'occasione, la terapia riprende su un formato di indagine relativo un tema toccato nelle frasi dette in precedenza dalla paziente. Le "facce" proposte dai partecipanti hanno trovato una coordinazione su un piano procedurale che consente il proseguire della conversazione e della terapia stessa, al di là delle dichiarazioni esplicite della paziente. La sintonizzazione sulla dimensione della convivenza rende possibile il proseguire dell'elaborazione delle problematiche personali della paziente.

CONCLUSIONI

L'analisi cognitivo-conversazionale delle difficoltà relative a un campione di trascritti di sedute di psicoterapia cognitiva ha consentito di individuare tre dimensioni nell'ambito delle quali collocare fenomeni importanti per il processo terapeutico: la dimensione dei contenuti, quella

dell'elaborazione e quella della convivenza. Le difficoltà presenti in brani relativi a pazienti che presentavano tematiche depressive sono risultate inerenti al reperimento di contenuti emotivo relazionali, alla elaborazione sui registri cosiddetti episodici e al mantenimento dell'alleanza terapeutica, con tendenza invece ad attivare scenari di perdita e irreversibilità. Tali aspetti da un lato sono in accordo con il modello teorico delle organizzazioni di significato personale depressivo (Guidano 1987, 1991), dall'altro possono aprire il campo ad una ulteriore indagine quantitativa relativa alle più comuni difficoltà della terapia cognitiva costruttivista dei disturbi depressivi. Questo tipo di dati potrà essere utilizzato anche per la definizione di fattori prognostici nel momento in cui la presenza/assenza di determinati fenomeni conversazionali nelle prime sedute mostri correlazioni statisticamente significative con l'andamento o l'esito delle terapie prese in esame.

Frammento 1 "Cos'altro vuoi sapere"
difficoltà nel reperire i contenuti

- T: "Però in generale il loro rapporto com'era, andavano d'accordo.. litigavano.."
P: "Sì, sì, no che andassero d'accordo io adesso (pausa) (si impappina) giusto per spezzare una lancia (alza il tono) a favore della hahahaha tua iniziativa ti dico questo (pausa) che io ho visto che a volte mia madre diventa petulante, diventa insistente sino a (pausa) caricarti, caricarti, caricarti poi alla fine (pausa) insomma ti vien voglia di mmmmm non so (pausa) rimproverarle determinate cose perché dico tu (balbetta) allora perché non mi hai avvisato in tempo utile (voce tremante).. perché io potessi ffffffffff detto questo (sbuffa) **cos'altro vuoi sapere** (sospiro)"
T: "Non ho capito com'era il rapporto con i tuoi genitori (pausa 2 sec) tra di loro."
P: "Tra di loro..(pausa di 13 sec)"
T: "Non so.. litigavano spesso.."

Frammento 1 "Cos'altro vuoi sapere"
difficoltà nel reperire i contenuti

- T: "Però in generale il loro rapporto com'era, andavano d'accordo.. litigavano.."
P: "Sì, sì, no che andassero d'accordo io adesso (pausa) (si impappina) giusto per spezzare una lancia (alza il tono) a favore della hahahaha tua iniziativa ti dico questo (pausa) che io ho visto che a volte mia madre diventa petulante, diventa insistente sino a (pausa) caricarti, caricarti, caricarti poi alla fine (pausa) insomma ti vien voglia di mmmmm non so (pausa) rimproverarle determinate cose perché dico tu (balbetta) allora perché non mi hai avvisato in tempo utile (voce tremante).. perché io potessi ffffffffff detto questo (sbuffa) **cos'altro vuoi sapere** (sospiro)"
T: "Non ho capito com'era il rapporto con i tuoi genitori (pausa 2 sec) tra di loro."
P: "Tra di loro..(pausa di 13 sec)"
T: "Non so.. litigavano spesso.."

Frammento 2: "senza nessuna ragione"
difficoltà di elaborazione

- P: [...] perché a me arrivano così questi momenti di depressione non c'è mica nessuna ragione ad esempio mi è capitato un pomeriggio con gli amici (1,0) di eh::m (.) eh a un certo punto mi sono sentito così irrimediabilmente giù (.) che che poi sono andato via perché mi son detto vado a studiare che è meglio
T: mh
P: questo cambiamento è stato improvviso, **senza nessuna ragione**

Frammento 3: "l'ultima volta"
difficoltà nella convivenza

- T: Hai una faccia moggissima stasera...è successo qualcosa? Due occhietti un po' lucidi; o è una mia impressione? (...)
- T: così, è una roba di adesso?...
- P: di adesso, già in macchina
- T: ah in macchina... per un motivo particolare o
- P: per i miei problemi (sottovoce)
- T: hu. nel senso di . sconforto? Come dicevi l'altra volta?
- P: (una frase sottovoce incomprensibile, breve)
- T: hu
- P: (ancora breve frase incomprensibile)
- T: ti sembra, da cosa lo..cosa te lo fa dire?
- P: he?
- T: cosa te lo fa dire?... come dati di realtà, cioè i fatti
- P: ma perché volevo andare avanti e mi ritrovo sempre con gli stessi problemi con le stesse cose.....mi stufo...
- T: hu hu
- P: non si può vivere così
- T: hu....
- P: dicono che, la gente dice (comincia ad incrinare la voce) che mi trova bene, come fa a dire che mi trova bene. Io sto male! (accenno di pianto)
- T: hu
- P: io non avevo programmato di piangere
- T: non è un problema...anzi, lo considero sempre un miglioramento io, da questo punto di vista
- P: piangere he?
- T: he per me un po' sì...no?
- P: perché?... uno sfogo
- T: no. No, non uno sfogo. Perché è un modo diverso di reagire alle cose tue, hu? E' un, se vuoi, sempre un piccolo cambiamento, un piccolo passettino..
- P: piangere non mi , non mi aiuta per niente...non è un cambiamento
- T: è un.....uno sgretolare un pochino ||
- P: cioè io (incomprensibile)
- T: (sovrapponendosi in maniera incomprensibile, una breve frase) beh, come mai?(...)
- T: (sorriso)
- P: **perché è l'ultima volta che ci vedremo..**
- T: (colpo di tosse) hu hu, come mai? (...)
- P: senza offenderti he...
- T: no (sorridente)
- P: però non pensare; non mi sento che mi serve ||
- T: figurati
- P: serve a poco
- T: hu, hu hu (...)
- T: sfruttiamo.....
- P: (breve frase incomprensibile sottovoce)
- T: (sorridente) sfruttiamolo (...)
- P: cosa devo dire?....
- T: gli altri dicono che ti vedono meglio (poi la seduta prosegue su temi di vita)

BIBLIOGRAFIA

- Austin J.: *How to do Things with Words*. Oxford University Press, Oxford, 1967.
- Bateson G.: *Verso un'Ecologia della Mente*. Adelphi, Milano, 1976.
- Bercelli F., Lenzi S.: *Analisi conversazionale di sedute di terapia cognitiva*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 2, 6-27, 1998.
- Bercelli F., Lenzi S.: *Riascoltando una seduta, II*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 4, 42-60, 1999.
- Bercelli F., Lenzi S.: *La conversazione nella terapia cognitiva a orientamento costruttivista*. In: Bara B. (Ed.), *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005.
- Crittenden P., *Attaccamento in Età Adulta*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Goffman E.: *Frame Analysis*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974.
- Grice H.P.: *Logica e conversazione*. In: Sbisà M. (Ed.), *Gli Atti Linguistici*, pp. 199-219. Feltrinelli, Milano, 1978.
- Guidano V.F.: *Complexity of the Self: A Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. Guilford, New York, 1987. [Ed. it.: *La Complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988].
- Guidano V.F.: *The Self in Process: Toward a Post-rationalist Cognitive Therapy*. Guilford. New York, 1991. [Ed. It.: *Il Sé nel suo Divenire*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992].
- Lenzi S., Bercelli F.: *Riascoltando una seduta, III*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 5, 50-81, 1999.
- Lenzi S., Bercelli F.: *Parlare sentendosi capiti dei propri problemi e dei fatti che li costituiscono: considerazioni intorno ad alcuni fenomeni della conversazione terapeutica*. Quaderni di Psicoterapia Cognitiva 10, 66-85, 2002.
- Lenzi S., Bercelli F., Pilleri F., Canestri L., Reda M. A.: *Continuità e cambiamento dello stile conversazionale nel corso di una psicoterapia cognitiva post-razionalista..* In: Reda M., Pilleri F., Canestri L.(Eds.), *Continuità e Cambiamento in Psicoterapia*, Atti del Convegno "Continuità e Cambiamento in Psicoterapia", pp. 83-100. Edizioni Università di Siena, Siena, 2001.
- Leonardi P., Viaro M.: *Conversazione e Terapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990.
- Madonna G.: *La Psicoterapia attraverso Bateson*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Main M., Goldwyn R.: *Adult Attachment scoring and classification systems*. In: Main M. *assessing Attachment through Discours, Drowings and Reunion Situations*, Cambridge UP, NewYork, (in press).
- Semerari A.: *Storia, teoria e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Bari, Laterza, 2000.

RICERCHE EMPIRICHE SULLA PSICOTERAPIA DELLA DEPRESSIONE E MODELLO COGNITIVO POST-RAZIONALISTA: UN DIALOGO POSSIBILE?

L'EVOLUZIONE DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA: DALL'EVIDENCE BASED AI PRINCIPI DI CAMBIAMENTO TERAPEUTICO

Negli ultimi quindici anni il mondo della ricerca in psicoterapia si è accostato con vigore al gold standard della ricerca in medicina: le pratiche basate sull'evidenza (*Evidence-Based Medicine* [EBM]). Tale mutamento nel campo della psicoterapia ha preso avvio e consistenza, partendo dal panorama americano ed inglese, essenzialmente per motivi etico-scientifici (conoscere il miglior trattamento disponibile sul mercato ed erogarlo ai pazienti nei servizi pubblici) ed economici (le compagnie assicurative rimborsano solo terapie di dimostrata efficacia). Tuttavia tali ricerche hanno suscitato notevoli controversie (Westen, Morrison, Thompson-Brenner, 2004).

Le cosiddette "terapie empiricamente validate" o "*Empirically Supported Treatments*" (EST) rappresentano i trattamenti che sono *già stati sottoposti* a studi sperimentali (Chambless, Ollendick, 2001) e quindi, a rigore, non necessariamente gli unici capaci di produrre un esito positivo. Gli studi *evidence based* sulla efficacia (*efficacy*) misurano il risultato di una terapia sotto condizioni altamente rigorose, usando gruppi di controllo, distribuzione randomizzata dei pazienti nei gruppi, training dei terapeuti secondo un manuale, durata standardizzata della terapia, ecc. Tali studi non valuterebbero quindi l'efficienza (*effectiveness*) dei trattamenti, poiché le terapie nella pratica clinica reale presentano spesso pazienti con comorbidità tra asse I e asse II, non sono manualizzate, né necessariamente brevi. Gli studi *evidence based* enfatizzerebbero quindi la validità "interna" mentre quelli sulla efficienza valuterebbero quella "esterna" o ecologica, cioè la generalizzabilità dei risultati (Seligman, 1995).

Le ricerche sulle terapie empiricamente supportate effettuate dalla *Task Force on Psychological Interventions* della Divisione 12 (*Clinical Psychology*) dell'APA ed i limiti concettuali ed operativi ad esse connessi hanno spinto la divisione 29 (*Psychotherapy*) a realizzare delle ricerche sulle "relazioni terapeutiche empiricamente supportate" (*Empirically Supported Therapeutic Relationships* o ESTR)(Norcross, 2002). Tali ricerche valorizzano le componenti relazionali (ad esempio l'alleanza terapeutica, l'empatia, le aspettative del paziente, ecc.) e non le tecniche specifiche manualizzate, valorizzano le caratteristiche personali vincenti del paziente e del terapeuta, consolidando ulteriormente l'ipotesi dei fattori comuni (Rosenzweig, 1936; Frank, Frank, 1991) come spiegazione dell'efficacia di tutte le psicoterapie.

L'idea complessa e pragmaticamente molto rilevante che i risultati positivi di ogni psicoterapia discendano essenzialmente da elementi comuni alle diverse psicoterapie ed alle differenti relazioni d'aiuto, costringe a ripensare il peso specifico (e spesso l'utilità) delle differenti teorie eziopatogenetiche e terapeutiche su cui poggiano tutte le scuole in perenne lotta per l'egemonia culturale ed economica (Blasi, Casonato, 2005). I fattori rilevanti per il cambiamento non sarebbero le differenti tecniche specifiche propagate delle diverse tradizioni terapeutiche (come l'interpretazione psicoanalitica di transfert, la discussione cognitivista delle credenze irrazionali o le tecniche paradossali di matrice sistemica) ma alcuni elementi troppo spesso considerati "di contorno" (che invece si rivelano essenziali) oppure le stesse tecniche specifiche tramite l'azione di meccanismi soggiacenti non rilevati però dalle rispettive teorie della cura (Blasi, 2006). Tali consapevolezza, se adeguatamente raggiunte, dovrebbero smussare fanatismi e favorire un dialogo sereno ed un confronto aperto tra gli addetti ai lavori (Blasi, Casonato, 2006).

Le intuizioni di Frank sull'azione dei fattori comuni (Frank, Frank, 1991) sono state avvalorate da una mole consistente di ricerche e rappresentano la soluzione più convincente del paradosso dell'equivalenza dell'efficacia delle psicoterapie (o verdetto del Dodo)(Wampold, 2001; Luborsky et al 2002; Messer, Wampold, 2002).

La stessa Divisione 12 ha istituito una task force per approfondire i "principi di cambiamento terapeutico empiricamente supportati" (Castonguay, Beutler, 2006). Tali ricerche si basano sul superamento della visione di matrice medica che tende a distinguere i fattori terapeutici in specifici ed aspecifici e che attribuisce ai fattori tecnici le principali capacità curative. Dagli studi della nuova task force i cosiddetti fattori aspecifici vengono scomposti ed analizzati diventando il motore essenziale della terapia (in questo senso rappresenterebbero i fattori specifici della psicoterapia). Inoltre rispetto al gruppo di ricerca della Divisione 29 sulle "relazioni empiricamente supportate", la nuova task force, incrementando il grado di sofisticazione delle ricerche, ha introdotto lo studio di specifiche patologie (ansia, depressione, abuso di sostanze, disturbi di personalità) isolando i principi di cambiamento che sono ugualmente presenti nella terapia di differenti disturbi ed i principi specifici per specifiche patologie. In tal modo vengono valorizzati sia i fattori comuni sia i fattori specifici.

I PRINCIPI DI CAMBIAMENTO NELLA PSICOTERAPIA DELLA DEPRESSIONE

La task force sui "Principi di cambiamento terapeutico empiricamente supportati" (Castonguay, Beutler, 2006), composta dai più autorevoli ricercatori americani del settore della ricerca in psicoterapia, è stata costituita allo scopo di sintetizzare l'enorme mole di ricerche empiriche riguardanti le terapie efficaci (EST) e le ricerche sulle "relazioni terapeutiche empiricamente supportate" (ESTR), cercando di estrapolare gli effettivi "principi di cambiamento" rispetto a quattro patologie (ansia, depressione, disturbi di personalità, abuso di sostanze), fino a raggiungere un consensus.

Per ogni patologia sono stati estratti e descritti i principi di cambiamento inerenti i partecipanti, la relazione e gli interventi tecnici. Di seguito verranno analizzati i principi inerenti il trattamento dei disturbi depressivi (Beutler, Castonguay, Follette, 2006): 36 principi (divisi in principi inerenti i partecipanti, la relazione e gli interventi tecnici) sono comuni a due o più delle quattro patologie, 12 principi si applicano specificamente al trattamento di pazienti depressi.

Fattori specifici per il trattamento dei disturbi depressivi:

- 1) L'età è un fattore negativo per l'esito della psicoterapia.
- 2) Utenti appartenenti a minoranze etniche o razziali traggono minori benefici dalle psicoterapie convenzionali.
- 3) Il rischio di droup-out diminuisce ed aumentano gli effetti terapeutici se paziente e terapeuta hanno un simile background etnico e razziale.
- 4) I benefici terapeutici, nel caso in cui il paziente preferisca una terapia ad orientamento religioso, aumentano quando il terapeuta asseconda tale richiesta.
- 5) Incrementare la durata e l'intensità del trattamento risulta utile per pazienti con disturbi gravi.
- 6) Vi è un possibile aumento di benefici quando gli interventi sono rispondenti al livello di assimilazione del problema da parte del paziente.
- 7) Interventi che producono resistenza nel paziente non incrementano l'efficacia.
- 8) L'utilizzo di tecniche d'intervento direttive dovrebbero essere fatta in maniera inversamente proporzionale al livello di resistenza manifestata dal paziente.
- 9) Pazienti con personalità caratterizzata da impulsività, socialmente gregari e aventi un locus of control esterno beneficiano maggiormente di tecniche dirette alla modifica del comportamento, alla riduzione dei sintomi, alla costruzione di nuove abilità, al controllo degli impulsi, rispetto a tecniche che mirano all'aumento dell'auto-consapevolezza e facilitano l'insight nel paziente.
- 10) Pazienti con personalità caratterizzata da bassi livelli di impulsività e da alti livelli di indecisione e di auto-monitoraggio e controllo, beneficiano maggiormente di tecniche che

favoriscono l'auto-comprensione, l'insight e l'autostima piuttosto che da tecniche che mirano alla modifica diretta dei sintomi e alla costruzione di nuove abilità sociali.

- 11) Un pattern di attaccamento sicuro nel terapeuta facilita il processo terapeutico.
- 12) Risulta utile l'uso terapeutico dell'auto-rivelazione del terapeuta, specialmente se supportiva e rassicurante e non con valenze oppositive.

Fattori comuni applicati alle caratteristiche dei partecipanti:

- 1) Esiste una relazione inversamente proporzionale tra la gravità, la pervasività e la cronicità del disturbo ed i benefici derivanti dai trattamenti a breve termine.
- 2) La comorbidità con un disturbo di personalità diminuisce i benefici della terapia.
- 3) La flessibilità nel modificare strategie, la creatività e la tolleranza del terapeuta sono fattori favorevoli all'efficacia del trattamento.
- 4) Il buon esito della terapia non appare sempre correlato al fatto che i terapeuti possano condividere esperienze simili o comuni con i pazienti. L'apertura e la tolleranza del terapeuta risultano più importanti rispetto alla sola condivisione di esperienze.
- 5) L'outcome è strettamente legato alle aspettative positive del paziente; quest'ultime influiscono sul risultato più della credibilità della terapia.
- 6) Un fattore predittivo per la buona riuscita della terapia risiede nella predisposizione al cambiamento del paziente.
- 7) Uno stile di attaccamento non-evitante nel paziente migliora la prognosi.
- 8) La percezione del paziente di poter usufruire di un supporto sociale è un indice positivo per la riuscita terapeutica.
- 9) L'esito terapeutico non presenta differenze significative legate al genere sessuale del paziente.
- 10) L'appartenenza del paziente a strati socio-economici bassi influisce negativamente sul trattamento

Fattori comuni connessi alla relazione terapeutica:

- 1) L'efficacia della terapia aumenta quando il terapeuta sviluppa e mantiene un'alleanza terapeutica positiva con il paziente.
- 2) Gli effetti della terapia di gruppo aumentano se il terapeuta riesce a creare una forte coesione tra i partecipanti.
- 3) L'esito terapeutico migliora se il terapeuta mostra di avere un elevato livello empatico.
- 4) L'efficacia del trattamento migliora se paziente e terapeuta condividono scopi comuni e se collaborano per portarli a compimento.
- 5) La considerazione positiva del terapeuta contribuisce all'aumento dei benefici del paziente in trattamento.
- 6) La coerenza del terapeuta nell'esprimere i propri sentimenti e nel trasmettere le proprie conoscenze migliora l'esito terapeutico.
- 7) Il terapeuta deve guardarsi dall'utilizzo eccessivo di interpretazioni relazionali.
- 8) L'utilizzo di interpretazioni relazionali facilita il miglioramento del paziente solo se sono precise ed accurate.
- 9) I terapeuti possono risolvere le rotture dell'alleanza trattandole in modo empatico e flessibile.

Fattori comuni sulla selezione di tecniche ed interventi:

- 1) I fattori specifici delle diverse tecniche hanno valore solo se utilizzati all'interno di una buona relazione terapeutica.
- 2) Sono vantaggiose quelle tecniche che si focalizzano e lavorano sui problemi e sulle preoccupazioni del paziente. Un approccio terapeutico lassista, in cui il terapeuta non riesce a mettere il paziente di fronte ai propri problemi, a dirigere i suoi sforzi ed in cui evita di affrontare le sue angosce, ha effetti limitati.
- 3) I trattamenti efficaci sono quelli che lavorano sull'aumento di sentimenti, comportamenti e/o risposte (fisiologiche) adattive nel paziente.
- 4) I trattamenti efficaci si basano sull'iniziale valutazione di quei comportamenti, sentimenti e pensieri che contribuiscono al mantenimento dei disturbi del paziente.

- 5) Per massimizzare i guadagni terapeutici è fondamentale che il terapeuta verifichi continuamente se gli scopi terapeutici su cui si sta lavorando sono compresi e condivisi dal paziente.
- 6) Il miglioramento del paziente aumenta quando il terapeuta facilita l'emergere delle conoscenze e consapevolezza dei pazienti relative alla relazione esistente fra il loro ambiente interpersonale e fisico ed il loro modo di pensare, sentire e comportarsi.
- 7) Il trattamento efficace identifica e mette in discussione i pensieri disfunzionali e le convinzioni negative.
- 8) E' utile educare il paziente circa la natura dei suoi problemi e fornirgli la spiegazione del trattamento.
- 9) Facilitare cambiamenti progressivi aumenta l'efficacia terapeutica.
- 10) E' importante che paziente e terapeuta abbiano ben chiari gli obiettivi del trattamento e che strutturino la terapia in funzione della realizzazione di tali scopi.
- 11) Il terapeuta deve essere abile nell'utilizzo strategico di interventi non direttivi.
- 12) Può essere utile facilitare l'auto-esplorazione del paziente.
- 13) Il cambiamento terapeutico è probabile quando il terapeuta aiuta il paziente ad accettare, tollerare e ad esperire pienamente le proprie emozioni.
- 14) Tuttavia anche i trattamenti che mirano alla gestione delle emozioni possono essere utili.
- 15) Le terapie a breve termine possono essere efficaci (eccetto per il trattamento dei disturbi di personalità).
- 16) Il cambiamento può essere facilitato da, ed in alcuni casi richiedere, una terapia intensiva.
- 17) L'utilizzo di una terapia non individuale (per esempio terapia familiare o di gruppo) può essere utile.

Tutti questi fattori terapeutici, che emergono dalle ricerche sulle relazioni terapeutiche efficaci, possono essere utilizzati come elementi di riflessione sulle differenti psicoterapie. Alcuni principi possono sembrare ovvi o banali, patrimonio acquisito di molte tradizioni psicoterapeutiche o facenti parte del bagaglio di ogni terapeuta esperto e sensibile al processo, ma il fatto che elementi apparentemente di buon senso ricevano solide conferme empiriche non può che avvalorarli. Tali ricerche possono giovare ad ogni terapia, ma ritengo che si adattino bene a quella che può essere una sensibilità post-razionalista, costruttivista, da sempre sensibile a quelle ricerche che non cercano di ottenere verità universali ma elementi che valorizzino gli aspetti irripetibili del singolo paziente. La task force della divisione 12 difatti si basa sugli studi dei fattori comuni e tali studi, come la teoria del fondatore di tale filone di ricerca Jerome Frank, è stata accomunata alle teorie socio-costruttiviste (Jørgensen, 2006). Non sarebbero i fattori "oggettivi" o tecnici a produrre il cambiamento ma la presenza di miti e riti terapeutici socialmente legittimati che aiutano il terapeuta ed il paziente a generare insieme significati e coerenza nella vita del paziente stesso (molte teorie psicoterapeutiche tendono a descrivere i loro fattori terapeutici dal punto di vista "realistico", essendoli come oggettivamente ed universalmente efficaci).

POST-RAZIONALISMO E RICERCA: UN BINOMIO POSSIBILE?

Il termine "*post-razionalista*", è stato introdotto da Guidano (1992) per descrivere il suo modello di psicoterapia fondato sulle esperienze tacite ed emozionali e non più sul tentativo "*razionalista*" (o realista ingenuo) di correzione persuasiva delle convinzioni irrazionali del paziente proprio della terapia cognitiva standard.

Tale termine, a mio avviso, può ancor oggi essere opportunamente utilizzato per descrivere una sensibilità che accomuna molti terapeuti cognitivi operanti nello scenario italiano. Tuttavia tale definizione non è ritenuta rappresentativa da tutti i cognitivisti italiani, alcuni preferiscono utilizzare la dizione di "*costruttivisti*", sebbene anche il termine costruttivismo necessiti di alcune specificazioni in relazione alle versioni proposte dai differenti autori: ingenuo o banale vs radicale (von Glaserfeld, 1984), forte vs debole (Mannino, 2002), epistemologico ed ermeneutico (Chiari, Nuzzo, 1996), empirico (Onofri, Tombolini, 1997), dialogico (Liotti, 1992).

Il termine “post-razionalista” proposto da Guidano ha finito per rimandare principalmente ad una concezione epistemologica generale (una “teoria della conoscenza”) sviluppata essenzialmente da Maturana e Varela (1984) a partire dall’ultima cibernetica e dalla “teoria della complessità” (Bocchi, Ceruti, 1985). Secondo questa concezione, la conoscenza è il risultato di operazioni “autoreferenziali” che riflettono, in parte, la struttura del mondo esterno (non in modo rappresentazionale) ma che chiamano in causa soprattutto la “struttura” e la “organizzazione” dell’agente conoscitivo (Mannino, 2003).

Guidano descrive l’uomo come un sistema complesso strutturalmente chiuso che si organizza autoreferenzialmente e tende a mantenere una unicità e continuità del senso di Sé.

Il termine “post-razionalista” è stato sovrapposto spesso erroneamente, secondo Mannino (2002), al costruttivismo radicale (von Glaserfeld, 1984), con annesse derive solipsistiche e presunzione di incompatibilità col metodo e la ricerca scientifica.

La proposta epistemologica di Guidano però, fondandosi sugli apporti di Maturana e Varela (1984), non appare solo il frutto di una riflessione speculativa, ma l’esplicitazione delle conseguenze di alcuni risultati scientifici e su di essi sembra fondarsi: analogamente a quanto si è verificato in fisica con la teoria quantistica (Planck), col principio d’indeterminazione (Heisenberg) e con la teoria della relatività (Einstein) anche in psicologia occorre mettere in discussione il rapporto tra osservatore ed entità osservata, la realtà sarebbe co-dipendente dai differenti modi di ordinarla ed è inseparabile da ogni percezione umana.

Il rapporto tra post-razionalismo e scienza è anch’esso “complesso” e va visto alla luce delle elaborazioni che l’epistemologia della complessità propone e di quanto rilevato dai sociologi della conoscenza e dalla filosofia della scienza post-popperiana: ogni teoria, ogni modello, ogni affermazione, seppur sperimentalmente provata, va messa in connessione con le condizioni di osservazione dalle quali è prodotta. Si potrebbe affermare quindi che tutto ciò che vale come conoscenza scientifica, oggettiva, corrisponderebbe a ciò che è sancito come tale dalla comunità scientifica, attraverso libri, articoli, recensioni e la conoscenza scientifica risulterebbe essere anch’essa un “costrutto sociale”.

Permangono però dei vincoli (Ceruti, 1986) alle possibili “costruzioni” operate dagli esseri umani: tutti condividiamo la stessa storia evolutiva, lo stesso sistema nervoso, siamo predisposti a sperimentare lo stesso tipo di esperienze e, di norma, la stessa storia culturale, tanto da permettere, ad esempio, di impadronirci del linguaggio (a meno di deficit).

La dialettica tra vincoli e possibilità (all’interno dei vincoli) appare quindi capace di stemperare la presunta incompatibilità tra ricerca scientifica e post-razionalismo.

La teoria dell’attaccamento può essere esemplificativa in tal senso, anche come esempio di un modello in grado di superare elegantemente l’annosa ed apparentemente insanabile dicotomia tra natura e cultura, innatismo ed ambientalismo (Lambruschi, 2002). Tale teoria ha rappresentato, per la moderna psicoterapia cognitiva italiana, la cornice teorica capace di fornire un’articolata dimensione evolutiva alla psicopatologia, radicandosi nel terreno della ricerca etologica ma valorizzando al contempo i processi costruttivi dell’uomo. La descrizione dell’attaccamento come “Sistema comportamentale ambientalmente labile” pone da una parte un vincolo biologico ma lascia ampio spazio alla costruzione di significati (possibile grazie all’attività neocorticale).

Si possono intravedere quindi due tendenze: l’una principalmente orientata sulle costruzioni soggettive, l’altra sullo studio dei “vincoli” biologici. Tali orientamenti non sono inconciliabili ma l’estremizzarne alcune conclusioni ha causato, almeno in parte, la separazione dell’itinerario fortemente condiviso dai padri della moderna psicoterapia cognitiva italiana: Vittorio Guidano e Giovanni Liotti.

Dopo un esordio comune (Guidano, Liotti, 1983) il primo continuerà nello studio nell’indagine dei processi conoscitivi che determinano la costruzione dell’identità personale (valorizzando più le dimensioni epistemologiche che le ricerche empiriche), il secondo nello studio dei risultati della psicologia cognitiva sperimentale e della neurobiologia evoluzionista (Liotti, 2006). Guidano approderà così ad una concezione del Sé in un’ottica sistemico-processuale (articolando la teoria

delle quattro organizzazioni di significato personale), Liotti approfondirà la teoria dell'attaccamento (introdotta però in origine da Guidano) ampliandola con le teorie e le ricerche sui sistemi motivazionali interpersonali e con gli studi sulla coscienza.

La dicotomia pare dissolversi nelle parole di Varela (1985) che afferma: *“La causa che io difendo è quella di una via di mezzo che non si spinga né all'estremo della Scilla di un oggettivismo che richiede un mondo prestabilito di qualità da rappresentarsi, né all'estremo della Cariddi di un solipsismo che nega completamente le relazioni con un mondo”*.

Tale visione “post-razionalista” della realtà non appare incompatibile col metodo scientifico, che deve però accostarsi con i giusti mezzi all'oggetto di indagine: nello specifico psicoterapeutico si tratterebbe anche di applicare degli strumenti capaci di valorizzare l'incontro tra le soggettività di paziente e terapeuta, i soggiacenti processi taciti ed emozionali, la costruzione di significati, una scientificità che sappia cogliere sia dati qualitativi (Di Maria, Giannone, 1998), sia approfondire gli studi sui “vincoli” specie-specifici dell'animale uomo.

Nella dinamica ricorsiva tra biologico, psicologico e sociale, una sensibilità “post-razionalista” permetterebbe quindi di integrare i risultati della ricerca sperimentale neuroscientifica ai dati “qualitativi” di matrice narrativo-ermeneutica, dando vita ad una ricerca che fornisca contributi su livelli differenti ma compatibili, ad esempio gli studi di neuroimaging sulle organizzazioni di significato personale, l'analisi della conversazione di sedute audioregistrate di terapia, le interviste retrospettive sui fattori terapeutici.

UNA RICERCA “POST-RAZIONALISTA” NEL SERVIZIO PUBBLICO

La ricerca in psicoterapia presuppone la consapevolezza della complessità del suo oggetto di indagine. Studiare ciò che avviene durante una psicoterapia non consente eccessivi riduzionismi, essendo le variabili in gioco non artificiosamente segmentabili nella loro processualità. L'ottica ecologica, indispensabile in questo settore di ricerca (Anderson, Strupp, 1996), impone una attenzione particolare ai contesti “reali” in cui la terapia si svolge, evitando simulazioni sperimentali che non consentirebbero una adeguata possibilità di generalizzazione. Gli strumenti di ricerca usati per la rilevazione dei dati in psicoterapia non possono essere ridotti solo ai test psicometrici o ai questionari self-report, utili in un'ottica di confronto pre-post per l'esame dell'efficacia complessiva dell'intervento ma non sempre adeguati per la comprensione del processo terapeutico.

Occorrerebbe utilizzare un approccio che integri la tradizionale ricerca “quantitativa” con quella “qualitativa” sviluppata più di recente, a partire dai primi anni '80 del secolo scorso, quando epistemologie pragmatiche ed ermeneutiche hanno messo in crisi i modelli di stretta derivazione positivista.

Esempio di un approccio qualitativo sono le *grounded theories*, da tempo diffuse anche nella ricerca sociale ed applicata (Rennie, 1992), l'analisi del discorso, l'analisi narrativa, gli orientamenti fenomenologici.

Secondo tali approcci il “senso” del fenomeno studiato non va ipotizzato a priori dal ricercatore, e quindi tradotto in strumenti (per esempio gli items di un questionario) per essere verificato poi empiricamente seguendo una logica confirmatoria, esso va scoperto attraverso metodologie che ne facilitano l'emergere, e ricercatore e soggetti producono assieme questa emergenza di significati, seguendo una logica esploratoria, fenomenologica, co-costruttiva.

La soggettività del paziente non viene limitata perché ricondotta forzatamente in schemi precostituiti, anche impressioni, idee, emozioni e teorie ingenuie rispetto agli obiettivi, agli esiti ed ai fattori terapeutici del trattamento devono trovare spazio al fine di ricostruire strutture latenti di senso. I clienti passano da “utenti” passivi ad attori principali: l'attenzione a ciò che i pazienti pensano rispetto alla loro terapia si è affermata negli ultimi anni anche in Italia (Fava et al., 1998).

L'integrazione di metodi quantitativi e qualitativi appare quindi come la scommessa più rilevante della attuale ricerca in psicoterapia (Di Nuovo, 2000; Frommer, Rennie, 2000).

Cercando di restare fedele a questa sensibilità ho cercato di costruire un adeguato protocollo di ricerca per la valutazione dell'esito e del processo delle psicoterapie erogate presso il "Centro Adolescenti" diretto dal professor Nardi ed operante presso l'ospedale regionale Umberto I di Ancona. Verranno effettuati, su tutte le psicoterapie, erogate studi di esito e di processo, per cercare di vedere se tali terapie si sono dimostrate efficaci e perché (grazie a quali elementi). Per valutare l'efficacia degli interventi verranno somministrati al paziente due questionari autovalutativi, la SCL-90R (Derogatis, 1983) ed il CORE-OM (Evans et al. 2002), all'inizio ed al termine della psicoterapia. Per quanto riguarda lo studio di processo ad ogni paziente, dopo tre mesi ed al termine della terapia, verrà somministrata l'intervista sul cambiamento terapeutico di Elliott (2002; Di Nuovo, 2000) per indagare retrospettivamente la percezione del paziente sul processo terapeutico e sui fattori terapeutici (lo scopo è fornire al paziente una occasione per narrare la storia della sua terapia, riflettendo sui significati a essa connessi). Inoltre verranno audioregistrate alcune psicoterapie e sui trascritti delle sedute verranno applicati alcuni strumenti per l'analisi del processo terapeutico, che evidenzieranno determinati fenomeni interattivi presenti nella seduta alla ricerca di possibili correlazioni (si utilizzeranno: l'Assessment Indicatori delle Motivazioni Interpersonali nei Trascritti o "AIMIT"; l'Indice di Valutazione dell'Alleanza Terapeutica o "IVAT-II"; il Psychotherapy Process Q-sort o "PQS"; la Scala di Valutazione della Metacognizione o "SVaM"; la Shedler-Westen Assessment Procedure-200 o "SWAP-200"; la Defense Mechanisms Rating Scale o "DMRS"). Tale ricerca si fonda su un'analisi multistrumentale del processo terapeutico, utilizzando strumenti "qualitativi", come l'intervista di Elliott (2002) e strumenti maggiormente strutturati come quelli usati per analizzare i trascritti di alcune sedute chiave con l'intento di mettere in luce, per quanto possibile, i significati del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson T., Strupp H.H.: The ecology of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-82, 1996.
- Beutler L.E., Castonguay L.G., Follette W.: Integration of therapeutic factors in dysphoric disorders. In: Castonguay L.G., Beutler L.E. (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work*. Oxford University Press. New York, 2006.
- Blasi S.: Come funzionano le psicoterapie? Ricerche sui fattori terapeutici e conseguenze per la psicoterapia. *Psicoterapia*, 32-33, 117-151, 2006.
- Blasi S., Casonato M.: *I Fattori Terapeutici delle Psicoterapie*. QuattroVenti, Urbino, 2005.
- Blasi S., Casonato M.: Introduzione. *Psicoterapia*, 32-33, 7-8, 2006.
- Bocchi G., Ceruti M.: *La Sfida della Complessità*, Feltrinelli, Milano, 1985.
- Castonguay L.G., Beutler, L.E.: Common and unique principles of therapeutic change: what do we know and what do we need to know? In: Castonguay L.G., Beutler L.E. (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work*. Oxford University Press, New York, 2006.
- Ceruti M.: *Il Vincolo e la Possibilità*. Feltrinelli, Milano, 1986.
- Chambless D.L., Ollendick T.H.: Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716, 2001. [Ed. It: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXV, 3, 5-46, 2001].
- Chiari G., Nuzzo M. L.: Psychological constructivism: a metatheoretical differentiation. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 163-184, 1996.
- Derogatis L.R.: *SCL-90-R administration, scoring and procedures manual-II*. Clinical Psychometric Research, Towson, MD, 1983.

Di Maria F., Giannone F.: Epistemologia e scientificità del qualitativo. In: Ceruti M., Lo Verso G., (Eds.), *Epistemologia e Psicoterapia. Complessità e Frontiere Contemporanee*. Raffaello Cortina, Milano, 1998.

Di Nuovo S.: Strumenti qualitativi per la ricerca sulla psicoterapia: intervista sul cambiamento terapeutico di R. Elliott. *Ricerca in Psicoterapia*, 3 (2-3), 135-46, 2000.

Elliott R.: Hermeneutic single case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12 (1), 1-22, 2002.

Evans C., Connell J., Barkham M., Margison F., Mc Grath G., Mellor Clark J., Audin, K.: Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the core-om. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60, 2002.

Fava E., Pazzi E., Arduini L., Masserini C., Lammoglia M., Lomazzi L., Landra S., Pazzaglia P., Carta I.: Gli effetti delle psicoterapie: uno studio sulla percezione che i pazienti hanno dei risultati dei loro trattamenti. *Ricerca in Psicoterapia*, 1, 324-43, 1998.

Frank J.D., Frank J.B.: *Persuasion and Healing*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1991.

Frommer J., Rennie D.L. (Eds): *Qualitative Psychotherapy Research*. Pabst, Lengerich, 2000.

Guidano V.F.: *The Self in Progress*. Guilford, New York, 1991. [Ed. It.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992].

Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.

Jørgensen C.R.: Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 516-540, 2004. [Ed. It.: Gli ingredienti attivi della psicoterapia individuale. Alla ricerca dei fattori comuni. *Psicoterapia*, 32-33, 59-82, 2006].

Lambruschi F.: Attaccamento ed evoluzione della personalità. In: Nardi B. (Ed.), *I Processi Maturativi tra Genetica ed Ambiente*. Accademia dei Cognitivi della Marca, Ancona, 2002.

Liotti G.: Note su un possibile limite all'integrazione fra epistemologia e psicoterapia. Manoscritto non pubblicato, 1992.

Liotti G.: Prefazione. In: Guidano V., Liotti G., *Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales*. Cuatro Vientos, Santiago, 2006.

Luborsky L., Rosenthal R., Diguer L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A., Krause E.D.: The Dodo verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology*, 9 (1), 2-12, 2002.

Mannino G.: Le basi scientifiche della versione "forte" del costruttivismo. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 10, 32-53, 2002.

Mannino G.: Dalla scienza come "metafora" alla scienza come "fondamento". L'evoluzione del pensiero di Guidano in rapporto alla natura e al ruolo dell'epistemologia in psicologia. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 13, 6-31, 2003.

Maturana H.R., Varela F.J.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1984. [Ed. It.: *L'albero della conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987].

Messer S B, Wampold B E (2002), Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients, *Clinical Psychology. Science and Practice*, 9, 21-25.

Norcross J.C.: *Psychotherapy relationships that work: therapists contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, New York, 2002.

Onofri A., Tombolini L.: Il Sé autopoietico ed il Sé-con-l'altro. *Psicobiettivo*, 2, 35-51, 1997.

Rosenzweig S.: Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415, 1936. [Ed. It.: Alcuni fattori comuni impliciti in diversi metodi psicoterapeutici. *Psicoterapia*, 32-33, 25-27, 2006].

Seligman M.E.P.: The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports survey. *American Psychologist*, 50, 965–974, 1995.

Rennie D.L.: The client's experience of psychotherapy. In: Toukmanian S., Rennie D.L. (Eds), *Psychotherapy Process Research: Paradigmatic and Narrative Approaches*. Sage, Newbury Park, 1992.

Varela F. J.: Complessità del cervello e autonomia del vivente. In: Bocchi G. e Ceruti M. (Eds), *La Sfida della Complessità*. Feltrinelli, Milano, 1985.

Von Glasersfeld E.: An introduction to radical constructivism. In: Watzlawick P. (Ed.), *The Invented Reality*. Norton, New York, 1984. [Ed. It.: Una introduzione al costruttivismo radicale. In: Watzlawick P. (Ed.), *La Realtà Inventata*. Feltrinelli, Milano, 1988].

Wampold B.E.: *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, 2001.

Westen D., Morrison K., Thompson-Brenner H.: The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663, 2004.

EPISTEMOLOGIA E MODELLI OPERATIVI: LA LETTURA POST-RAZIONALISTA

La psicologia si confronta da sempre con il difficile compito di dover studiare il funzionamento della mente coniugando un approccio scientifico con un metodo che rispetti la natura dell'essere umano e la soggettività dell'esperienza individuale. Se da un lato, infatti, la conoscenza scientifica mira alla spiegazione di un fenomeno, svelandone i meccanismi e le leggi causali universali che lo governano, dall'altro, solo la comprensione della natura dell'esperienza, che come tale è unica e personale, può rivelarsi efficace per favorire in ogni singolo individuo la cura di sé e l'emancipazione dal disagio psichico.

Proprio per sottolineare questa radicale distinzione, Dilthey contrappose le scienze dello spirito alle scienze della natura, ricercando per le prime una metodologia e una epistemologia altrettanto rispettabili, che implicassero la considerazione del rapporto storico fra gli eventi e le peculiari caratteristiche della vita psichica⁵⁶. Tuttavia, come hanno autorevolmente sottolineato sia Heidegger che Gadamer, le "scienze dello spirito" non possono sostituirsi alle scienze naturali utilizzando esclusivamente una propria metodologia⁵⁷. Ciò che invece è doveroso considerare è la necessità di andare oltre una ricerca epistemologica, sottoponendo le questioni di metodo a controllo ontologico. La domanda sul modo di conoscere viene così sostituita dalla domanda sul modo di essere di questo essere che esiste solo comprendendo⁵⁸.

Tornando all'ambito della tematica di questo convegno, la questione epistemologica della patologia dell'umore si muove alla ricerca della spiegazione del fenomeno, il quale viene esaminato, nelle discipline mediche, come un'anomalia fisiopatologia da rimuovere grazie al sapere scientifico e, in ambito prettamente psicomotorio, come l'espressione di meccanismi inconsapevoli da portare alla coscienza.

Lo stesso fenomeno, secondo un approccio ontologico, viene esaminato cercando di comprendere l'esperienza umana dell'umore, inteso quindi come "autoaffezione della carne" che orienta la relazione con il mondo, e che attiene alla dimensione dello scorrere temporale dell'esperienza nonché alla sua struttura anticipatoria⁵⁹.

L'attenzione ad un metodo scientifico che tenesse conto della specificità dell'esperienza umana è stata sempre centrale nel lavoro di Vittorio Guidano. Nella sua prospettiva, l'essere umano genera significato attraverso la propria distinzione e il proprio ordinamento del fluire dell'esperienza. Pertanto, le attività di un individuo, siano esse motorie, cognitive o affettive, sono il frutto di una costruzione soggettiva che deriva da un processo unitario autoreferenziale internamente coerente, che si compone nel tempo durante tutto l'arco della vita. È la coerenza interna il principio ordinatore che orienta il processo ontogenetico. L'esserci è inseparabile dall'attività di ordinamento del mondo, e pertanto conoscere corrisponde ad esistere. Tale esistere si rende esperibile e valutabile attraverso il significato⁶⁰.

⁵⁶ Wilhelm Dilthey, "Introduzione alle scienze dello spirito" (1883).

⁵⁷ Il riferimento è all'opera di Heidegger, "Essere e tempo" (1927), e a quella di Gadamer, "Verità e metodo" (1960).

⁵⁸ Paul Ricoeur, "Ermeneutica filosofica ed ermeneutica biblica", Paideia Editrice, Brescia, 1977.

⁵⁹ Il richiamo qui è alla *costituzione originaria del sé* di Edmund Husserl (in "Analysen zur passiven Synthesis", «Husserliana» Bd. XI, Nijhoff, Den Haag, 1966, tr. it. di V. Costa, "Lezioni sulla sintesi passiva", Guerini, Milano, 1993) e all'*esperienza originaria di sé*, la *Befindlichkeit* (situazionalità emotiva) di Martin Heidegger (in "Sein und Zeit", Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1927, trad. it. di P. Chiodi, "Essere e Tempo", Milano, Longanesi 1976).

⁶⁰ Vittorio F. Guidano, "The Self in Process", Guilford Press, New York, 1991 (tr. it. "Il Sé nel suo divenire", Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Il metodo che Guidano propone è quello di estrarre il significato attraverso un'analisi del modo di riferire a sé l'esperienza, piuttosto che coglierlo nell'esperienza in sé; senza questo riferimento l'esperienza non sembra avere alcun significato intrinseco. Molto chiaramente Guidano propone, con un esplicito richiamo all'"Io" e al "Me" di William James⁶¹, di concentrare l'osservazione nell'interfaccia tra l'esperienza immediata e il suo riordinamento nel linguaggio, il Sé oggettivato⁶². Questo "Me" non si riferisce ad un'immagine cosciente corrispondente ad un inquadramento statico e immutabile, bensì ad un processo in continua evoluzione, che tuttavia rimarca nel tempo la medesima coerenza di significato/organizzazione in forme progressivamente più complesse nella loro struttura.

Qui si ripropone la concezione di una relazione mutuamente generativa fra organismo e ambiente, consistente in una serie di interazioni strutturali presiedute dai principi dell'autorganizzazione dell'essere vivente, inteso come sistema biologico complesso⁶³.

Si compie in questo modo il tentativo di coniugare l'ontologia con l'epistemologia. Il riferimento è alla teoria biologica della conoscenza come sistema unitario esplicativo della vita, espresso nei termini di una autoreferenzialità, dove il sistema vivente fa riferimento a se stesso nel costituire i propri elementi e le proprie operazioni, e per non dissolversi li riproduce, poiché sono effimeri (autopoiesi), mentre si protegge dalla complessità esterna mantenendo i propri contorni (auto-organizzazione)⁶⁴.

Secondo quanto afferma Maturana⁶⁵, la conoscenza può dunque essere considerata un fenomeno prettamente biologico, e la psicologia come parte della biologia, pur avendo un proprio dominio non riducibile ad essa. Lo stesso Maturana, infatti, osserva che la mente è un fenomeno che appartiene alla dinamica relazionale dell'intero organismo con il suo ambiente⁶⁶ e pertanto può essere esaminata solo da un punto di osservazione ancora più distaccato. Il rischio qui è quello di ricadere nella ben nota aporia riguardo alla impossibilità di conoscere dall'esterno una esperienza che è conoscibile solo dall'interno e viceversa.

La straordinaria intuizione di Guidano è quella di configurare alcune categorie di significato personale - le quattro Organizzazioni di Significato Personale - che coniugano la prospettiva oggettivante (i criteri che presiedono l'ordinamento dell'esperienza), con una prospettiva in prima persona (il modo di sentirsi di un individuo nelle situazioni soggettivamente più rilevanti). Tali categorie (vedi Tab.1) sono da considerarsi ad un metalivello rispetto alle varie sindromi, essendo state elaborate sui temi ideo-affettivi centrali che possono declinarsi da una condizione di piena funzionalità ed efficienza fino ad una patologia estrema, quale quella psicotica.

⁶¹ William James, "The Principles of Psychology", 1890 (Dover Publications, 1950. Tr. It. "Principi di Psicologia", a cura di G. Preti, Principato ed.)

⁶² Vedi nota n.5

⁶³ Prigogine I., "Dall'essere al divenire. Tempo e complessità nelle scienze fisiche, tr. it. Einaudi, Torino, 1986; Atlan H. "Tra il cristallo e il fumo", tr. it. 1986; Maturana H. e Varela F. "L'albero della conoscenza", tr. it. 1987.

⁶⁴ Maturana H. e Varela F., "L'albero della conoscenza", tr. it. 1987; Maturana H. e Varela F., "Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente", tr. it. 1988.

⁶⁵ Maturana, H. R., "Science and daily life: the ontology of scientific explanation", in W. Krohn, G. Koppers and H. Nowotny (eds), "Selforganization: portrait of a scientific revolution" (pp. 12-35). Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990.

⁶⁶ Maturana, H.R. (1995), "Biology of self consciousness", in Giuseppe Tranteur (Ed.), "Consciousness: distinction and reflection", Naples, Editorial Bibliopolis, Italy.

Tab. 1 Organizzazioni di Significato Personale (Guidano 1991).
Continuum normalità – nevrosi – psicosi.

ORGANIZZAZIONE DEPRESSIVA	ORGANIZZAZIONE TIPO DISTURBI ALIMENTARI PSICOGENI
<i>Attaccamento Evitante</i> : configurazioni evitanti A1-A2-A3 <i>Tema Ideo-Affettivo</i> : perdita – rifiuto, con oscillazione ritmica prevalente di rabbia/disperazione. <i>Stabilità del Self</i> : prevenzione di eventi di rifiuto/perdita	<i>Attaccamento Evitante</i> : configurazione A4 (acquiescente compulsava). <i>Tema Ideo-Affettivo</i> : corrispondenza – delusione, con oscillazione ritmica prevalente di annullamento/vuoto. <i>Stabilità del Self</i> : ricerca di adeguatezza e controllo della esposizione.
ORGANIZZAZIONE FOBICA	ORGANIZZAZIONE OSSESSIVA
<i>Attaccamento Ansioso</i> : configurazioni di tipo coercitivo, attivo o passivo. <i>Tema Ideo-Affettivo</i> : libertà - protezione con oscillazioni ritmica prevalente di paura/costrizione. <i>Stabilità del Self</i> : mantenimento del senso di forza/protezione e libertà/esplorazione.	<i>Attaccamento “misto ambivalente”</i> : configurazione evitante/coercitiva <i>Tema Ideo-Affettivo</i> : pregevolezza - indegnità con oscillazione ritmica prevalente di fierezza/vergogna <i>Stabilità del Self</i> : controllo emozionale e certezza di corrispondenza ai principi guida

Le tematiche ideo-affettive, che caratterizzano le varie modalità di riferimento a sé dell'esperienza, sono tipicamente organizzate intorno ad un nucleo organizzativo di base che prende forma nella relazione di attaccamento primaria, tanto che sarebbe possibile ricondurre ciascuna organizzazione ad uno stile di attaccamento, sebbene non identificabile con l'originaria classificazione di Mary Ainsworth⁶⁷. A tale scopo, infatti, si presta meglio la classificazione di Patricia Crittenden⁶⁸, che individua configurazioni di strategie secondarie di attaccamento più articolate e riferite ad età di sviluppo successive. Le strategie secondarie di attaccamento, come è noto, si attivano solamente qualora falliscano le strategie primarie, quindi in condizioni di attaccamento non sicuro, oppure occasionalmente, nell'ambito di uno stile di attaccamento B/sicuro, per il concorrere di fattori concomitanti. Le strategie comportamentali sono sostenute da stati d'animo che corrispondono a reazioni di avvicinamento e di allontanamento dall'altro, tali da poter dare luogo, idealmente, a oscillazioni ritmiche fra polarità opposte prevalenti. Tali stati d'animo, che nel tempo si costituiscono come esperienze emotive vere e proprie⁶⁹, rappresentano il nucleo di base della personalità, un modo di sentirsi e di riconoscersi che permane nel tempo.

A questa continuità, che è sia tematica sia emozionale, si riferisce il modello dinamico processuale di Vittorio Guidano, che pone l'enfasi sul mantenimento della propria identità, pur nella progressione ortogenetica di complessità strutturali di ordine crescente nel tempo. La costituzione dell'Identità Personale appare dunque un processo sostanzialmente legato alla riflessione, pertanto

⁶⁷ Ainsworth M. D. S. (1979), "Infant-Mother Attachment", *American Psychologist*, 34, pp. 932-937

⁶⁸ Crittenden P.M. (a cura di), "Nuove prospettive sull'attaccamento", Guerini e Associati, Milano, 1994; Crittenden P. M., "Attaccamento in età adulta", Raffaello Cortina Ed., Milano, 1999.

⁶⁹ Lewis, M. "The emergence of human emotions". In M.Lewis, J.M.Haviland (Eds), *Handbook of emotion*. Guilford Press, 1993.

opera dell'intelletto. L'esperienza può essere compresa solo attraverso un'astrazione, con un metodo di osservazione guidata che punta all'individuazione dei principi organizzatori attraverso l'esame dettagliato di una sequenza di esperienza discrepante (moviola). Una volta che questi principi siano stati messi in luce, essi saranno rinvenibili in ogni altra sequenza di esperienza discrepante con l'immagine cosciente di sé, consentendone l'appropriazione e il decentramento, e quindi la regolazione.

L'enfasi che Guidano pone sulla permanenza dei principi organizzatori della propria identità sottrae valore agli aspetti di potenzialità e di novità che l'esperienza in sé manifesta ogni volta, e conferma una visione pedogenetica dello sviluppo. D'altro canto non potrebbe essere altrimenti se la stessa esperienza, con l'emergere del linguaggio, viene considerata priva di una sua intrinseca significatività. Il dilemma fra cambiamento e permanenza si risolve con la seguente indicazione: la propria organizzazione permane, il livello di astrazione e quindi di flessibilità e regolazione possono mutare. L'identità equivale dunque alla organizzazione di principi astratti, che non si modifica nel tempo e non è storica, se non limitatamente ai cambiamenti strutturali.

Ritorniamo qui al problema inizialmente posto, a quello cioè di sottoporre a controllo ontologico la questione del metodo. Se l'identità umana è storica, e perciò sempre aperta e nell'atto di compiersi, come può una visione biologica rendere conto di questo aspetto? Inoltre, se l'esperienza è unica, soggettiva, incarnata, temporale, come può acquisire significato solo nella riflessione e non averne già prima di poter essere articolata nel linguaggio? Come sottolinea insistentemente Arciero⁷⁰, l'esperienza appartiene all'individuo già prima che egli se ne appropri attraverso la riflessione. Essa è autorivelatrice, e muta continuamente nonostante il suo sedimentarsi (medesimezza) e il suo riordinamento tendano a darle una specifica direzione. L'esperienza si rinnova incessantemente nell'essere di volta in volta, e pur nella sua struttura anticipatoria essa è potenzialità, apertura.

Tali caratteristiche dell'esperienza, seppure non negate, rimangono inesplorate nel modello di Guidano. Arciero coglie questo aspetto e lo sviluppa, proponendo distinzioni che individuano le caratteristiche dell'esperienza preverbale, cioè della vita stessa che spinge per farsi un varco nella coscienza riflessiva, affinché essa trovi le parole per descriverla. Per dire bisogna essere aperti al senso, ospitati dal linguaggio, dal cogito. Ma dietro il cogito, per la filosofia, c'è la vita che ribadisce se stessa, incurante delle rappresentazioni, come sottolinea Spinoza quando parla di *conatus*, o Leibniz con il suo *appetitus*, o *vis*, oppure Schopenhauer con la *volontà di vita*, Nietzsche con la *volontà di potenza*.

Il rapporto fra esperienza e spiegazione ha forse bisogno di un ulteriore esame. È la spiegazione che dà senso all'esperienza, attraverso l'auto perpetuarsi dei suoi principi interpretativi, o è l'esperienza che muove la riflessione e che può quindi trovarsi ad essere rappresentata in modo più o meno congruo? Secondo Arciero si può parlare di identità solo se i due poli di questa sono entrambi analizzabili e identificabili: quello della riflessione nel linguaggio, e quello dell'esperienza preriflessiva. È dall'essere identici di questi due poli, corrispondenti fra di loro, che emerge l'identità; una identità che è storica, aperta, sempre nell'atto di compiersi. Da qui la necessità di un rigoroso metodo ermeneutico, che proceda dall'esame del testo (il racconto di sé) per liberare, attraverso un'analisi del senso che ne trascende le ragioni esplicative, le strutture sottostanti della precomprensione, l'esperienza viva del soggetto.

Nell'affrontare la questione della coscienza riflessiva e di quella preriflessiva (intenzionale), Husserl⁷¹ riconosce le caratteristiche di anteriorità e indipendenza dalla coscienza esplicita (riflessiva) ad una coscienza originaria di sé, "intenzionalità senza oggetto", che colloca in una sfera passiva della coscienza. Tale costituzione soggettiva originaria è cinestesica, patica, storica. Egli

⁷⁰ Giampiero Arciero, "Studi e dialoghi sull'identità personale", Boringhieri, Torino, 2002; "Sulle tracce di sé", Boringhieri, Torino, 2006.

⁷¹ Edmund Husserl, "Ideen zu einer reinen Phänomenologie", Erstes Buch, Allgemeine Einführung in die reine Phänomenologie, 1913 (tr. it. "Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica", a cura di E. Franzini e V. Costa, Einaudi Torino, 2002); "Analysen zur passiven Synthesis", «Husserliana» Bd. XI, Nijhoff, Den Haag, 1966 (tr. it. di V. Costa, "Lezioni sulla sintesi passiva", Guerini, Milano, 1993).

parla di una costituzione del Sé che consiste in una predonazione del mondo, nell'autoaffezione della carne e nell'autoaffezione del flusso di coscienza. Heidegger, a sua volta, sottolinea un altro aspetto⁷²: prima di chiedersi come si conosce dobbiamo chiederci come l'essere incontra se stesso come soggetto, prima che come oggetto. L'essere non ha un oggetto come correlato, ma un *luogo* dove si pone la questione dell'essere. È la situazionalità emotiva (*Befindlichkeit*) l'esperienza originaria di Sé: un modo di sentirsi, gettato al mondo, aperto ad esso e sensibile all'incontro, quindi potenzialità all'incontro che avviene in un progetto. Nel progetto si entra con una inclinazione, ma nell'incontro il Sé e il mondo coemergono. Secondo Heidegger, il Sé si trova nell'essere gettato e nell'essere prospettico, senza mai potersi afferrare nella totalità.

Nell'essere prospettico di cui parla Heidegger c'è sempre una anticipazione.

Se questa è l'esperienza preriflessiva, vista da una prospettiva ontologica, quello che le neuroscienze sono in grado di dimostrare al riguardo è che, ad esempio, lo sviluppo del cervello dipende dall'esperienza. I circuiti cerebrali si sviluppano con modalità legate direttamente alla loro attivazione; le esperienze, infatti, influenzano le connessioni neuronali e l'organizzazione dell'attività del nostro cervello, l'espressione genica e il sistema endocrino e immunologico⁷³. Come già originariamente enunciato da Hebb⁷⁴, i pattern di eccitazione attivati da stimoli ambientali sono anatomicamente e cronologicamente correlati, per cui tenderanno ad essere attivati insieme anche in seguito. Ancor più sorprendente è il fatto che il nostro cervello sia in grado di comprendere azioni ed emozioni degli altri individui in un modo che è automatico e preriflessivo, attraverso il sistema dei neuroni specchio⁷⁵. Tale sistema è in grado di discriminare informazioni sensoriali dall'ambiente in base alle possibilità d'atto che esso offre, di tracciare i campi recettivi somatosensoriali e visivi dello spazio peripersonale in modo da poter anticipare movimenti e sensazioni nello spazio raggiungibile. Esso riconosce emozioni e intenzioni, a seconda dei contesti, costituendo la base di una condivisione interpersonale (simulazione incarnata, secondo Gallese⁷⁶) preconettuale e prelinguistica, ed è sostrato di alcune forme di imitazione, apprendimento, comunicazione gestuale e verbale.

Gli studi effettuati in ambito biologico e psicologico ci indicano, inoltre, che la mente è preparata all'incontro con il mondo da una predisposizione non solo a percepire l'ambiente ma anche ad emozionarsi con specifiche risposte neurofisiologiche a stimoli universali, le quali vengono innescate da una valutazione automatica, che non richiede alcuna mediazione riflessiva. Stimoli più complessi o ambigui elicitano risposte emozionali che necessitano l'esame di più variabili e hanno quindi bisogno di una mediazione riflessiva. Ekman⁷⁷ definisce "di base" le emozioni che possono attivarsi per una valutazione automatica (gioia, curiosità, tristezza, paura, rabbia, disgusto), e indica come "programmi affettivi" quell'insieme di reazioni che accompagnano un'emozione discreta di questo genere e che coinvolgono l'intero organismo rimanendo refrattari a valutazioni cognitive.

La vecchia diatriba fra teorie che ponevano in contrasto i processi *top-down* e i processi *bottom-up* come modalità di innesco degli stati affettivi è stata ormai superata dalla "multilevel appraisal

⁷² Martin Heidegger, "Sein und Zeit", Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1927 (trad. it di P. Chiodi, "Essere e Tempo", Milano, Longanesi 1976).

⁷³ Daniel J. Siegel, "La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale", Raffaello Cortina, Milano 2001.

⁷⁴ Donald Hebb, "L'organizzazione del comportamento: una teoria neuropsicologica", 1949. Tr. it. Franco Angeli, Milano, 1975

⁷⁵ Giacomo Rizzolatti, Corrado Sinigaglia, "So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio", Raffaello Cortina, Milano, 2006.

⁷⁶ Vittorio Gallese, "The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity", *Psychopathology*, Vol. 36, No. 4, 171-180, 2003; "Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience", *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 2005, 4:23-48.

⁷⁷ Ekman, P. (1999), "Basic emotions", in T. Dalgleish and T. Power (Eds.), "The Handbook of Cognition and Emotion", pp. 45-60, Sussex, U.K., John Wiley & Sons, Ltd, 2001. Griffiths, P. E., "Emotion and Expression, International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences", Pergamon/Elsevier Science, 2001.

theory”⁷⁸, la quale riconosce la presenza di valutazioni automatiche e cognitive a vari livelli a seconda del tipo di stimolo presente.

I meccanismi di regolazione degli stati affettivi coinvolgono diverse funzioni mentali, fra le quali l'attenzione e la memoria. E mentre alcune aree cerebrali sono particolarmente impegnate nell'attivazione emozionale (come l'insula, l'amigdala, il polo temporale anteriore, la corteccia prefrontale ventromediale, la corteccia anteriore del cingolo, rostrale e dorsale), altre risultano maggiormente coinvolte nella loro estinzione (come la corteccia prefrontale laterale e dorsolaterale, la corteccia orbitofrontale e quella del cingolato anteriore e subcalloso)⁷⁹. Queste aree correlano negativamente, poiché l'attivarsi dei meccanismi di regolazione ha la funzione di ridurre l'attivazione emozionale.

Alcuni autori considerano indispensabile, per il prodursi di una esperienza emozionale, che si abbia la percezione di cambiamenti nel corpo⁸⁰, o quanto meno della loro rappresentazione “come se” nell'insula cerebrale⁸¹, altri invece ritengono che le emozioni possano prodursi esclusivamente nell'ambito di operazioni “discorsive” e che rappresentino il prodotto di pratiche linguistiche indotte da fattori socioculturali⁸², senza bisogno di una reazione naturale la quale, seppur presente, non basterebbe a giustificare l'esperienza⁸³.

Nel momento in cui passiamo ad occuparci dell'organismo-persona, dobbiamo porci il problema delle differenze individuali che si determinano nell'incontro tra l'organismo e il suo ambiente nel corso del ciclo vitale, e che gli studi di epigenetica sono ormai attenti a valutare⁸⁴.

La sfida che Arciero accoglie, movendosi nell'ambito di studi che riguardano la clinica, le neuroscienze, la fenomenologia e la filosofia ermeneutica, è quella di poter comprendere le differenze individuali che caratterizzano la significatività dell'esperienza stessa e che si esprimono attraverso le diverse modalità del racconto di sé, nonché di discriminare le varianti fondamentali nel rapporto della persona con il suo ambiente che in tali differenze risultano implicate. Riprendendo il concetto di affezione espresso da Husserl⁸⁵, come “l'attrattiva esercitata sulla coscienza, la particolare corrente che un oggetto dato esercita sull'io”, e che “presuppone una preminenza su ogni altra cosa”, Arciero osserva che, a seconda della peculiare storia che ciascun individuo ha del suo personale incontro con il mondo, quel naturale oscillare tra eteroaffezione e autoaffezione, che di

⁷⁸ Teasdale, J.D. (1999), “Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression”, *Behaviour research and Therapy*, 37, S53-S77; Jesse J. Prinz, “Gut Reactions: A Perceptual Theory of Emotion”, Oxford University Press, 2004; Cacioppo, J., Bernston, G.G., Larsen, J.T., Poehlmann, K.M., & Ito, T.A. (2000), “The psychophysiology of emotion”, in M. Lewis & J. Haviland-Jones (eds.), *Handbook of emotions* (pp. 173-191), New York, Guilford; Klaus R. Scherer (1999), “Appraisal theory”, in Dalglish T. and Power M. (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*, Chichester, Wiley, pp. 637-663; Klaus R. Scherer, “Appraisal Considered as a Process of Multilevel Sequential Checking”, in Scherer K., Schorr A and Johnstone T. (Eds.), “Appraisal Processes in Emotion - Theory, Methods, Research”, Oxford University Press, 2000; Marc D. Lewis, “Personal Pathways in the Development of Appraisal: A Complex Systems/Stage Theory Perspective”, *ibid*.

⁷⁹ Phan KL, Wager T, Taylor SF, Liberzon I., “Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI”, *Neuroimage*, 2002 Jun;16(2):331-48; Phan KL, Wager TD, Taylor SF, Liberzon I., “Functional neuroimaging studies of human emotions”, *CNS Spectr*, 2004 Apr;9(4):258-66.

⁸⁰ LeDoux, J. (1996), “The Emotional Brain. Simon and Schuster”, ed. it. (1998): “Il cervello emotivo”, Baldini e Castoldi editore; Cacioppo, Gardner, & Bernston, 1999 Cacioppo, J., Bernston, G.G., Larsen, J.T., Poehlmann, K.M., & Ito, T.A. (2000), “The psychophysiology of emotion”, in M. Lewis & J. Haviland-Jones (eds.), *Handbook of emotions* (pp. 173-191), New York, Guilford.

⁸¹ Antonio R.Damasio, “Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello”, Adelphi, 2003.
di Damasio Antonio R.

⁸² Rom Harré, “La mente discorsiva”, tr. it. Milano, Cortina 1996.

⁸³ Averill J.R. (1980), “Anger and Aggression: An Essay on Emotion”, New York, Springer-Verlag; Averill J.R. (1985), “The Social Construction of Emotion with Special Reference to Love”, in K.J. Gergen and K.E. Davis (eds), “The Social Construction of the Person”, New York, Springer-Verlag.

⁸⁴ Francis DD, Szegda K, Campbell G, Martin WD, Insel TR., “Epigenetic sources of behavioural differences in mice”, *Nature Neuroscience*, 2003; 6,5: 445-446; Francis D, Diorio J, Liu D, Meaney MJ., “Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat”, *Science*, 1999 Nov 5;286(5442):1155-8.

⁸⁵ Hart J., “Edmund Husserl, Analyses concerning passive and active synthesis. Lectures on Transcendental Logic” cap.2, Springer, 2004.

volta in volta colpisce in relazione all'accadere, può tendere a stabilizzarsi ed assumere una spiccata propensione ad orientare il flusso di percezioni in un modo o in un altro. In altre parole: se un evento improvviso e inatteso nell'ambiente orienta il flusso di percezioni verso l'esterno, fino a sommergere ogni altro campo di esperienza (eteroaffezione), mentre, al contrario, una "predilezione fondata sul desiderio di una preminenza"⁸⁶ può esercitare un'attrazione sui dati sensibili a partire da noi stessi (autoaffezione), è certamente possibile, sostiene Arciero, che la personale concatenazione di eventi significativi dell'uno o l'altro genere produca in ciascuno di noi la tendenza a porre l'attenzione verso l'esterno o verso l'interno, come modo di anticipare l'esperienza e controllare l'imprevedibilità⁸⁷. Inoltre, se come esseri umani siamo già biologicamente preparati a provare certe emozioni in relazione a specifici eventi, il fatto che ciascun individuo presenti un itinerario emozionale suo proprio, con una preminenza di alcuni stati affettivi su altri ed uno stile di valutazione e regolazione personale, non può che risultare come prodotto emergente fra le capacità individuali di emozionarsi e la particolare storia di interazioni con il suo ambiente, in particolare delle relazioni più significative con gli altri. Gli stili di attaccamento sembrano essere correlati ai meccanismi di regolazione delle emozioni e non al loro processamento⁸⁸, né si può ridurre ad uno stile ansioso o evitante la diversa qualità e intensità che le esperienze emozionali assumono nei differenti itinerari di vita. Il tipo di sollecitazioni ricorrenti cui si è esposti nel corso dello sviluppo può generare in prevalenza stimoli che inducono emozioni di base a valutazione automatica (*automatic appraisal*), o stimoli meno specifici che richiedono una valutazione riflessiva (*reflexive appraisal*)⁸⁹.

Le esperienze sedimentate danno una predisposizione, una inclinazione preferenziale che talora può giungere a rappresentare un tratto affettivo. Questa propensione, questo sfondo costituito dalle emozioni più intense e frequenti concorre ad orientare l'attenzione e la disposizione individuale verso il mondo e verso l'Altro. Possiamo individuare, suggerisce Arciero⁹⁰, come polarità estreme di un *continuum*, una tendenza ad emozionarsi di tipo *inward*, con attivazioni interiori a spiccate caratteristiche "viscerali", e una tendenza di tipo *outward*, caratterizzata dalla propensione ad emozionarsi con *appraisal* riflessivo. Nel primo caso, il modo di emozionarsi è del genere dei programmi affettivi innescati da stimoli universali e valutati automaticamente, mentre all'altro estremo si colloca, in casi limite, un "sentire" pressoché disincarnato, privo di sensorialità, oppure la tendenza a sentire "attraverso l'altro", nel contesto del corpo altrui, o a partire dall'altro, come accade nel cosiddetto effetto "camaleonte", quando il mimare le espressioni emotive di altri produce sensazioni e comportamenti simili ai loro⁹¹.

Inward e Outward sono polarità estreme di un *continuum* su cui interpretare la genesi di esperienze emozionali, il loro ordinamento, la loro regolazione e le configurazioni di personalità. A queste attitudini corrispondono anche diverse modalità di processamento cerebrale di stimoli emozionali.

⁸⁶ Vedi nota precedente.

⁸⁷ Tale ipotesi può essere confrontata con gli studi sull'attenzione in età infantile condotti dal gruppo di Posner dell'università dell'Oregon: Anne B. Clohessy, Michael I. Posner, Mary K. Rothbart, "Development of the functional visual field", *Acta Psychologica*, 2001;106(1-2):51-68; Rueda MR, Posner MI, Rothbart MK., "The development of executive attention: contributions to the emergence of self-regulation", *Dev Neuropsychol.*, 2005;28(2):573-94.

⁸⁸ Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M, "Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates", *Neuroimage*, 2005 Dec;28(4):835-47. Davis D, Shaver PR, Vernon ML, "Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: the roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style", *Pers Soc Psychol Bull.*, 2003 Jul;29(7):871-84.

⁸⁹ Arciero G, "Sulle tracce di sé", Boringhieri, Torino, 2006, pp.102 e 103.

⁹⁰ Vedi nota precedente.

⁹¹ Segnaliamo, fra i tanti, due articoli che sono piuttosto significativi al riguardo: Chartrand TL, Bargh JA., "The chameleon effect: the perception-behavior link and social interaction", *J Pers Soc Psychol.* 1999 Jun;76(6):893-910; Van Baaren RB, Horgan TG, Chartrand TL, Dijkmans M., "The forest, the trees, and the chameleon: context dependence and mimicry", *J Pers Soc Psychol.* 2004 Mar;86(3):453-9.

Al riguardo è stata già raggiunta una prima evidenza empirica⁹² attraverso uno studio appositamente condotto da Arciero in collaborazione con i colleghi dell'NIH e dell'Università di Bari. Altre evidenze sono tuttora in fase di acquisizione grazie ad un intensificarsi della ricerca che l'IPRA sta conducendo negli ultimi anni in questo campo.

Il modo di sentirsi e di rispondere a stimoli ambientali è, come sopra accennato, un aspetto costitutivo di un'esperienza originaria di sé che precede la riflessione e che la guida, influenzando anche i modi del racconto di sé. L'esperienza di sé antepredicativa giunge alla coscienza riflessiva attraverso il linguaggio ed è configurata in una narrativa personale che deve corrispondere, nella costituzione armonica dell'identità, all'esperienza di base da cui prende le mosse. Il racconto di sé rivela, pertanto, le capacità di accesso e di appropriazione dell'esperienza che ciascun individuo è in grado di esprimere, e rappresenta un processo continuo di ordinamento e valutazione che emerge nell'ambito di interazioni sociali ed è soggetto ad influenze culturali.

Una identità costituita su di una esperienza con caratteristiche *inward* è centrata sulla focalizzazione di stati interni. Su questo versante si collocano:

1. lo stile tendente a disturbi depressivi, e cioè una inclinazione che deriva dalla sedimentazione di esperienze emotive prevalenti di rabbia e tristezza, innescate da ricorrenti stimoli di perdita,
2. e lo stile tendente a disturbi fobici, con emozioni prevalenti di paura, rabbia e curiosità, innescate da stimoli universalmente riconoscibili in modo automatico, quali pericolo e costrizione.
3. Su questo stesso versante, ma più orientato verso il polo *outward*, rispetto ai precedenti, si può collocare una configurazione di personalità nella quale si trovano sedimentate esperienze emozionali innescate da stimoli di natura ambigua che si sovrappongono a stimoli universali, per le quali si può ipotizzare un processamento automatico di afferenze specifiche e non specifiche. In attesa della prossima pubblicazione di Arciero, nella quale gli stili di personalità troveranno una trattazione esauriente, accenniamo all'ipotesi corrente di nominare questa configurazione di personalità come stile tendente all'ipocondria.

Quando lo sfondo emozionale, o i tratti emotivi, sono caratterizzati da emozioni ad *appraisal* riflessivo, si delineano configurazioni di personalità *outward*. In casi limite le emozioni possono essere avviate da processi attributivi attuati esclusivamente nello spazio della mente, in assenza di afferenze sensoriali. Si suppone che gli stimoli esterni prevalenti nel corso dello sviluppo siano di natura ambigua, competitivi e talora conflittuali e reciprocamente escludentisi, tali da poter essere individuati o selezionati solo grazie all'associazione con aspetti di contesto (indicatori ricavati dall'ambiente, o da altre persone, o attraverso processi di astrazione), e pertanto anticipabili solo grazie ad una continua focalizzazione sull'esterno⁹³. Su questo versante possiamo individuare:

- uno stile eterodiretto, nel caso in cui lo stimolo venga interpretato attraverso prospettive o emozioni altrui;
- uno stile ossessivo, nel quale le griglie di lettura per gli stimoli ambigui sono composte secondo diversi criteri;
- una serie di parametri condivisi (si tratta di uno stile sempre più frequente, nel quale la ricerca di consenso esterno è costante);
- una serie di parametri astratti personali;

⁹² Bertolino A, Arciero G, Rubino V, Latorre V, De Candia M, Mazzola V, Blasi G, Caforio G, Hariri A, Kolachana B, Nardini M, Weinberger DR, Scarabino T, "Variation of human amygdala response during threatening stimuli as a function of 5-HTTLPR genotype and personality style", *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 15;57(12):1517-25.

⁹³ Clohessy et al, 2001 Haith MM, Hazan C, Goodman GS, "Expectation and anticipation of dynamic visual events by 3.5-month-old babies", *Child Dev*. 1988 Apr;59(2):467-79; Posner MI, Rothbart MK, "Attention, self-regulation and consciousness", *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1998 Nov 29;353(1377):1915-27; Clohessy AB, Posner MI, Rothbart MK, "Development of the functional visual field", *Acta Psychologica*, 2001;106(1-2):51-68.

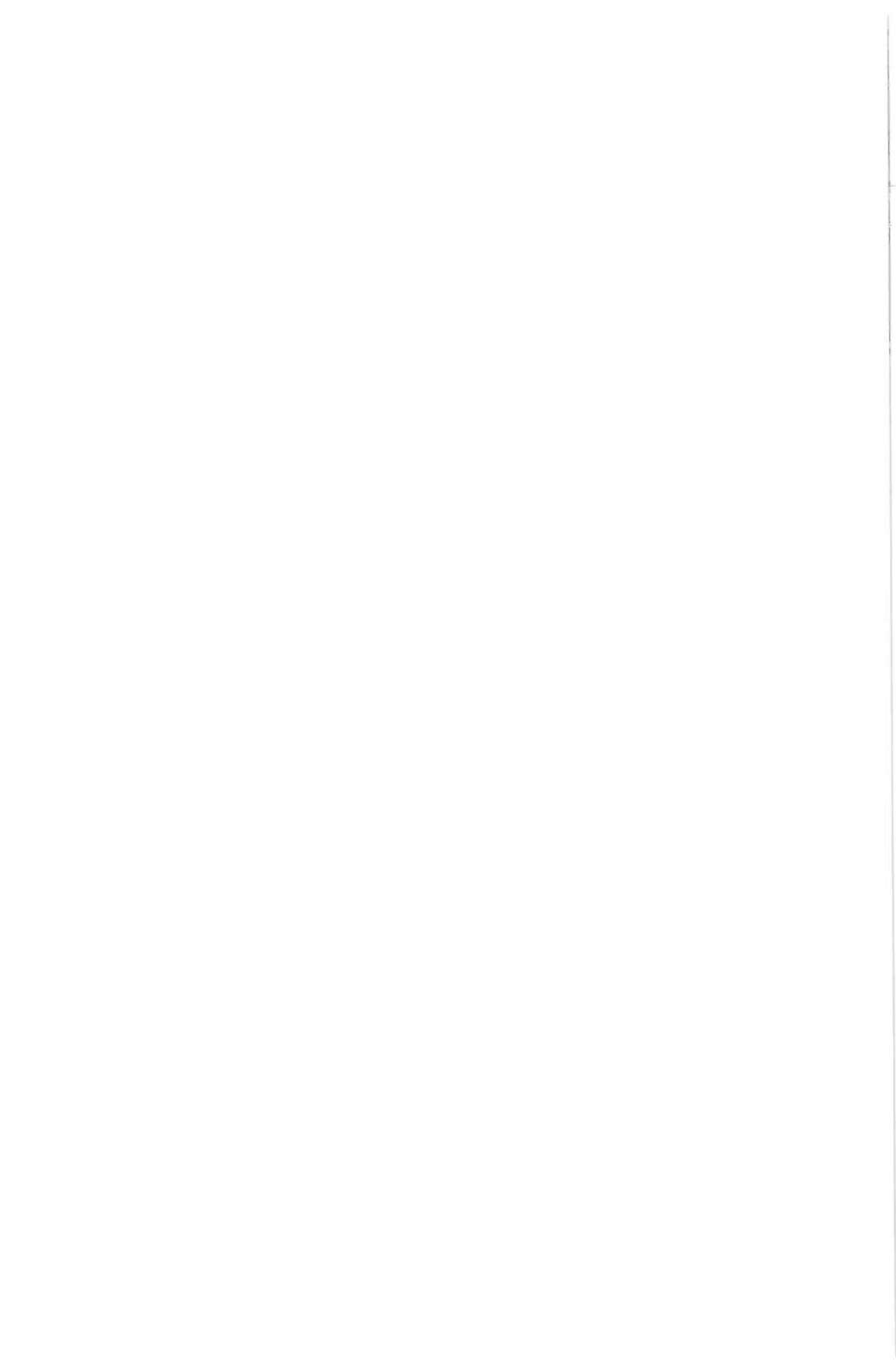
- una serie di ipotesi relative agli effetti (cioè alle conseguenze teoricamente possibili prodotte dalle azioni indotte da tali stimoli, motivate dagli stati d'animo innescati e non sempre identificati o legittimati).

Nello stile eterodiretto il riferimento è ad una alterità che è persona, la quale è pertanto necessaria alla comprensione di sé. Ciò comporta un eccesso di dipendenza dall'altro, senza il quale non sembra possibile costituirsi, e nello stesso tempo un senso di espropriazione di sé, simile a quella inautenticità di cui parlava Heidegger nel riferirsi al "si dice", all'esser-ci disperso, che non si trova da se stesso. Un coinvolgimento eccessivo con l'altro, mentre dà forma a sé, produce un senso di prevaricazione e annullamento; nell'assenza o nella distanza emotiva dell'altro si genera una solitudine caratterizzata da inconsistenza o senso di vuoto.

Nello stile ossessivo, il riferimento ad una serie di principi astratti, condivisi o meno, fa sì che si avverta la necessità di controllare azioni ed emozioni per poter selezionare quelle congrue ed escludere quelle ritenute inadeguate. La cognizione diviene così lo strumento che produce e regola l'esperienza affettiva.

Da quanto fin qui accennato, appare evidente che l'umore, come tonalità affettiva che regola i relativi legami fra emozioni, azioni e pensieri, si stabilisce per una complessa interazione di processi biologici connessi all'esperienza, secondo percorsi individuali che possono condurre a manifestazioni simili quando l'ampiezza e la persistenza raggiungono il grado di una patologia. A certi livelli di gravità, una depressione prodotta dal susseguirsi di eventi di perdita non controllabili non è diversa dall'impotenza che deriva dall'incapacità di gestire una condizione di vuoto perdurante o di paura o di dubbio. I vari modelli psicologici della patologia dell'umore mirano ad individuare un meccanismo patogenetico da rimuovere e a tal fine vorrebbero interpretare la depressione, per esempio, come la conseguenza di catastrofi o gravi minacce alla propria persona, o come l'esito di un trauma precoce, o di una separazione nello stadio anaclitico di dipendenza dalla madre, o come impotenza appresa o effetto della slatentizzazione di schemi di pensiero distorti. Tale rispettabile tentativo rischia di offuscare la realtà di una condizione umana che è in continuo divenire, potenza ad essere che di volta in volta si manifesta come l'incontro di una predisposizione con un evento unico e irripetibile.

Dunque la psicologia, che è il luogo della cura, non può prescindere dalla comprensione delle trame storiche che rivelano le ragioni di una deriva esistenziale. Come efficacemente evidenzia l'avvertimento di Nietzsche (Frammenti postumi): "Conoscere è trovare le regole, la consuetudine, ma trovare le regole non è conoscere. È solo acquistare la paura dell'incalcolabile!"



Finito di stampare il
dicembre 2007 presso Azienda Grafica
STAMPA NOVA di Jesi