

LA DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE NELL'APPROCCIO COGNITIVO SISTEMICO PROCESSUALE

Atti del Convegno
a cura di
Bernardo Nardi

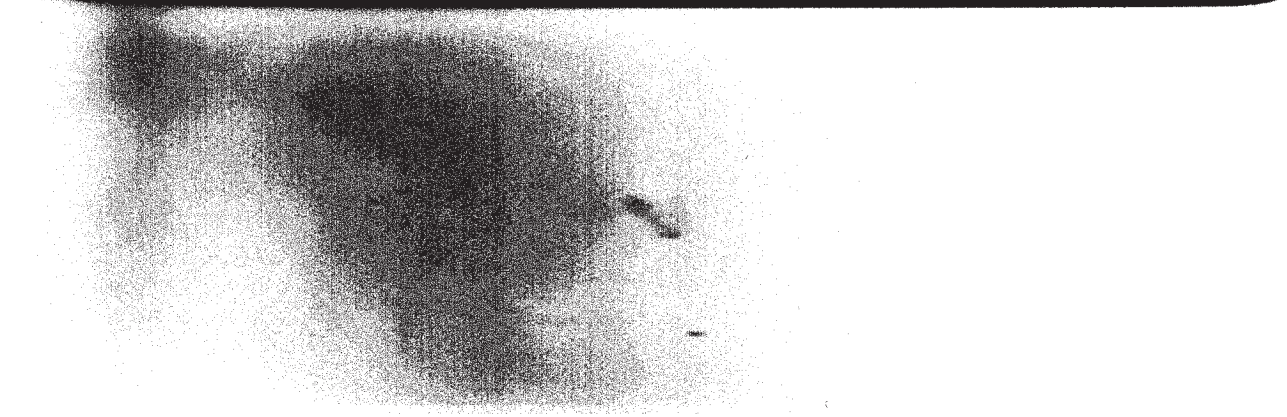


I.R.S.
L'AURORA

**LA DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE
NELL'APPROCCIO COGNITIVO
SISTEMICO PROCESSUALE**

Atti del Convegno
a cura di
Bernardo Nardi

Ancona, 29 maggio 1999
Facoltà di Medicina e Chirurgia



Patrocinio

Consiglio Regionale delle Marche

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Ancona

Azienda Ospedaliera "Umberto I"
Ancona

Tribunale per i Minorenni
delle Marche

Procura della Repubblica
presso il Tribunale per i Minorenni
delle Marche

Organizzazione del Convegno e Segreteria Scientifica

Bernardo Nardi
Clinica Psichiatrica dell'Università di Ancona
Azienda Ospedaliera "Umberto I"
Piazza Cappelli, 1
60121 Ancona
Tel.: 071.5963303
Fax: 071.204828
E-mail: ist.psichiatria@fastnet.it

Redazione degli Atti a cura di

Bernardo Nardi
Marco Brandoni
Rosella Colocci

Ancona, 1999

I.R.S. L'Aurora Cooperativa Sociale a r.l.

*All'inizio della ca
veniva spontaneo
l'oggetto dell'int
I giudici minorili
psichiatri e più in
anche uno stretto
Collaborazione ch
i servizi territorial
sionale, il prezio
terapeuti.
Di qui l'interesse
Molte volte anche
ne occupiamo sol
necessario, affinch
giore probabilità
tenzione nel rileva
Molte volte il rita
nella maggiore de
non attua altra via
Inoltre il Tribuna
l'esame della pers
sua maturità (art.
adeguarsi nel migl
zare il suo diritto
E' quindi con gran
aderito a questo C
lente giudice onor
personalmente son*

All'inizio della carriera, quando noi magistrati riflettevamo sul nostro ruolo, veniva spontaneo riferirci, quale termine di paragone, alla categoria medica: l'oggetto dell'intervento è per entrambi l'uomo.

I giudici minorili specializzati hanno invece, ma non solo come riferimento, gli psichiatri e più in generale i terapeuti della famiglia e dell'età evolutiva, ma anche uno stretto rapporto di collaborazione con gli stessi.

Collaborazione che si realizza o mediante le C.T.U., o mediante il rapporto con i servizi territoriali o conglobando, sia nell'iter istruttorio che nella fase decisionale, il prezioso apporto tecnico dei nostri giudici onorari psichiatri e terapeuti.

Di qui l'interesse ed il patrocinio della magistratura minorile per il Convegno. Molte volte anche noi dobbiamo occuparci di ragazzi depressi e purtroppo ce ne occupiamo solo quando la patologia ha manifestazioni eclatanti: sarebbe necessario, affinché il nostro intervento sia tempestivo ed abbia, quindi, maggiore probabilità di riuscita, che i servizi territoriali prestassero maggiore attenzione nel rilevare i casi di questa grave e diffusa forma di disagio giovanile. Molte volte il ritardo arreca danni irreparabili nel soggetto in evoluzione che, nella maggiore delle ipotesi da "caso civile" diventa "caso penale" quando non attua altra via di fuga.

Inoltre il Tribunale Minorenni deve, per legge, in sede penale, procedere all'esame della personalità del minore che ha commesso il reato per valutare la sua maturità (art. 98 C.) e per modulare il provvedimento in maniera tale da adeguarsi nel miglior modo possibile alle sue esigenze affinché si possa realizzare il suo diritto alla crescita anche attraverso l'intervento penale.

E' quindi con grande entusiasmo che la magistratura minorile anconetana ha aderito a questo Convegno sulla proposta del dott. Bernardo Nardi, nostro valente giudice onorario "di lungo corso", ed è con grande partecipazione che io personalmente sono accinta a seguire i lavori.

Dr.ssa Luisanna Del Conte
Presidente del Tribunale per i Minorenni

AUTORI

Editor

Bernardo Nardi

Relatori

Franco Angeleri

*Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria
Università di Ancona*

Gabriele Borsetti

*Direttore della Clinica Psichiatrica
Università di Ancona*

Marco Brandoni

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria
Università di Ancona*

Furio Lambruschi

*Docente di Psicologia Clinica
Università di Urbino*

Bernardo Nardi

*Docente di Psicopatologia
Università di Ancona*

Giorgio Pannelli

*Psichiatra Psicoterapeuta
Istituto Psicoterapia Post-Razionalista*

Mario A. Reda

*Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica
Università di Siena*

Bernardo Nardi

Premessa

Gabriele Borsetti

Introduzione

Franco Angeleri

Adolescenza e dep

Mario A. Reda

*La maturazione aa
cognitiva sistemico*

Furio Lambruschi

Processi di attacca

Bernardo Nardi

*Approccio cognitiv
depressione nell'a*

Giorgio Pannelli

*La psicoterapia co
nei disturbi depres*

Marco Brandoni

*Psicoterapia cogni
farmacoterapico n*

INDICE

Bernardo Nardi <i>Premessa</i>	pag. 7
Gabriele Borsetti <i>Introduzione</i>	pag. 9
Franco Angeleri <i>Adolescenza e depressione</i>	pag. 11
Mario A. Reda <i>La maturazione adolescenziale nell'epistemologia cognitiva sistemico processuale</i>	pag. 13
Furio Lambruschi <i>Processi di attaccamento e depressione</i>	pag. 16
Bernardo Nardi <i>Approccio cognitivo sistemico processuale alla depressione nell'adolescenza</i>	pag. 30
Giorgio Pannelli <i>La psicoterapia cognitiva sistemico processuale nei disturbi depressivi adolescenziali</i>	pag. 54
Marco Brandoni <i>Psicoterapia cognitiva sistemico processuale e trattamento farmacoterapico nella depressione adolescenziale</i>	pag. 68

Bernardo Nardi

PREMESSA

La depressione rappresenta la zona d'ombra del disagio adolescenziale: meno eclatante, meno dirompente, meno visibile rispetto ad altre manifestazioni di disagio giovanile ma, proprio per questi motivi, ancora più rilevante e critica nei suoi effetti e nei suoi possibili sviluppi.

Questo Convegno intende fornire un contributo conoscitivo sull'argomento, per distinguere ciò che è fisiologico e ciò che è patologico e per prospettare, attraverso gli strumenti conoscitivi e d'intervento del cognitivismo sistemico processuale, criteri efficaci sia a livello preventivo che terapeutico.

La depressione adolescenziale riveste un'importanza critica sia sul piano quantitativo (la sua incidenza clinica viene valutata tra il 3% e il 13% ma è sicuramente sottostimata), sia, soprattutto, su quello qualitativo.

Da un lato, nelle sue manifestazioni "fisiologiche", essa appare fondamentale nella maturazione della personalità e nell'acquisizione di un senso di sé e del mondo sempre più duttile ed articolato, con scenari adattivi di ciò che è reale e ciò che è sogno, di ciò che appare conseguibile e di ciò che non appare tale.

Dall'altro lato, nelle sue manifestazioni "patologiche" (ed esiste un continuum tra "normalità" e "patologia"), la depressione adolescenziale può interferire, fino ad arrestarle, talora in modo brusco e drammatico, con le potenzialità evolutive individuali, producendo pesanti ripercussioni sull'intero ciclo di vita successivo, sotto il profilo della realizzazione professionale, di quella affettiva e, più in generale, della progettualità.

A questo proposito, i tradizionali approcci alla depressione adolescenziale risultano ancora in ampia misura insoddisfacenti, sia sul piano nosografico che su quello terapeutico, ed appaiono, oltre tutto, non adeguatamente "calibrati" per le complesse dinamiche evolutive tipiche dei soggetti nel periodo adolescenziale.

I nuovi scenari della ricerca cognitiva, oggetto di una specifica messa a fuoco in occasione del primo Convegno dedicato all'area dell'Adolescentologia organizzato dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Ancona del quale questo volume raccoglie gli Atti, consentono di muovere dagli specifici contributi dell'approccio costruttivista sistemico processuale per fare il punto sui progressi

compiuti nella comprensione e nel trattamento della depressione adolescenziale.

L'approccio cognitivista, nei suoi più moderni orizzonti sistemico processuali e costruttivisti, ha infatti consentito notevoli avanzamenti sia sul piano epistemologico che su quello della pratica clinica, e sta aprendo nuove ulteriori prospettive.

Il contributo di Mario A. Reda offre, al riguardo, un ampio ed articolato aggiornamento sui progressi compiuti dalla ricerca cognitiva e sulla loro influenza non solo nel campo strettamente psicoterapeutico, ma anche per gli spunti forniti alla comprensione del funzionamento psichico e del comportamento umano.

Partendo dalle dinamiche evolutive finalizzate nel ciclo di vita individuale alla costruzione ed al mantenimento della coerenza interna, il contributo di Furio Lambruschi analizza l'importanza ed il valore adattivo della relazione di attaccamento, di cui alcune specifiche modalità sono significativamente correlate al rischio di insorgenza di episodi depressivi.

I nessi tra organizzazione di significato personale ed il "sintomo" depressivo (che trovano ampio spazio nel contributo da me presentato), hanno consentito al nostro gruppo di prospettare un nuovo inquadramento nosografico della depressione adolescenziale, che permette di mettere a fuoco i peculiari assetti emozionali e cognitivi sottesi dai sintomi depressivi e di operare interventi mirati sulle modalità soggettive disturbanti di assimilare l'esperienza.

Le nuove conoscenze cognitive hanno di conseguenza consentito la messa a punto di più duttili, mirati e specifici protocolli di intervento, migliorando ulteriormente una percentuale di efficacia stimata già per i tradizionali approcci cognitivo-comportamentali al di sopra del 65% dei casi trattati. In proposito, il contributo di Giorgio Pannelli offre una sintesi critica di come la psicoterapia cognitiva sistemico processuale possa essere utilizzata nel trattamento delle depressioni nell'età adolescenziale, mentre nel contributo di Marco Brandoni vengono presi in esame modalità, utilità e limiti dell'associazione tra psicoterapia cognitiva e farmacoterapia negli adolescenti depressi.

Il programma de
significativo contr
nella sua peculiar
depressive.
Il vissuto di perdi
del desiderio esib
onnipotenti, di fro
intrinseca tra vale
un evento fisiolog
in una trappola da
immediate, di soff
Negli ultimi dieci
epidemiologica e
metodologie ed i
ambito biologico
sistemico process
di recuperare e val
avevano già sotto
Neuroscienze.
La psicoterapia c
integrare in ambio
perché basati su p
primari della conc
Ci troviamo di fr
posto le pulsioni
tra psiche e bios: l
riduzionistico e de
la basilarità biolo
Analogamente l'a
psichica del sogge
sono le condizioni
vivere (Bara. 1996
Questo processo d

Gabriele Borsetti

INTRODUZIONE

Il programma del Convegno, particolarmente ricco, ha inteso portare un significativo contributo alla conoscenza del complesso fenomeno adolescenziale, nella sua peculiarità evolutiva, con specifico riferimento alle dinamiche depressive.

Il vissuto di perdita, di lutto, di ferita narcisistica di fronte alla insoddisfazione del desiderio esibizionistico, al fallimento di velleitarie spinte autonomistiche e onnipotenti, di fronte al crollo immaginale delle figure parentali, alla conflittualità intrinseca tra valenze di ribellione/trasgressione e di dipendenza, sembra essere un evento fisiologico, naturale di un percorso maturativo, ma può trasformarsi in una trappola da cui l'adolescente non riesce ad uscire con gravi conseguenze immediate, di sofferenza, e future, di costruzione della personalità.

Negli ultimi dieci anni si sono fatti molti passi avanti nell'ambito della ricerca epidemiologica e clinica delle alterazioni della sfera timica adolescenziale. Le metodologie ed i relativi dati si inseriscono in consolidati filoni di ricerca sia in ambito biologico che psicoterapico; ritengo però che la psicoterapia cognitiva sistemico processuale possa dare un particolare contributo proprio per le capacità di recuperare e valorizzare in ambito scientifico alcuni aspetti che altre discipline avevano già sottolineato, ma non adeguatamente supportato e collegato alle Neuroscienze.

La psicoterapia cognitiva sistemico processuale permette di valorizzare ed integrare in ambito scientifico le emozioni, gli affetti ritenuti categorie biologiche, perché basati su precise organizzazioni neuronali, e riconosciuti quali processi primari della conoscenza e dello sviluppo (Chiari e Nuzzo, 1996).

Ci troviamo di fronte ad un capovolgimento dell'ottica freudiana che aveva posto le pulsioni alla base della metapsicologia, quali anello di congiunzione tra psiche e bios: le recenti ricerche neurobiologiche, non più orientate in senso riduzionistico e deterministico ma verso la complessità organizzata, confermano la basilarità biologica degli affetti (Modell, 1997; Bordi, 1997).

Analogamente l'aspetto processuale viene sottolineato nell'organizzazione psichica del soggetto, strutturata attorno ad eventi in primo luogo emotivi quali sono le condizioni di attaccamento-accudimento in cui il soggetto si è trovato a vivere (Bara, 1996).

Questo processo dinamico, studiato dalle scienze etologiche ed evoluzioniste,

tipico degli animali sociali, acquista un più complesso significato nell'uomo trascendendo la finalità del mantenimento della vicinanza per divenire fattore di strutturazione dell'assetto ideo-affettivo della personalità (Nardi, 1998).

Coerentemente anche gli interventi psicoterapici sono basati sulla relazione terapeuta-paziente, sottesa da una corrente affettiva incondizionata (Bara, 1996). La complessità dell'interazione madre-bambino, oltre a definire strutture prototipiche predittive dell'andamento relazionale, si riverbera sull'intersoggettività del rapporto terapeutico.

Come nell'esperienza quotidiana, così nella pratica clinica gli aspetti emotivi e cognitivi si influenzano costantemente in una interazione reciproca (Semerari, 1996).

La chiave di lettura di quanto avviene nella fase adolescenziale, in senso fisiologico e psicopatologico, nonché le prospettive di intervento psicoterapico ed integrato si collocano in un sistema epistemologico evolutivo (Guidano, 1992), e come lo definisce Reda, in un'epistemologia della complessità, che mette in relazione ed organizza i dati delle scienze cognitive, biologiche ed evolutive.

L'adolescenza è ca
l'identità sessuale
sociale. Affrontar
dell'esistenza è ca
vista clinico, in pa
Il primo è legato
comportamento a
vissuti di vanità d
parte del processo
scelte subisce nec
tematica depressiv
D'altra parte. le
subdolamente e co
richiamo alle diffi
evoluzione psichic
Duplice è il riscin
"malattia" o "psic
che fanno parte de
espressione di "cre
Si può aggiungere
modalità della vin
Abbiamo accenna
adolescenziale. c
recentemente si
all'inquadratura
nell'ambito di que
antitetiche: una v
legati alla sua infan
nell'adolescenza d
che si fonda sulla s
dell'adulto. Tal m
alcuni disturbi psic
a quelli che esord

ADOLESCENZA E DEPRESSIONE

L'adolescenza è caratterizzata da profonde modificazioni che investono il corpo, l'identità sessuale, le caratteristiche psichiche, le modalità cognitive ed il ruolo sociale. Affrontare il problema della depressione in questa fase di passaggio dell'esistenza è compito assai arduo, ma estremamente rilevante dal punto di vista clinico, in particolare per alcuni motivi che mi preme sottolineare.

Il primo è legato alle difficoltà diagnostiche. Molti tratti del pensiero e del comportamento adolescenziale richiamano la depressione, ad esempio alcuni vissuti di vanità dell'esistenza, di disinteresse, di noia, di tristezza. Essi sono parte del processo evolutivo adolescenziale in cui il soggetto operando delle scelte subisce necessariamente dei vissuti di perdita, i quali rimandano ad una tematica depressiva, ad una sorta di "lutto".

D'altra parte, le alterazioni del tono dell'umore spesso si esprimono subdolamente e con peculiarità proprie di questa stagione della vita. Di qui il richiamo alle difficoltà di percepire precocemente uno spartiacque tra fisiologica evoluzione psichica e psicopatologia.

Duplici è il rischio che ci si trova di fronte: sottovalutare una condizione di "malattia" o "psichiatrizzare" sentimenti, emozioni, pensieri e comportamenti che fanno parte della condizione umana ed hanno, anzi, valenza positiva, perché espressione di "crescita", di riflessione e talvolta di esperienza elegiaca e creativa. Si può aggiungere che alla "malattia" si deve pensare anche quando queste modalità della vita psichica dell'adolescente sono affatto assenti.

Abbiamo accennato alla peculiarità dell'espressione clinica della depressione adolescenziale, ed a questo riguardo si deve segnalare come soltanto recentemente si sia creato uno spazio autonomo alla psicopatologia ed all'inquadramento nosografico dei disturbi mentali dell'adolescenza. Infatti, nell'ambito di quest'ultimo, fino a pochi anni or sono, erano forti due tendenze antitetiche: una, volta a considerare i disturbi mentali dell'adolescente come legati alla sua infanzia, con una lettura prevalentemente psicoanalitica che vede nell'adolescenza il periodo in cui vengono rivissute dinamiche infantili; l'altra che si fonda sulla sostanziale equivalenza dei disturbi dell'adolescente e di quelli dell'adulto. Tali tendenze sono paradigmaticamente affermate nel DSM, dove alcuni disturbi psichiatrici ad esordio adolescenziale vengono classificati insieme a quelli che esordiscono nell'infanzia e nella fanciullezza; d'altro canto altre

sindromi, ed in particolare i disturbi dell'umore, rientrano nella patologia dell'adulto.

Un terzo motivo è legato all'importanza che un riconoscimento precoce è necessario per un adeguato intervento terapeutico, volto non solo al disagio attuale dell'adolescente ma anche alla prevenzione di un danno al suo sviluppo esistenziale futuro.

Sulla base della mia esperienza clinica mi preme inoltre segnalare come i limiti temporali dell'adolescenza si stiano ampliando nel senso sia di una maggiore precocità e, soprattutto, di un avanzamento dell'età, con giovani che presentano problematiche adolescenziali in età ormai adulta, fenomeno che in parte è riconducibile alle modificazioni sociali realizzatesi negli ultimi decenni. Pertanto la popolazione "adolescente" si sta relativamente ampliando sul terreno della psicologia e della psichiatria.

Anche per quest'ultima ragione, non si può rinunciare ad una pratica clinica e di ricerca nel campo dell'adolescenza, che coinvolga più approcci in un contesto il più possibile multidisciplinare, campo che dovrebbe essere appunto dotato di una sua autonomia e specificità. Ecco dunque che in questo contesto non si può che apprezzare lo sforzo dell'approccio cognitivista, in particolare nella sua recente evoluzione in termini di cognitivismo sistemico processuale, alla ricerca ed all'assistenza rivolte al disagio adolescenziale.

In particolare il cognitivismo sistemico processuale, considerando l'individuo come sistema complesso dotato di una potenzialità evolutiva in grado di farlo adattare progressivamente nel corso della sua esistenza, ben si allinea con la necessità di agire sull'adolescente sulla base del suo modo attuale (in effetti del tutto specifico, come sopra accennato) di vivere la propria condizione di passaggio tra infanzia ed età adulta, ovvero del suo essere né bambino né adulto. Il Convegno organizzato dal Dr. Bernardo Nardi è mirato appunto all'analisi e divulgazione dei contributi dell'approccio sistemico processuale alla depressione adolescenziale procedendo dall'inquadramento del funzionamento psichico e comportamentale dell'adolescente nell'ambito dell'epistemologia cognitiva sistemico processuale, agli approcci terapeutici. A questo proposito, verranno sottolineati l'utilità ed i limiti di un approccio non solo farmacologico ma anche e soprattutto psicoterapico nella cura dei disturbi dell'umore ad esordio adolescenziale.

L'adolescenza è la
guenza delle mod
Nell'uomo si tend
dalla pubertà fino
no ai 18-20 anni.
Da un punto di vi
zano tutti gli indi
un'esperienza uni
Innanzitutto il no
incontro a notevol
con la pubertà se
cerebrali in fase d
A livello biochim
si nota un improv
un certo periodo
Sono questi i seg
sviluppo che, osse

- 1) lo sviluppo or
tali, vengono c
attraverso una
tensità e la pr
all'apertura de
- 2) lo sviluppo de
comunicazioni
Una delle con
denza, che div
ire significati
potenzialità pr
mente i divers
si trova a con
una attività m
e si mantiene
poi allinearsi

Mario A. Reda

LA MATURAZIONE ADOLESCENZIALE NELL'EPISTEMOLOGIA COGNITIVA SISTEMICO-PROCESSUALE

L'adolescenza è la fase finale di sviluppo autopoietico del corpo e di conseguenza delle modalità di conoscenza degli esseri viventi.

Nell'uomo si tende a definire adolescenza il periodo che va dai 9-10 anni e cioè dalla pubertà fino al completamento della crescita corporea, che avviene intorno ai 18-20 anni.

Da un punto di vista etobiologico vi sono una serie di invarianti che caratterizzano tutti gli individui della nostra specie e che rendono l'adolescenza come un'esperienza universale (Kiell, 1969).

Innanzitutto il nostro corpo effettua in questo periodo un grande sviluppo e va incontro a notevoli e rapide modificazioni. Lo sviluppo dei sistemi ormonali, con la pubertà sessuale, si accompagna ad una crescita delle reti sinaptiche cerebrali in fase di notevole ridondanza.

A livello biochimico troviamo un aumento di produzione di serotonina mentre si nota un improvviso recupero di attività dell'emisfero destro che prende per un certo periodo una prevalenza sul sinistro.

Sono questi i segnali di un'intensa attività di un sistema complesso in via di sviluppo che, osservato dall'interno, assume alcune caratteristiche fondamentali:

- 1) lo sviluppo ormonale provoca l'insorgenza di sensazioni nuove che, come tali, vengono definite di forte intensità in quanto non sono ancora modulabili attraverso una loro "comprensione". L'attività serotoninergica conferma l'intensità e la produttività ancora poco vincolata con una probabile tendenza all'apertura del filtro reticolare.
- 2) lo sviluppo della trama corticale sinaptica provoca un notevole aumento di comunicazione fra le diverse componenti del Sistema Nervoso Centrale. Una delle conseguenze è "l'emergenza del pensiero astratto" e cioè la tendenza, che diviene naturale, a "pensare il pensiero" e quindi a poter attribuire significati differenti alla medesima esperienza. All'inizio questa nuova potenzialità provoca una sorta di confusione in quanto si colgono gradualmente i diversi punti di lettura e le diverse opinioni delle persone con cui ci si trova a confronto. La prevalenza emisferica destra conferma l'aumento di una attività analogica e immaginativa rispetto ad una analitica e verbalizzante e si mantiene nella prima fase adolescenziale, dai 9 anni fino ai 14 circa per poi allinearsi all'attività emisferica sinistra.

A livello descrittivo si definiscono sensazioni di "solitudine epistemologica" (Chandler, 1975) nel momento in cui l'adolescente non può sottrarsi all'esigenza di distacco dagli schemi preesistenti per procedere nell'esplorazione cognitiva di schemi ideo affettivi nuovi e che sembrano appartenere solo a lui. L'unicità delle nuove teorie conferisce all'inizio un senso di solitudine difficilmente condivisibile se non con gli amici più intimi. Del resto nella prima fase dell'adolescenza si vive un'esperienza soggettiva di scissione dell'io, il cosiddetto "io diviso adolescenziale" (Broughton, 1981) poiché si avverte la presenza di una parte di sé con le caratteristiche della fase precedente della fanciullezza, sentite come "falso sé" da esibire in famiglia per tenere nascosto il "vero sé" così personale da non voler essere scoperto o limitato e reinserito in regole passate. La possibilità di spaziare consentita all'adolescente dal pensiero formale astratto provoca il rischio di perdita del senso di unicità, dell'identità personale e della propria affettività quale si era venuta gradualmente a strutturare nei periodi precedenti: ci si ritrova in una situazione definita di "vertigine della relatività" (Berger e Luckman, 1966) che ben esprime la coesistenza di entusiasmi e timori.

In questo periodo l'adolescente si trova a compiere una sorta di doppio passaggio: ad una prima fase di "disorganizzazione progressiva" dalle modalità che costituivano il senso di identità nella fase di vita precedente, fa seguito una fase di riorganizzazione graduale nel rispetto dello stile di personalità acquisito in precedenza ma anche della spinta all'individualismo che mette in discussione le regole e le convinzioni passate. Ci si potrà anche ritrovare con cambiamenti apparentemente relativi ma l'importante è che alla fine di questo periodo ci si sia in qualche modo "appropriati" di atteggiamenti verso di sé e verso il mondo che conferiscono un nuovo senso di unicità più o meno condivisibile con le altre persone.

Del resto questo delicato passaggio è indispensabile per un naturale distacco mentale dalla famiglia di origine che consente ed ha consentito alla nostra specie di poter comunicare e avere scambi affettivo-emotivi con individui, diversi per mentalità e modi di intendere la vita, che altrimenti sarebbero inavvicinabili e con cui diviene invece stimolante confrontarsi e sviluppare nuove possibili conoscenze. Ricordiamo a proposito il periodo delle "cotte adolescenziali" (Reda, 1986) che segnala l'impellente spinta alla ricerca di "attaccamenti alternativi" a quelli dei propri familiari che si intende mantenere segreti per privilegiare un senso di intimità alla base della propria individualizzazione ed autonomia ideo-affettiva.

Di fronte a queste modificazioni di atteggiamento, i rapporti reciproci tra i familiari e l'adolescente vengono naturalmente perturbati. Dal già difficile ruolo di "specchio" dei sentimenti di un figlio fino all'età di 8-9 anni, sono gli stessi genitori a dover rimettere in discussione i loro valori e i loro significati rispecchiandosi nel figlio adolescente che con i propri comportamenti innesca

una serie di prove.
Il processo di non
narrativa in termini
abbiamo proceduto
si che la propria
do prospettive
Da questo deriva
idee. Abbiamo ve
loro atteggiamenti
zione.

Ovviamente ques
mediante una
simulare rischio di
gono a rischi fin
Sono spesso ques
compresi e più di
sivi e quel senso
ricordano.

Il compito di una
di aiuto di un adde
d'animo e le parti
potrà facilitare m
soffermarsi sui pr
cari.

BIBLIOGRAFIA

- Kell N. The Univers
Reda M.A. Sistem
1986.
Berger P. Luckman
Broughton J.M. The
Chandler M. J. J. J.
13, 17-31, 1975.

una serie di provocatorie "messe alla prova".

Il processo di riorganizzazione adolescenziale si compie mediante una rilettura narrativa in termini autoriferiti delle esperienze emotive nuove ed intense di cui abbiamo precedentemente parlato. Infatti l'emergenza del pensiero astratto fa sì che la propria realtà divenga autointerpretabile potendola inquadrare secondo prospettive diverse.

Da questo deriva una naturale e creativa messa in discussione delle proprie idee. Abbiamo visto le regole di reciprocità con i genitori che, modificando il loro atteggiamento, possono facilitare o rendere più complicata questa evoluzione.

Ovviamente questo processo di "ricentramento" su di sé di esperienze nuove mediante una lettura normativa personalizzata è abbastanza delicato e può costituire rischio di scompensi o ingenerare confusioni o rigidità che predispongono a rischi futuri.

Sono spesso queste difficoltà di fronte a un compito nuovo in cui non ci si sente compresi e più di tanto non si vuole esserlo, a provocare atteggiamenti depressivi e quel senso di solitudine epistemologica che abbiamo precedentemente ricordato.

Il compito di uno psicoterapeuta che si venga a trovare di fronte ad una richiesta di aiuto di un adolescente è quello di riconoscere e poter condividere i suoi stati d'animo e le particolarità che caratterizzano questa fase della vita. Solo così potrà facilitare una presa di consapevolezza che consenta ad un adolescente di soffermarsi sui propri sentimenti per poter "trovare" i propri personali significati.

BIBLIOGRAFIA

Kiell N.: *The Universal Experience of Adolescence*. University of London Press, London, 1969.

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

Berger P., Luckman T.: *The Social Construction of Reality*. Doubleday, New York, 1966.

Broughton J.M.: *The divided Self in adolescence*. *Human Development*, 24, 12-32., 1981.

Chandler M.J.: *Relativism and the problem of epistemological loneliness*. *Human Development*, 18, 171-80, 1975.

PROCESSI DI ATTACCAMENTO E DEPRESSIONE

L'approccio clinico cognitivista, nei suoi più recenti sviluppi costruttivisti e sistemico-processuali, descrive l'essere umano, i processi psicopatologici e i meccanismi di cambiamento psicoterapeutico, attribuendo grande rilievo a due aspetti fondamentali:

- In primo luogo, agli aspetti *organizzativi* del sistema conoscitivo umano. L'assessment e l'intervento sono orientati non più su singole convinzioni, regole o schemi cognitivi distorti e disfunzionali, come accadeva nel primo cognitivismo di marca razionalista (Ellis, 1962; Beck, 1976). L'essere umano è ora inteso come sistema conoscitivo complesso che incessantemente costruisce e dà ordine alla realtà che lo circonda, insieme gerarchicamente organizzato di schemi cognitivo-affettivi interpersonali codificati entro livelli e sistemi di memoria diversi.
- In secondo luogo l'enfasi è posta sugli aspetti *evolutivi* della conoscenza umana. In un'ottica evolutiva la comprensione del comportamento umano (sia nelle sue manifestazioni adattative che psicopatologiche) è possibile *solo attraverso la ricostruzione della continuità e coerenza dei suoi processi di sviluppo*, di come tali processi diano luogo a specifiche organizzazioni conoscitive individuali, e di come tali organizzazioni, se sbilanciate, possano produrre lungo il ciclo di vita individuale quei particolari quadri psicopatologici che definiamo disturbi clinici (Guidano, 1988, 1991). L'uomo è concepito come "animale-parlante", che vive e si nutre incessantemente di un contesto intersoggettivo. Gli esseri umani riescono ad acquisire una conoscenza di sé solo attraverso l'interazione con gli altri significativi del proprio ambiente: il comportamento delle figure genitoriali nei propri confronti costituisce per il bambino la matrice dalla quale egli comincia a percepire e ad estrarre alcune invarianti relative al proprio senso di sé; rappresenta cioè lo specchio in cui impara a riconoscersi, attraverso la coscienza che gli altri hanno di lui. E questo sé emergente diviene ricorsivamente il regolatore dell'assimilazione di tutta l'esperienza futura (presupposto costruttivista).

Se pensiamo al Sé come all'emergenza attiva di un senso di *unicità* e di *individualità* personale, di *unitarietà* e di *continuità* (permanenza) nel tempo (cioè il sentirsi, il riconoscersi come portatore di attributi specifici e personali che mi differenziano da ogni altro individuo, attributi tra loro coerenti e permanenti nel

tempo a fronte de
di queste caratter
dotata appunto di
costanza (è proprio
delle ridondanze
nuirne il senso di
interdipendenza m
spettiva, è stata gr
di strutture predet
(ottica manirativa
transazionali, stru
(Sé, Sé con l'Altri
di ogni essere um
(pulsionali) ma e
Disponiamo oram
bili itinerari di sv
in una prospettiva
sviluppo in termi
fasi che tale appro
processi evolutivi
di sensibilità, o di
col proprio piccol
e con modalità di
Questo nuovo "sp
della sofferenza e
diverse manifest
l'adulto (Lambrusc
In quest'ottica i s
comportamenti ab
co è operante, con
determinismo am
origine sessuale o
diventa il bisogno
uno stato minimo
sentimento di sé s
imparato a ricerca
gami affettivi, nel
renza dei propri p
descrittivo definit
vi ritrovano un se
affettiva se li colla
le figure significan

tempo a fronte della mutevolezza degli eventi ambientali), allora, un Sé dotato di queste caratteristiche può emergere unicamente all'interno di una relazione dotata appunto di analoghe caratteristiche: unicità ed esclusività, unitarietà e costanza (è proprio questa stabilità nel tempo che consente al bambino di estrarre dalle ridondanze e invarianze negli schemi affettivo motori che vanno a costituirne il senso di sé). E' questo che intendiamo quando parliamo di stretta *interdipendenza tra attaccamento e Sé*. La mente umana stessa, in questa prospettiva, è stata gradualmente ridefinita passando da una descrizione in termini di strutture predeterminate emergenti dall'interno di un organismo individuale (ottica maturativa fisiologica interna), ad una descrizione basata su modelli transazionali, strutture interne derivate da un campo interattivo interpersonale (Sé, Sé con l'Altro). Il bisogno di relazione diventa quindi il bisogno primario di ogni essere umano: non più *mezzo* volto al raggiungimento di altri fini (pulsionali), ma essa stessa il *fine*.

Disponiamo oramai di una descrizione particolarmente approfondita dei possibili *itinerari di sviluppo* percorribili da un tale sistema conoscitivo. Il fatto che in una prospettiva cognitivo-evolutiva venga privilegiata una concezione dello sviluppo in termini di "*itinerari*" piuttosto che di "*fasi*", è sintomatico dell'enfasi che tale approccio pone sulla continuità e sulla coerenza nel tempo di tali processi evolutivi, e quindi del Sé. Una madre con scarse potenzialità in termini di sensibilità, o distanziante, o discontinua o intrusiva, lo sarà nella relazione col proprio piccolo in fase orale, così come in fase anale o fallica, ecc, in forma e con modalità diverse. E' questo che fa la patologia o la salute.

Questo nuovo "spessore evolutivo" ha aperto ricche possibilità interpretative della sofferenza emotiva, costituendosi come potente *trama esplicativa* delle diverse manifestazioni psicopatologiche del bambino, dell'adolescente e dell'adulto (Lambruschi e Ciotti, 1995; Lambruschi, 1996).

In quest'ottica i *sintomi*, in ogni fase del ciclo di vita, sono visti non già come comportamenti abnormi acquisiti tramite meccanismi di apprendimento classico e operante (come presumeva il paradigma comportamentista nel suo rigido determinismo ambientale), né come manifestazioni di conflitti pulsionali di origine sessuale o aggressiva: ora la motivazione centrale di ogni essere umano diventa il *bisogno di relazione*, la necessità, lungo tutto il ciclo di vita, di tenere uno stato minimo di relazione con l'altro significativo, come nutrimento ad un sentimento di sé sufficientemente stabile e coeso nel tempo. E' qui che abbiamo imparato a ricercare la salute e la patologia psichica: nelle vicissitudini dei legami affettivi, nella possibilità di conservare nel tempo la continuità e la coerenza dei propri processi di sviluppo e quindi del Sé. Quei segni che sul piano descrittivo definiamo come "sintomi" o "disturbi" comportamentali ed emotivi, ritrovano un senso preciso, *che è sempre un senso di marca inesorabilmente affettiva*, se li collochiamo all'interno dei legami d'attaccamento strutturati con le figure significative del proprio ambiente: ci appaiono come *modalità specifi-*

che volte al mantenimento dello stato di relazione con le proprie figure d'attaccamento e quindi di una adeguata stabilità del senso di sé che in tali relazioni prende forma.

Le ipotesi teoriche e la ricerca empirica in questo ambito procedono con fervore, ma, occorre ammetterlo, anche con notevoli difficoltà. Non è facile evidenziare correlazioni specifiche e chiare tra diagnosi descrittive, da un lato, e qualità dei legami d'attaccamento dall'altro. Certamente, gran parte degli studi mostra una significativa associazione tra configurazioni insicure e generale livello di psicopatologia. Ma tali forme insicure d'attaccamento sono ampiamente rintracciabili anche in popolazioni non cliniche. E' possibile, come affermano alcuni ricercatori, che le classificazioni d'attaccamento, nel bambino come nell'adulto, siano più significativamente in rapporto, non già con specifiche diagnosi cliniche, ma con altre misure clinicamente rilevanti del comportamento interpersonale, aspettative di ruolo, strutture emozionali ripetitive, insomma costrutti personologici più globali. C'è bisogno inoltre di ulteriori studi longitudinali che leghino l'attaccamento nella prima infanzia con le diverse uscite psicopatologiche nell'età evolutiva e nell'adulto.

Ma, al di là di questi problemi di natura metodologica riguardo alla ricerca in questo campo, ritengo che *il problema principale sia ancora quello di continuare a pensare in forma un po' ingenua e poco complessa ai rapporti tra psicopatologia e attaccamento, ritenendo di poter tracciare correlazioni più o meno dirette e unilineari tra pattern o sottopattern d'attaccamento, da un lato, e sindromi psicopatologiche dall'altro*. In realtà la psicopatologia è qualcosa di assai più articolato e complesso, che merita una cornice esplicativa altrettanto articolata e rispettosa di tale complessità.

Propongo a questo riguardo alcune linee di riflessione per una lettura *esplicativa non riduttiva* della psicopatologia:

- *Livelli diversi di flessibilità e d'integrazione dello stesso pattern d'attaccamento possono esprimersi con uscite psicopatologiche diverse* (anche molto diverse come forma e come gravità): in altri termini, in linea con una visione sistemico processuale della psicopatologia, pattern o sottopattern d'attaccamento andrebbero visti come dimensioni di significato personale elaborabili su livelli diversi di flessibilità, astrazione, integrazione.
- *Stesse categorie descrittive possono essere sostanziate da itinerari di sviluppo e organizzazioni del sé diverse* (a volte anche radicalmente diverse). Ritengo addirittura che non sia utile pensare alle varie categorie nosografiche della psichiatria dell'infanzia 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.

Tutto ciò, ovviamente vale anche (e forse a maggior ragione), per quell'insieme variegato e complesso di quadri psicopatologici che rientrano nell'area dei *disturbi depressivi*.

Le prime ricerche (Brown, Harris, 1977) sulle intuizioni di *rienze di perdita* relativa (grave e evolutiva di soggette maggiore vulnerabilità con eventi particolari). Tirril Harris e Ann un gruppo di donne quote di depressione controllo di donne varono inoltre una coce si connetteva una elevata percentuale del partner assoluto qui alla depressione. Ma il dato più importante senso di disperazione un lutto vissuto a ribellione e di protesta. Lo stesso Bowlby so della morte di s prossimi dicevano queste storie!'. Se connotati da forti sul bambino) si d avanti nella vita. cronica in cui la abbandonata, come Dunque, non è tanto depressivo, quanto gna e la segue. e c sono offerte al pic essa connessi (nel calda e supportando nostre emozioni p configurarsi come un'altra mente e c noi, e magari ci a stiamo provando. E ciò vale per il h

Le prime ricerche, ormai classiche, nell'ambito della teoria dell'attaccamento (Brown, Harris, 1978; Tennant, 1988) misero in luce in primo luogo (a partire dalle intuizioni di Spitz, Robertson e Bowlby) la forte incidenza di precoci *esperienze di perdita* assoluta (lutti precoci, in particolare della figura materna) o relativa (grave e prolungata separazione e mancanza di cure), nella storia evolutiva di soggetti che mostravano nell'attuale depressione clinica, o comunque maggiore vulnerabilità alla depressione allorchè si ritrovino a confrontarsi con eventi particolarmente critici della vita adulta.

Tirril Harris e Antonia Bifulco (1986, 1987, 1991) studiarono a Walthamstow un gruppo di donne che avevano perso la madre durante l'infanzia: vi trovarono quote di depressione significativamente maggiori (una su tre) rispetto a un gruppo controllo di donne che non avevano subito alcuna perdita (una su dieci). Osservarono inoltre una interessante catena causale: in queste donne la perdita precoce si connetteva ad una significativa mancanza di cure, in adolescenza con una elevata percentuale di gravidanze precedenti il matrimonio, e ad una scelta del partner assolutamente sbagliata, poco supportante o addirittura assente: di qui alla depressione clinica.

Ma il dato più importante sottolineato sperimentalmente da questi autori è il senso di disperazione e di impotenza che in queste donne si associava al lutto, un lutto vissuto assolutamente senza possibilità di aiuto, senza possibilità di ribellione e di protesta, senza possibilità di soffrire il lutto e di essere confortati. Lo stesso Bowlby racconta di un suo piccolo paziente al quale, nel giorno stesso della morte di sua madre avvenuta quando lui aveva nove anni, i parenti più prossimi dicevano: "...insomma, vai a giocare nella tua stanza senza fare tutte queste storie!". 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 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 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.

E ciò vale per il lutto come per ogni altro "evento traumatico". La prospettiva

psicopatologica che emerge da questa ottica cognitivo-evolutiva costruttivista non è una "psicopatologia da trauma": qualunque evento traumatico assumerà o meno un rilievo realmente psicopatologico, in funzione dell'assetto relazionale che incontra: sono le insidiose e plasmani microinterazioni quotidiane che determinano la patologia più che gli eventi puntuali se pur profondamente dolorosi. Ovviamente anche il fattore "età" a cui si è subita la perdita, assume una sua rilevanza. Sempre Harris e Bifulco nel loro gruppo osservarono che una perdita della madre subita entro i primi *dieci* anni di età significativamente predispondeva alla depressione. Tuttavia tale relazione aumentava, cioè la depressione era molto più frequente rispetto ai controlli tra le donne che avevano sperimentato la perdita assoluta (non quella relativa) nei primi *sei* anni di vita (un'età in cui il bambino non dispone di sufficienti competenze cognitive emotive e sociali atte a facilitarne l'elaborazione). Anche Brown e Harris (1978) osservarono che quanto più è precoce e improvvisa la perdita, tanto maggiore è la possibilità di uno sviluppo depressivo; e inoltre tanto maggiore è la possibilità che ne emerga una depressione "psicotica" piuttosto che nevrotica.

Alcuni psicoanalisti (cfr. Pedder, 1982) hanno messo in relazione questo elemento con la nozione kleiniana di "posizione depressiva" (sappiamo quanto M. Klein, nella sua relativa ignoranza del bambino osservato, sia incorsa in errore nell'attribuire all'infante competenze rappresentative difficilmente rinvenibili in fase senso-motoria o affettivo-motoria). Dal nostro punto di vista ci limiteremo semplicemente ad osservare che se un bambino ha già avuto il tempo e la possibilità nei suoi primi anni di vita di strutturare modelli operativi interni di sé e dell'altro positivi e coesi al proprio interno, ciò potrà consentirgli una sana (seppur dolorosa) integrazione di ogni successivo evento perturbante, con una maggiore e più articolata capacità di riconoscere e di esprimere i sentimenti ad esso connessi.

Dunque, più che l'evento in sé, è la *qualità dell'assetto relazionale* prima, durante e dopo l'evento stesso. E a tal riguardo, il cognitivismo clinico (Guidano e Liotti, 1983; Reda, 1986; Guidano 1988, 1991; Bara, 1996), ma anche molta della ricerca empirica in questo ambito (Emde, Gaensbauer e Harmon, 1982; Gaensbauer e Harmon, 1982; Emde e Easterbrooks, 1985; Garber Choen et al, 1985), ha dato grande rilievo ai pattern d'attaccamento cosiddetti "*evitanti*", quali assetti relazionali predisponenti alla depressione. La descrizione della "*organizzazione cognitiva depressiva*" è appunto centrata sull'analisi di tali pattern familiari caratterizzati da figure primarie d'attaccamento che mostrano un'ampia e costante mancanza di accessibilità, disponibilità, sensibilità ai segnali di disagio del bambino e alle sue richieste di conforto. Si tratta, in genere, della madre con uno stato mentale rispetto agli attaccamenti di tipo "dismissing", distanziante, accantonante rispetto al valore delle relazioni e degli affetti (Main e Goldwin, 1989). In alcuni casi potrà essere ritirata e depressa, incapace di tenere il bambino e i suoi bisogni nel proprio campo di coscienza, di leggerne e

di interpretarne
mente intrusiva e
caso o nell'altro.
rarsi nel bambino
to e dell'intimità
generalizzato dell
zione all'ambien
mondo preprogr
d'attaccamento in
mente, che abbi
gno da una relazio
Dunque il bambino
dell'attaccamento
peno gradualmen
operativo interno
tare risposte auto
disponibile e rinf
in una tale strum
dalla disperazione
zione e di accog
nell'esplorazione
miche che si deve
prima infanzia. E
mente infantile e di
non hanno invece
della affettiva della
Nel corso invece
più attivi e rinf
relazione con il
raggiungimento des
sia sul piano des
1984, 1987, 1989
possono diventare
frendo cure alla m
contorni. Al co
definitamente osi
produce reazioni m
no cioè la regola s
madre se non i
conquistamente
possono imparare
rinfatti. Al-2 m

di interpretarne adeguatamente i segnali; in altri casi potrà risultare costantemente intrusiva e/o ostile, attivamente rifiutante nei confronti del figlio. In un caso o nell'altro, il risultato, già a dodici mesi, sarà rappresentato dall'instaurarsi nel bambino di un'attitudine *all'evitamento attivo* della madre, del contatto e dell'intimità interpersonale con lei, e al tempo stesso da uno spostamento generalizzato dell'attenzione, di tutto il proprio campo percettivo, dalla relazione all'ambiente (esplorazione come "distrattore"). E' vero che veniamo al mondo preprogrammati biologicamente per attivare il sistema motivazionale d'attaccamento in situazioni di vulnerabilità emotiva, ma è pur vero, fortunatamente, che abbiamo a disposizione anche questa capacità adattiva di disimpegno da una relazione in cui la regolazione affettiva risulti critica.

Dunque il bambino impara a disattivare abnormemente il sistema motivazionale dell'attaccamento, a "spegnersi", a rendersi meno visibile possibile. Si sviluppano gradualmente schemi interpersonali, per dirla con Bowlby, un *modello operativo interno* del sé come non amabile, indegno di cure, incapace a sollecitare risposte amorevoli nell'ambiente, e dell'altro come non accessibile, non disponibile e rifiutante. Le emozioni che fanno da marcapasso, da metronomo in una tale struttura, sono rappresentate dalla *rabbia* (protesta) da una parte, e dalla *disperazione* dall'altra. L'atteggiamento di evitamento attivo della relazione e di *autosufficienza obbligata* nella regolazione dei propri stati interni e nell'esplorazione, consentono una adattiva difesa dalle intense oscillazioni ritmiche che si determinano su entrambi i versanti emozionali, nel corso della prima infanzia. E' possibile, ovviamente, osservare bambini evitanti estremamente inibiti e disperati (descritti già da M. Ainsworth come A1), e altri che non hanno invece ancora perso completamente la speranza di ottenere reciprocità affettiva dalla propria figura d'attaccamento (A2).

Nel corso, invece, dell'età prescolare e scolare, questi bambini diventano molto più attivi e raffinati nel gestire tali stati interni e nel mantenimento dello stato di relazione con il caregiver. Queste nuove configurazioni sono state dettagliatamente descritte da Patricia Crittenden (1992) e recentemente rielaborate sia sul piano descrittivo-classificatorio sia sul piano concettuale (Crittenden 1994, 1997, 1999). Bambini evitanti con madri ritirate e depresse, ad esempio, possono diventare in età prescolare brillanti e stimolanti, imparando che, offrendo cure alla madre, questa probabilmente si attiverà positivamente nei loro confronti (A3, *compulsivamente genitoriali*). Bambini evitanti con madri tendenzialmente ostili, possono invece imparare ad inibire selettivamente ciò che produce rabbia nella madre e a corrispondere alle sue aspettative: comprendono cioè la regola sociale secondo cui non si può rifiutare apertamente la propria madre se non a rischio di aumentarne l'ostilità: possono quindi diventare *compulsivamente compiacenti* (A4). Infine, bambini evitanti con madri intrusive possono imparare o a corrispondere o a inibirsi in maniera sempre più attenta e raffinata (A1-2, *inibiti*). Per queste loro caratteristiche di controllo potente de-

gli affetti, in età prescolare i bambini evitanti vengono definiti *difesi*.

Diversi autori, tra cui ad esempio Egeland e Sroufe (1981) e Waters, Noyes et al. (1985) hanno osservato sperimentalmente come bambini con una storia di attaccamento evitante si portino dietro sensazioni di scarsa autostima, isolamento e rifiuto rabbioso, nonché livelli di depressione più elevati (5 su 10) rispetto ai bambini sicuri (1 su 16) misurata con un mega-item che raccoglieva diverse dimensioni (es.: mostra di sentirsi non meritevole, pensa a sé come cattivo, ecc.). Tuttavia, occorre sottolineare che nel corso dell'infanzia e della fanciullezza risulta piuttosto difficile parlare di uscite psicopatologiche propriamente depressive, così come le conosciamo nella fenomenologia sintomatologica del paziente adolescenziale e adulto. Lo scompenso clinico, inteso come crollo di tali meccanismi di equilibrio di queste organizzazioni "difese" del sé, nel bambino prende più spesso la forma di:

- *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.

Curiosamente, invece, i bambini che esprimono in modo intenso e a volte anche ostentato e drammatico percezioni di incapacità e di inadeguatezza, molto spesso non hanno reali problemi di autostima, ma, su un itinerario di tipo ansioso resistente, utilizzano in modo coercitivo la falsa cognitività per ingannare l'adulto e sollecitare in modo lamentoso soccorso e centralità affettiva nei propri confronti. Le vere e proprie manifestazioni cliniche depressive (nella forma più strutturata del disturbo affettivo "maggiore" o "specifico", con tutto il repertorio ideativo, emotivo, comportamentale e somatico che conosciamo) cominciano a configurarsi con maggior frequenza nel corso della preadolescenza e dell'adolescenza. Sia ricerche epidemiologiche che cliniche (Rutter et al, 1981) mostrano il cambiamento qualitativo e il forte incremento quantitativo dei disturbi depressivi nel passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza, soprattutto tra le ragazze (cosa che non avviene, invece, per i disturbi d'ansia), così come l'aumento dei suicidi (mille volte maggiore passando da 10 a 20 anni) e dei tentati suicidi. Un tale cambiamento nel passaggio dalla fanciullezza all'adolescenza sembra riguardare anche i vissuti di tristezza non necessariamente di rilievo clinico: la proporzione di bambini tristi cresce dal 10 per cento a dieci anni di età, al 40 per cento a quattordici anni, quando l'adolescenza è alle porte (Rutter, Tizard e Whitmore, 1981). In effetti, i bambini sono meno soggetti a depressione perché mancano delle competenze cognitive su cui si fondano gli atteggiamenti tipici

di uno stato depre-
sione. Il bar-
dine, di non ama-
vive e basta. E' o-
livello più astratto
gine esplicita di s-
progettualità attiv-
vista diversi, una
mente l'avvertita
temporale offerta
iettare nel futuro
vero e proprio sen-
Nel corso dell'ad-
articolarsi «Crime-
nell'accettare rich-
ritrovarsi soli e
compulsiva e rac-
rinunciano alle re-
mente intercambi-
zioni ed usano il
zione. In modo p-
provvisoriamente
affettivamente dis-
spogliano di affet-
Normalmente l'ad-
"gravidanza" nel-
esplicita e nella de-
prese "impossibili-
che gli overbri-
posso dire che in-
negativi per cen-
sitazioni e l'emo-
superare questa co-
nale è non più in-
disposizione com-
bilmente standard
descrittori classici
mente depressi.
Ovviamente tale c-
finzione degli sc-
durante l'età pres-
sano di relazione e

di uno stato depressivo: autocommiserazione e percezione negativa di sé, disperazione. Il bambino "avoidant" vive tacitamente la sua condizione di solitudine, di non amabilità, come condizione scontata, come esperienza diretta, la vive e basta. E' 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.

Nel corso dell'adolescenza i pattern relazionali "difesi" possono ulteriormente articolarsi (Crittenden, 1997, 1999): alcuni ragazzi inibiti con forti difficoltà nell'accettare richieste affettive e nel gestire l'intimità interpersonale possono ritrovarsi soli e *isolati* (A5), "specializzandosi" così nell'autosufficienza compulsiva e raccontandosi come non bisognosi affatto dell'altro. Altri non rinunciano alle relazioni ma se ne difendono utilizzandole in modo assolutamente intercambiabile e superficiale: si descrivono come "facili" ad avere relazioni ed usano il sistema motivazionale sessuale, ora in fase di potente attivazione, in modo peculiare, cioè gestendo la sessualità in modo superficiale e *promiscuo* (A6): si procurano una continua intimità fisica rimanendo in realtà affettivamente distanti, interagendo con l'altro attraverso un corpo totalmente spogliato di affetti.

Normalmente l'adolescente "difeso" si organizza, potremmo dire, in termini di "grandiosità" nella costruzione dei contorni della sua identità personale più esplicita e nella definizione del suo progetto di vita: un progetto grandioso (imprese "impossibili") capace di compensare quel senso tacito di non amabilità che gli riverbera nel cuore. Come a dire: "C'è qualcosa in me che non va, ma posso darmi da fare, rimboccarmi le maniche per cercare di annullare questa negatività percepita, per riguadagnarmi l'accesso al consorzio umano, posso sforzarmi e lottare strenuamente contro le avversità, impegnarmi a fondo per superare questa condizione". Più è forte e radicato il senso di indegnità personale è tanto più dovrà configurarsi come grandioso il progetto di recupero. Questa disposizione continua allo sforzo, il senso spiccato del dovere, il porsi instancabilmente standard personali sempre più elevati, in effetti ben si accorda con le descrizioni classiche delle caratteristiche della personalità premorbosa del paziente depresso.

Ovviamente tale compulsiva disposizione allo sforzo prenderà forme diverse in funzione degli schemi interpersonali (delle strategie protettive) messe a punto durante l'età prescolare e scolare come modi più o meno rigidi per tenere lo stato di relazione con le proprie figure di riferimento: sarà cioè una versione più

estesa, più articolata e più astratta delle modalità cognitivo-affettive e relazionali su cui il fanciullo si era "allenato" per anni e "specializzato" nella relazione col suo ambiente. Ad esempio:

- Adolescenti *compliant*, in funzione delle priorità genitoriali con cui hanno imparato a mettersi al passo, potranno strutturare ad esempio ambiziosi progetti scolastici e lavorativi.
- Ragazzi con struttura *caregiving*, tenderanno a rappresentarsi entro grandiosi progetti, a volte a valenza cosmica, universale, centrati sul dar cure agli altri, sulla generosità e l'oblatività assunta come stile di vita: ad esempio, Marta, quindicenne con note depressive amava progettarsi dipingendosi in una missione africana totalmente dedicata alle persone affamate e ammalate, con un senso di sé eroico che traspariva dalla sua narrazione.
- Adolescenti *inibiti* o *isolati* hanno spesso una straordinaria capacità di trasformare attivamente il proprio senso di solitudine, il loro bisogno di rendersi meno visibili possibile, elaborandolo come scelta dotata di una intenzionalità, maturità, profondità tali da renderla più elevata e degna rispetto alle futilità dell'esistenza quotidiana (ad esempio il convento come scelta di elezione e di unione assoluta con Dio). Benedetta, sedici anni da poco compiuti, giunse in consultazione sotto intense pressioni da parte dei genitori disperati: da qualche tempo se ne stava chiusa in casa per la maggior parte del tempo, rifiutando di vedere amici o compagni, a riflettere o a stendere note scritte sul suo progetto futuro, che ai genitori, allarmati, dettagliava ogni giorno con dovizia di particolari e con molta serietà: "Vorrei andare a vivere in Australia, proprio nel centro dell'Australia, da sola, in una piccola casetta per conto mio, in mezzo a un bosco, senza niente, senza TV, senza elettrodomestici, solo un letto... è stupido il modo in cui oggi viviamo, non stiamo più con noi stessi, sono stupidi i ragazzi della mia età, sono infantili, pensano solo alle discoteche, ai telefonini... a ballare, a sbaciucchiarsi, io vorrei starmene là da sola a riscoprire che cos'è la vita, la natura, senza niente, esposta anche al rischio di malattie, senza farmaci, studiare la natura, capire come funziona veramente, fuori da tutto questo casino innaturale...".

Lo scompenso depressivo si determina quando il ragazzo è costretto a confrontarsi con eventi di vita che non riesce ad integrare coerentemente in questa narrazione strutturata di sé e del mondo, a gestire sulla base dei consueti e riconoscibili meccanismi di compenso, mantenendo cioè un senso minimo di continuità e di stabilità nel senso di sé: il dar cure non funziona più; l'essere bravi e buoni, perfetti e competenti a scuola, nonostante tutto non salvaguarda più da possibili fallimenti o rifiuti e dalla solitudine; il raccontarsi autosufficienti e desiderosi di una solitudine curiosamente narrata come eroica e gloriosa, non regge più e il senso tonico di elezione si trasforma drammaticamente in senso astenico di indegnità e di disperazione. Si palesano allora i sentimenti di impotenza e non amabilità, come rovescio della medaglia della precedente disposi-

zione allo sforzo. Nel flusso rapprese-
tivi e pensieri auto-
stica della depressi-
modalità "distorte"
finizione inesatta. In
Per questi itinerari
informazione che è
escluso. in quanto
mente gli eventi e
interpersonale hanno
lo stato di relazione
confrontarsi con qu-
che suicidario. con
età è spesso come
con la propria imma-
menti genitoriali e di p-
L'aver dato un tale r-
ha portato sicuramente
sire altre vie di svi-
lo stesso Bowlby. In
di personalità mag-
zondono all'accordi-
compulsivamente l-
relazionali ansiosi e
Anzitutto si sa
con anche Neri e P-
e differenziano il r-
quanti depressivi. In
lo stato di relazione
l'atte di modalità di
niti nella lettura
campioni clinici ev-
particolare i diversi
proprie esperienze
Attachment Interv-
rispetto ai gruppi di
U. Gensini, E. Gens-
accanto a V. Gens-
Gensini 1996. R-
1996.

Tra studi che mo-

zione allo sforzo, nell'idea, ora, che "non ha più senso sforzarsi per far nulla". Nel flusso rappresentativo appaiono allora quell'insieme di scenari immaginativi e pensieri automatici che Beck ha definito come "triade negativa" caratteristica della depressione (visione negativa di sé, del mondo e del futuro), nonché modalità "distorte" di elaborazione dell'informazione (astrazione selettiva, definizione inesatta, inferenza arbitraria, ingigantimento, pensiero dicotomico, ecc). Per questi itinerari di sviluppo l'area critica è quella degli *affetti*, un tipo di informazione che questi soggetti hanno sempre attentamente e selettivamente escluso, in quanto nella loro esperienza non è stata utile a prevedere adeguatamente gli eventi e a proteggersi; anzi, più spesso il contatto e l'intimità interpersonale hanno rappresentato per loro una minaccia al mantenimento dello stato di relazione. Non è impresa da poco, tuttavia, a questa età riuscire a non confrontarsi con questa area calda: e, in effetti, qui il rischio depressivo (e anche suicidario, come mostrano le ricerche epidemiologiche in questa fascia di età) è spesso connesso alla possibilità di entrare drammaticamente in contatto con la propria inautenticità emotiva, con la propria incapacità a provare sentimenti genuini e di partecipazione affettiva della propria esperienza con gli altri. L'aver dato un tale rilievo ai pattern 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. 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.

Attualmente si stanno evidenziando diversi contributi di ricerca e clinici (tra cui anche Nardi e Pannelli, 1997, 1998) che rivalutano in modo più complesso e differenziato il ruolo di alcuni pattern "caldi" nello sviluppo di determinati quadri depressivi, in particolare dei cosiddetti pattern coercitivi passivi, in cui lo stato di relazione con l'altro significativo è mantenuto attraverso l'uso vincolante di modalità disarmanti ed indifese (C2 e C4). Molte delle ricerche disponibili nella letteratura internazionale, e anche alcune metanalisi condotte su campioni clinici evidenziano la difficoltà a connettere i disturbi affettivi e più in particolare i diversi quadri depressivi ad un unico stato mentale relativo alle proprie esperienze primarie d'attaccamento, testato attraverso la Adult Attachment Interview (George, Kaplan e Main, 1985; Main, Goldwin, 1989): rispetto ai gruppi controllo appaiono anzi sovrarappresentate le configurazioni U (irrisolto), E (preoccupato, invischiato) e in misura minore Ds (distanziante, accantonante) (Van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg, 1966; Rosenstein e Horowitz, 1996; Fonagy, Leigh, Steele, Kennedy, Mattoon, Target e Gerber 1996).

Uno studio che anche noi stiamo effettuando con l'uso della A.A.I. (con il più

articolato e recente sistema di classificazione proposto da Crittenden (1999) su un gruppo di pazienti depressi, molti dei quali con diagnosi di disturbo depressivo maggiore, 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, 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, siano riferibili tendenzialmente a itinerari di sviluppo di tipo insicuro-evitante e difeso, e a organizzazioni del Sè nell'adulto di tipo "dismissing", distanziante e svalutante il valore degli affetti e delle relazioni (Lambruschi, Lenzi e Bossoletti, in stampa).

Vorrei concludere confessando che, personalmente, ciò che più mi affascina di questa prospettiva clinica, della ricerca cognitivo-evolutiva, e della teoria dell'attaccamento come trama esplicativa della sofferenza umana, è la straordinaria semplicità con cui riesce a render conto, in modo non riduttivo, della complessità delle nostre esperienze cliniche. Semplicità che ritrovo, ad esempio, in queste parole che J. Bowlby scrisse poco prima di morire: "...è...proprio in condizioni di avversità che suscitano sentimenti di rabbia, paura e tristezza, sia essa esplicita ed espressa che potenziale ed inespressa, che probabilmente si verificheranno dei crolli del funzionamento mentale. Ed è precisamente in questi casi che la capacità o l'incapacità di esprimere i propri pensieri e sentimenti agli altri, e di cercare il conforto e l'aiuto degli altri, si rivelano variabili di così fondamentale importanza. Coloro che durante l'infanzia si sono incontrati in condizioni di avversità con una risposta comprensiva, anche nelle crisi attuali conserveranno la speranza che si verifichi qualcosa di simile; coloro che nell'infanzia hanno incontrato rimproveri e disprezzo si aspetteranno lo stesso trattamento quando si troveranno a confronto con le difficoltà della vita adulta. Troppo spesso queste semplici verità, da lungo tempo note ai terapeuti sensibili, sono state oscurate da teorie fuorvianti" (Bowlby, 1991).

BIBLIOGRAFIA

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.C., Waters E., Wall S.: *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1978.

Bara B.: *Manuale di Ps*

Beck A. T., *Cognitive*
it.: *Principi di Terapia*

Bowlby J.: *Attachment*
Torino, 1972).

Bowlby J.: *Separation*
Madre. Boringhieri, To

Bowlby J.: *The Making*
Costruzione e Rottura

Bowlby J., *Loss: Sadness*
dre. Boringhieri, Torino

Bowlby J.: *A Secure B*
Editore, Milano, 1989

Bowlby J.: *Passione In*
the Life Cycle. Routledge
Scientific Editor, Roma

Brown I.W., Harris T.O.
Tavistock, London and

Cicchetti D.: *The Amer*
1984.

Cicchetti F., Lambruschi
estraneità: un'analisi
in stampa.

Crittenden P.M.: *Qualità*
A. Piccini, 1992

Crittenden P.M.: *Parent*

Crittenden P.M.: *Nature*

Crittenden P.M.: *1 Day*
Mammography alla Adult

Egeland B., Spende L.
Comment. Ediz., Devel
1981.

Ellis A., Rimm M. P.
Emozionale e Psicopatologia

Ellis R.N., Greenberg
Psychologia, Roma, 1981

Ellis R.N., Greenberg
Psicologia, Roma, 1981

Ellis R.N., Greenberg
Psicologia, Roma, 1981

Ellis R.N., Greenberg
Psicologia, Roma, 1981

- Bara B.: *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Boringhieri, Torino, 1996.
- Beck A. T., *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Int. Univ. Press, New York, 1976 (Ed. it.: *Principi di Terapia Cognitiva*. Astrolabio, Roma, 1984).
- Bowlby J.: *Attachment*. Hogarth, London, 1969 (trad. it.: *L'attaccamento alla Madre*, Boringhieri, Torino, 1972).
- Bowlby J.: *Separation: Anxiety and Anger*. Hogarth, London, 1973 (Ed. it.: *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., *Loss: Sadness and Depression*. Hogarth, London, 1980 (Ed. it.: *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).
- Bowlby J.: Poscritto. In: Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J., Marris P. (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge, London, 1991 (Ed. it.: *L'Attaccamento nel Ciclo di Vita*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).
- Brown J.W., Harris T.O.: *Social Origin of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Tavistock, London and Free Press, New York, 1978.
- Cicchetti D.: The emergence of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 1-7, 1984.
- Ciotti F., Lambruschi F.: *Stile relazionale genitori-bambino e comportamento in contesti extrafamiliari: uno studio trasversale su bambini in età prescolare alla luce della teoria dell'attaccamento* (in stampa).
- Crittenden P.M.: Quality of attachment in the preschool years. *Development and Psychopathology*, 4, 209-41, 1992.
- Crittenden P.M.: *Pericolo, Sviluppo e Adattamento*. Masson, Milano, 1997.
- Crittenden P.M.: *Nuove Prospettive sull'Attaccamento*. Guerini, Milano, 1994.
- Crittenden P.M.: *L'Organizzazione dell'Attaccamento in Età Adulta: un Approccio Dinamico Maturativo alla Adult Attachment Interview*. Cortina, Milano, 1999.
- Egeland B., Sroufe L.A.: Developmental Sequelae of Maltreatment in Infancy. In: Rizley and Cicchetti (Eds.), *Developmental Perspective in Child Maltreatment*. Jossey-Bass, San Francisco, 1981.
- Ellis A.: *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Stuart, New York, 1962 (Ed. it.: *Ragione ed Emozione in Psicoterapia*. Astrolabio, Roma, 1989).
- Emde R.N., Gaensbauer T.J., Harmon R.J.: Emotional expression in infancy: A behavioural study. *Psychological Issue*, 10, 1976.
- Emde R.N., Easterbrooks M.A.: Assessing emotional availability in early development. In: Frankenburg, Emde and Sullivan (Eds.), *Early Identification of Children at Risk: An International Perspective*. Plenum Press, New York, 1985.
- Feeney J.A., Noller P., Hanharan M.: Assessing adult attachment. In: Sperling M.B., Berman W.H. (Eds.), *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. Guilford Press,

New York, 1994.

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.

Fonagy P., Steele M., Moran G., Steele H., Higgitt A.C.: The capacity for understanding mental Status: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216, 1991.

Fonagy P., Steele M., Steele H.: Maternal representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 880-893, 1991.

Fonagy P., Steele M., Steele H., Higgitt A., Target M.: Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231-257, 1994.

Gaensbauer T.J., Harmon R.J.: Attachment behavior in abused/neglected and premature infant. In: Emde and Harmon (Eds.), *Advances in Infant Behaviour and Development*. Erlbaum, Hillsdale, 1982.

Garber J., Cohen E., Bacon P., Egeland E., Sroufe L.A.: Depression in preschooler: Reliability and validity of a behavioral observation measure. In: *Toronto Meeting of the Society for Research in Child Development*. Toronto, 1985.

George C., Kaplan N., Main M.: The Adult Attachment Interview (unpublished paper). University of California, Berkeley, 1985.

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 Process*. Guilford, New York, 1991 (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).

Guidano V.F., Dodet M.: *Terapia cognitiva sistemico processuale della coppia*. *Psicobiettivo*, 1, 29-41, 1993.

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

Lambruschi F., Ciotti F.: *Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia*. *Età Evolutiva*, 52, 109-126, 1995.

Lambruschi F.: *Il bambino*. In: Bara B.G., *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.

Harris T., Bifulco A.: Loss of parent in childhood, attachment style and depression in adulthood. In: Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J., Marris P. (Eds.), *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge, London, 1991 (Ed. it.: *L'Attaccamento nel Ciclo di Vita*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995).

Main M., Hesse E.: Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg M.T., Cicchetti D., Fumming E.M. (Eds.), *Attachment in Preschool Years*. University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Main M., Kaplan N., Cassidy J.: Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I., Waters E. (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*. Monographs of the Society of Research in Child Development, University of Chicago Press, Chicago, Vol. 50, 66-104, 1985.

- Pedder J.: Failure to mourn and melancholia. *British Journal of Psychiatry*, 141, 329-337, 1982.
- Peci M.A.: Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1986.
- Ricks M.H.: The social transmission of parental behavior: Attachment across generation. In: Bretherton I., Waters E. (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, University of Chicago Press, Chicago, Vol. 51, 211-227, 1985.
- Rosenstein D.S., Horowitz H.A.: Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 1996.
- Rutter M., Tizard J., Whitmore K. (Eds.): *Education, Health and Behaviour*. Krieger, Huntington, 1981.
- Sameroff A.J., Emde R.N.: *Relationships Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. Basic Books, New York, 1988 (Ed. it.: *I Disturbi delle Relazioni nella Prima Infanzia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1991).
- Sroufe L.A., Rutter M.: The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29, 1984.
- Tennant C.: Parental loss in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1045-1055, 1988.
- Van Ijzendoorn M.J.: Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 3, 387-403, 1995.
- 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.
- Waters E., Noyes E., Vaughn B., Ricks M.: Q-sort definitions of social competence and self-esteem: Discriminant validity of related constructs in theory and data. *Developmental Psychology*, 21, 508-522, 1985.

Bernardo Nardi

APPROCCIO COGNITIVO SISTEMICO PROCESSUALE ALLA DEPRESSIONE NELL'ADOLESCENZA

INTRODUZIONE

L'importanza e le peculiarità della depressione adolescenziale sono state messe in rilievo in diversi contributi, anche recenti, i quali segnalano la notevole prevalenza degli abbassamenti clinici del tono dell'umore in tale fascia di età, valutata tra il 3% e il 13% (Garrison et al., 1992; Lewinsohn et al., Olsson e Von Knorring, 1999) ma certamente sottostimata, data la tendenza degli adolescenti a nascondere e a dissimulare i propri problemi agli adulti e la loro diffidenza ad accedere alle strutture terapeutiche "ufficiali" (Kaplan, 1984; Braconnier, 1993; Nardi, 1995; Brent et al., 1997). Inoltre, è noto come la depressione adolescenziale si caratterizzi per l'ampia variabilità clinica e la scarsa risposta ai trattamenti psicofarmacologici. A questo proposito diversi studi, tra i quali una recente indagine di Brent et al. (1997) hanno evidenziato che i trattamenti più efficaci sono costituiti dalle terapie cognitivo comportamentali, con percentuali di remissioni superiori al 65%.

Muovendo da queste premesse, in accordo con precedenti lavori del nostro gruppo, è stata prospettata l'utilità di un *approccio cognitivo di tipo sistemico processuale* nella diagnosi e nel trattamento della depressione adolescenziale; tale approccio consente infatti una lettura dei problemi psico-comportamentali nell'ambito di specifiche organizzazioni di significato personale (Guidano, 1988, 1992), e, quindi, di peculiari assetti emozionali e cognitivi che si strutturano e si definiscono in ciascun individuo nel corso dell'età evolutiva, sulla base delle modalità soggettive di assimilare l'esperienza, a partire dalla relazione di attaccamento (Lambruschi e Ciotti, 1995), determinando incrementi progressivi della complessità interna.

COGNITIVISMO SISTEMICO-PROCESSUALE E DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE

Il *cognitivismo sistemico processuale* considera l'individuo come un sistema conoscitivo complesso, in grado di riferire a sé la propria esperienza e dotato di una potenzialità evolutiva che si dispiega progressivamente nel corso del ciclo

di vita (Prigogine, Guidano e Liori, Varela, 1987, 1988 e Grimaldi, 1991). La psicoterapia è finalizzata al cambio in termini interni e qualcosa, ma far sì sono alla base della situazione.

Uno degli aspetti della ricerca di un significato (Barden, 1994; Eelen, 1984; Guidano, 1988) è l'immediato e l'arguto e stabilendo una relazione progressiva sviluppo. Dall'equilibrio dinamico significativo su di sé la tendenza verso l'organizzazione personale coerente con i modelli dell'identità. Nella costruzione di emozioni, dato che, ciascun individuo è un individuo a partire dai primi anni di vita e l'accudimento, si sono consentono sia la dell'esperienza, l'organizzazione dell'esperienza. Prima della pubertà, i legami e alle situazioni legittime ed improprie perché delle esperienze, esposte alle dimensioni. Con la pubertà, la maturazione del pensiero, degli aspetti immaturi, le organizzazioni del pensiero. La costruzione delle emozioni di coscienza.

di vita (Prigogine, 1973; Weimer, 1979; Zeleny, 1981; Mahoney, 1980, 1991; Guidano e Liotti, 1983; Reda, 1986; Greenberg e Safran, 1987; Maturana e Varela, 1987, 1988; Weiner, 1985; Guidano, 1988, 1992; Morin, 1990; Scrimali e Grimaldi, 1991; Neimeyer e Lyddon, 1993).

La psicoterapia costituisce pertanto una situazione altamente soggettiva, finalizzata al cambiamento, cioè ad una riorganizzazione personale più adattiva in termini interni ed emozionali. Ciò che conta non è convincere il soggetto di qualcosa, ma far sì che egli acquisti consapevolezza dei processi emotivi che sono alla base del modo attuale, discrepante e disadattivo, di vivere una data situazione.

Uno degli aspetti più caratteristici dei sistemi conoscitivi umani è la costante *ricerca di un significato*. Questa ricerca avviene, come hanno segnalato vari Autori (Bartlett, 1974; Weimer, 1979; Mahoney, 1980, 1991; Van den Berg ed Eelen, 1984; Guidano, 1988, 1992), *riordinando l'esperienza*, sia a *livello tacito* (immediato e largamente inconsapevole) che *esplicito* (razionale e consapevole), e stabilendo una relazione d'insieme fra tutti i processi cognitivi attraverso il progressivo sviluppo di una differenziazione tra sé e non sé.

Dall'equilibrio dinamico tra la *tendenza verso l'esterno* (ricavando informazioni significative su di sé attraverso le somiglianze con le figure di attaccamento) e la *tendenza verso l'interno* (trasformando le somiglianze percepite in attributi personali coerenti e stabili nel tempo), vengono progressivamente definiti i contorni dell'*identità* personale.

Nella costruzione della complessità interna un ruolo centrale è svolto dalle *emozioni*, dato che, fin dalle prime fasi dello sviluppo, cominciano a definirsi in ciascun individuo degli schemi emozionali abbastanza stabili e caratteristici.

Infatti, a partire dalle modalità individuali di attaccamento vissute durante i primi anni di vita nei confronti delle figure svolgenti un ruolo genitoriale di accudimento, si strutturano gradualmente le tonalità emotive di base che consentono sia la percezione immediata e largamente inconsapevole dell'esperienza (*conoscenza "tacita"*) che il conseguente autoriferimento razionale dell'esperienza stessa (*conoscenza "esplicita"*).

Prima della pubertà, il *pensiero* è prevalentemente di tipo *concreto*, legato agli oggetti e alle situazioni percepite nel campo dell'esperienza, vissute come oggettive ed univoche. Ciò porta alla ricerca di scoprire il cosa, il come e il perché delle esperienze fatte, dando per scontato che esista comunque un'unica risposta alle domande che ci si pone.

Con la pubertà (che ricorre in genere tra i 9 e i 13 anni) e l'adolescenza, la maturazione del *pensiero astratto* consente di liberare gradualmente il pensiero dagli aspetti immediati e contingenti dell'esperienza, cogliendo anche le contraddizioni dei possibili modi di vedere se stessi e il mondo.

La costruzione della conoscenza inizia ad essere basata stabilmente su criteri razionali di *causalità* e di *contraddizione*, che assumono un *valore normativo*

per valutare l'esperienza.

Come hanno chiaramente evidenziato le ricerche di Guidano, la *realtà* comincia ad essere percepita solo come uno *scenario particolare e contingente* rispetto agli infiniti eventi, situazioni e punti di riferimento possibili. L'ampliamento della visione del mondo che ne consegue e la sua relativizzazione consente di personalizzare il senso di sé e di darsi un assetto ed un programma di vita.

Il principale campo di esplorazione diviene così non più quello esterno ma il *mondo psichico*. Il pensiero astratto cambia la qualità del rapporto tra conoscenza soggettiva e realtà e rende possibile la formulazione di *ipotesi e verifiche*.

L'emergere delle capacità logiche di astrazione (che Piaget ha indicato come "*stadio delle operazioni logiche formali*"), sganciando il pensiero dagli aspetti immediati e concreti dell'esperienza, consente di creare un *codice concettuale sovraordinato* (ad es., da qualcosa che è percepita come "buona" si arriva al concetto astratto di "bene").

Chi sono rispetto al mondo, come mi vedo e come penso mi vedano gli altri costituiscono due domande fondamentali intorno alle quali matura e si definisce il senso di sé nel corso dell'adolescenza.

Tuttavia, esso, se da un lato è la continuazione dei precedenti processi di sviluppo, dall'altro assume caratteristiche del tutto particolari per il rapido mutare (spesso irregolare, incostante e disarmonico) che caratterizza i complessi cambiamenti psico-fisici adolescenziali.

Le marcate trasformazioni corporee e la maturazione dei *caratteri sessuali primari* (maturazione della funzione riproduttiva) e *secondari* (progressiva diversificazione in senso maschile o femminile) rendono il corpo un elemento centrale di attenzione (spesso fonte di insicurezze e di ansia). A questo proposito, l'immagine corporea non è solo l'espressione dell'analisi di come si appare, ma rappresenta un'esperienza fortemente soggettiva (quanto, come e perché uno si piace e si accetta e quanto, come e perché pensa di piacere e di essere accettato dagli altri).

La costruzione di una immagine di sé e del mondo sufficientemente coerente e stabile nel tempo, nonostante i cambiamenti sperimentati, costituisce il nucleo della maturazione in questa fase cruciale della vita ed è fondamentale per l'evoluzione di tutta la successiva vita adulta. Il senso di *identità* deriva da questo processo e consente al soggetto di definire ciò che gli appartiene, fisicamente e psicologicamente, ciò che si può aspettare o non aspettare da sé, e ciò che invece fa parte dell'ambiente fisico ed umano che lo circonda, con il quale entra in relazione in modo più o meno coinvolgente e significativo.

Il senso dell'identità viene avvertito come un bisogno, da un lato, di avere le conferme esterne alle proprie incertezze ed alla propria instabilità e, dall'altro, di ricercare la propria unità ed unicità, cioè una continuità di pensieri, di affetti e di comportamenti sia in situazioni e contesti diversi (famiglia, scuola, gruppo dei pari, ecc.), sia nel corso del tempo (coerenza tra un passato ormai trascorso,

anche se da poco
timori e di incertezze
In questo senso, l'identità
vita, nel momento
consapevolezza
Prigogine (1973)
dell'infanzia e
adolescenziale di
Anche le scelte di
si fa sempre più
maggiore o minore
maggiore o minore
quindi un progresso
vista come un'immagine
l'incertezza, all'a
ci appare malinconico
di riferimento da
nell'infanzia, in
Le trasformazioni
corporee, spesso
secondarie che di
dell'immagine di
della propria identità
immobilità di
contraddittori, con
fosse soltanto il
risposte con una
assunzione di
aderendo ad un
integrità di
assunzione di
Come ha osservato
l'espressione è
prima infanzia, ma
infanzia, spesso
di verifiche, non
è un'esperienza
D'altra parte, l'identità
rispetto alla
deposizione di
colle l'identità e
e meno che le

anche se da poco, ed un futuro più o meno prevedibile, che spesso è fonte di timori e di incertezze).

In questo senso, l'identità comincia ad essere avvertita anche come *progetto di vita*, nel momento in cui per la prima volta viene percepita con sufficiente consapevolezza l'irreversibilità dello scorrere del tempo: come ha osservato Prigogine (1973), si attua una *rottura della simmetria virtuale del tempo* propria dell'infanzia o "*symmetry breaking process*"; nasce da ciò il bisogno adolescenziale di ricercare una propria progettualità, di orientarsi verso un fine. Anche le scelte di vita cominciano ad essere viste nell'ottica della possibilità e si fa sempre più importante il problema della scelta (con tutti i dubbi sulla maggiore o minore "validità" di ciò che si sceglie, i confronti con gli altri, la maggiore o minore sicurezza circa le proprie "capacità" di scelta). Avviene quindi un progressivo passaggio tra quanto c'è nel contenitore "realtà" (non più vista come unica, finita, conoscibile, come avveniva nell'infanzia e nella fanciullezza) all'esperienza di relatività e di possibilità, per cui la realtà comincia ad apparire multiforme, complessa e infinita, e la sua visione dipende dal punto di riferimento da cui la si guarda; pertanto non appare più individuabile, come nell'infanzia, un'unica via percorribile, uguale per tutti.

Le trasformazioni che caratterizzano l'adolescenza, sia di natura fisica (sviluppo corporeo, spesso disarmonico, maturazione dei caratteri sessuali primari e secondari) che di natura psichica (sviluppo del pensiero astratto e relativizzazione dell'immagine di sé e del mondo), producono quindi una radicale rielaborazione della propria identità. Ciò provoca una notevole instabilità, turbolenza e mutevolezza di emozioni e di atteggiamenti, spesso tanto radicali quanto contraddittori, con momenti di confusione e di mancanza di confini, come se si avesse smarrito il senso di sé. A questo stato d'animo si cerca di dare parziali risposte con atteggiamenti di *conformismo* e con ricerca di rassicurazione (assunzione di un'identità esterna come propria, spesso in forma collettiva, aderendo ad un gruppo di pari età nel quale ci si riconosce), ma anche attraverso atteggiamenti di *esibizionismo*, di *trasgressione*, di *opposizione* e di *contestazione* (assunzione di un'identità opposta rispetto ad una figura presa come riferimento). Come ha osservato Cesari (1990), dietro l'esibizionismo, l'opposizione e la trasgressione è individuabile un processo autoreferenziale analogo al "*no*" della prima infanzia, attraverso il quale l'adolescente (che si sente insicuro e di valore indefinito, essendo in trasformazione e, quindi, fisiologicamente instabile) cerca di verificarsi attraverso gli altri, per vedere quanto colpisce, quanto vale, quanto è apprezzato (o, almeno, disprezzato) dagli altri.

D'altra parte, l'esperienza di relatività e di cambiamento consente di operare un distacco ideo-affettivo dalle figure genitoriali, non più percepite come uniche depositarie di verità immutabili. Anzi, nel momento in cui nei genitori vengono colti limiti e difetti, il soggetto può instaurare con essi un rapporto più dialettico, a meno che le insicurezze derivanti da una relazione di attaccamento

marcatamente ansiosa ed insicura non produca una esperienza di *delusione* senza riuscire ad affrancarsi dalla dipendenza nei loro confronti, con il rischio di uno scompenso clinico. Pertanto, il distacco può essere adattivo e "*viabile*", cioè percorribile in maniera soggettivamente progettuale da parte dell'adolescente, se può basarsi su un buon livello di reciprocità tra genitori e figlio, premessa per ricercare in maniera adattiva anche nuove relazioni con i coetanei e i primi rapporti di coppia.

Che l'adolescenza sia un periodo cruciale nel ciclo di vita è dimostrato anche dal fatto che molte idee e progetti adulti risalgono ad intuizioni e persino a sogni adolescenziali. D'altra parte, questa percezione di un proprio significato può essere vissuta sia come attiva scoperta e ricerca di valori, sia anche come passiva e fatalistica accettazione di un ruolo imposto dall'esterno. Fattori predittivi di una progettualità positiva di affermazione sembrano essere elevate capacità di astrazione (rispetto alle modalità di pensiero concreto) e bassi livelli di stress. Viceversa, quando le aspirazioni e gli ideali appaiono troppo elevati e lontani rispetto a come ci si percepisce ci si può chiudere in se stessi, con la tendenza ad interrompere attività, interessi e relazioni con gli altri.

Pertanto, con la *maturazione adolescenziale*, sulla base dell'interazione tra caratteristiche costituzionali e apprendimenti, nei quali un ruolo chiave è svolto dai processi di attaccamento, emerge stabilmente una organizzazione conoscitiva specifica, che nell'infanzia è possibile individuare in abbozzo, legata al significato intrinseco che ogni individuo dà alle proprie esperienze, riordinandole al fine di mantenere la propria coerenza interna.

Come è noto, in accordo con Guidano (1988, 1992), per "*organizzazione cognitiva di significato personale*" si intende "lo specifico assemblaggio dei processi sottendenti l'elaborazione del significato personale grazie al quale ciascun individuo, pur sperimentando numerose trasformazioni nel corso del suo ciclo di vita, mantiene sempre il suo senso di unicità personale e di continuità storica". Pertanto, analogamente alle fluttuazioni ancora ritenute come "normali", anche gli scompensi psicopatologici (da quelli di ordine nevrotico a quelli psicotici, inquadrabili a partire dalla normalità lungo un continuum, a seconda del maggiore o minore livello di *flessibilità*, di *astrazione* e di *integrazione del sé*) rivelano una perturbazione dei processi autoreferenziali finalizzati al mantenimento della coerenza interna, con avvio di una fase metastabile, superabile attraverso il conseguimento di un nuovo e più complesso equilibrio, dal valore adattivo, in rapporto con lo specifico significato personale del soggetto. In accordo con Guidano, cui si rinvia per ogni approfondimento (1998, 1992), seguendo i percorsi soggettivi nella costruzione della conoscenza di sé e del mondo, è possibile individuare almeno *quattro tipi di organizzazione* di significato personale.

L'organizzazione definita "*tipo disturbi alimentari psicogeni*" (DAP) si caratterizza per la presenza di un sé dai contorni vaghi ed indefiniti (a lettura

spiccatamente es-

rispetto agli stimoli

confermare o disc-

positiva e propo-

come disconferma-

inferiorità, spesso

relazionale.

L'organizzazione de-

su temi di inclinazione

risultare vano, con

disperazione (a lem-

L'organizzazione de-

controllo su due ris-

una figura idealtipica

mantenimento di un

libertà personale;

attivazione di par-

sommatizzazione dell-

L'organizzazione è

ambivalente, in cui

incapacità di corris-

immaginabile: esse

emozioni dalla cons-

analitiche spiegazio-

compensatori.

Nel ciclo di vita la

come hanno eviden-

di una "crisi" o "tra-

trans o struttura na-

deriva dalla contin-

prevalentemente "i-

L'individuo si riferis-

con il mantenimen-

fine dell'esperien-

svolge il ciclo di vi-

può essere immedia-

proprio sé" cioè n-

dell'identità persun-

dell'ordinamento di

cioè nell'ambito di

aspettative di intima-

in tale senso il linguaggio

spiccatamente esterna) ed è legata ad attivazioni emotive oscillanti ed ambigue rispetto agli stimoli esterni, vissuti come elementi oggettivi in grado di confermare o disconfermare una immagine di sé che si vorrebbe comunque positiva e proponibile; pertanto, ogni evenienza (potenziale o reale), percepita come disconfermante, attiva emozioni centrate su un senso di vergogna e di inferiorità, spesso associato a comportamenti di evitamento, di fuga e di chiusura relazionale.

L'organizzazione definita "*tipo depressivo*" (DEP) si presenta con un sé centrato su temi di ineluttabile fallimento esistenziale, contro cui ogni sforzo rischia di risultare vano, con conseguente selezione di pattern emozionali di rabbia o di disperazione (a lettura prevalentemente interna).

L'organizzazione definita "*tipo fobico*" (FOB) è caratterizzata dalla ricerca del controllo su due bisogni coesistenti ma antitetici: quello di prossimità fisica ad una figura identificata come protettiva e, allo stesso tempo, quello del mantenimento di una distanza da tale figura che consenta il necessario senso di libertà personale; quando tale controllo non riesce, ha luogo una rapida attivazione di pattern emotivi di paura o di costrizione, con frequente somatizzazione dell'ansia.

L'organizzazione definita "*tipo ossessivo*" (OSS) presenta un sé ambiguo e ambivalente, in cui la negatività personale viene vissuta in relazione alla incapacità di corrispondere ad un modello interno di perfezione, percepita come irraggiungibile; essendo caratterizzata da una più o meno rigida esclusione delle emozioni dalla consapevolezza, la perdita di controllo viene rielaborata attraverso analitiche spiegazioni razionali e si associa spesso alla comparsa di rituali compensatori.

Nel ciclo di vita, la costruzione e il mantenimento dell'identità si presentano, come hanno evidenziato le ricerche di Villegas (1993, 1994), come se si trattasse di una "*trama*" o "*struttura narrativa*" concernente la propria storia. Questa trama o struttura narrativa è intimamente legata allo sviluppo del linguaggio e deriva dalla continua e reciproca messa a fuoco tra l'*esperienza immediata* (prevalentemente "tacita", inconsapevole) e le *spiegazioni* attraverso le quali l'individuo si riferisce l'esperienza immediata vissuta, rendendola compatibile con il mantenimento della coerenza interna. Essa esprime infatti come il continuo fluire dell'esperienza venga articolato nel contesto spazio-temporale in cui si svolge il ciclo di vita, per cui l'esperienza, come ha messo in rilievo Guidano, può essere inquadrata nell'ambito di tre cornici storiche di riferimento: a) nella *propria storia* (cioè nell'ordinamento spazio-temporale che fa intimamente parte dell'identità personale); b) nella *storia dell'altro* (quindi, anche all'interno dell'ordinamento dell'altra persona); c) nella *storia del rapporto con l'altro* (cioè, nell'ambito di un rapporto significativo in termini di investimento, di aspettative, di intimità e di reciprocità).

In tale ottica, il linguaggio rappresenta un flusso di perturbazioni intersoggettive

scambiate reciprocamente, che gli individui che comunicano coordinano. Esso non è solo narrativa verbale, ma è anzitutto articolazione di emozioni e di immagini che contribuiscono a dare ordine e continuità alla propria storia.

Una caratteristica della trama o struttura narrativa consiste nel fatto che essa consente la facoltà di pianificare e programmare. In tutto ciò, un ruolo di primo piano è svolto dalle capacità logico-analitiche, tipiche del linguaggio verbale, che consentono di staccarsi dall'immediatezza dell'esperienza e di affinare i pattern di comunicazione.

Nel ciclo di vita, l'evoluzione della trama o struttura narrativa e dei temi che la caratterizzano rappresenta un processo dinamico, che prende gradualmente forma dagli eventi significativi elaborati sulla base delle esperienze fatte, con aumenti della complessità interna che portano a definire un'immagine di sé e del mondo sempre più complessa. D'altra parte, la continua tensione tra i due livelli dell'esperienza cui si è fatto in precedenza riferimento (quello dell'immediatezza in larga parte inconsapevole e quello della riflessione razionale e dell'immagine cosciente di sé) connota lo sviluppo dell'organizzazione di significato personale e le dà una specificità, per cui ci si sente in qualche modo protagonisti della propria storia senza esserne autori: si può gestirla, orientarla, darle un senso, senza poterne scegliere inizio, luogo di provenienza, condizioni. Questa consapevolezza può essere vissuta lungo un continuum che va da un senso di ricerca stimolante, esaltante e positiva, ad un senso di vincolo, di condanna, di inermità, di incapacità, di colpa.

Normalità e patologia sono quindi collocate lungo un continuum, senza evidenti discontinuità tra una condizione e l'altra; esse vanno piuttosto intese come differenti dimensioni nel livello di elaborazione e di integrazione della coerenza interna in rapporto alla organizzazione di significato personale di un individuo. Il passaggio da condizioni di normalità ad altre indicate comunemente nella pratica clinica come condizioni di nevrosi e di psicosi, dipende dalla crescente perturbazione della coerenza interna e dell'immagine di sé e del mondo. Tale passaggio, svolgendosi lungo un continuum, può essere anche, ovviamente, reversibile ed è espressione di differenze soprattutto quantitative dei seguenti parametri (Maturana e Varela, 1987, 1988; Guidano, 1988, 1992; Mahoney, 1991; Neimeyer e Lyddon, 1993):

- a) capacità di *flessibilità* adattiva nei contesti significativi;
- b) capacità di *generatività*, cioè di ordinare l'esperienza individuando percorsi utili ("viabili") sul piano progettuale;
- c) capacità di *astrazione*, che consenta di guardare oltre gli aspetti contingenti delle situazioni e di monitorare nel tempo la propria esperienza;
- d) capacità di *autointegrazione*, cioè di inserire l'esperienza in una visione coerente e ben definita di sé e del mondo.

Sulla base di quanto si è detto, rispetto alla normalità, i quadri di nevrosi e, soprattutto, di psicosi si caratterizzano per una compromissione

quantitativamente di flessibilità e di più alto (con cons una marcata com (quest'ultima evid Ogni organizzazi specifiche vulne assimilazione e or interna.

L'approccio clinico di significato perso cui sintomi vanno organizzazione.

Il sintomo, nell'ott di cambiamento r individuale.

Si tratta di una sim dell'esperienza, al momento dal sogge

Ha inizio in quest quale il soggetto p assimilare e riordin

Ogni scompenso cr correlato, più che a definirne a priori

L'individuo percep integrarla nel senso

Il fatto che il sogge che è generalmente all'organizzazione significati che può derivare.

LA DEPRESSIONE PROCESSUALE

In precedenti lavori delle modalità di fr enforico, sulla man degli schemi emozio «abbandonico» del c

quantitativamente crescente dei parametri sopra ricordati, con minori capacità di flessibilità e di generatività, con un rapporto concretezza/astrazione sempre più alto (con conseguente lettura fortemente concreta dell'esperienza) e con una marcata compromissione della capacità di autointegrazione personale (quest'ultima evidente soprattutto nelle psicosi).

Ogni organizzazione di significato personale, come si è detto, ha proprie specifiche vulnerabilità, costituite dagli aspetti critici nei processi di assimilazione e ordinamento dell'esperienza e di mantenimento della coerenza interna.

L'approccio clinico deve quindi muovere dall'individuazione dell'organizzazione di significato personale del soggetto che presenta un determinato scompenso, i cui sintomi vanno letti alla luce delle caratteristiche proprie di quella specifica organizzazione.

Il sintomo, nell'ottica cognitiva sistemico-processuale, rappresenta un tentativo di cambiamento non riuscito (non "viabile") sul piano dell'*adattamento* individuale.

Si tratta di una situazione in cui non è più possibile un'assimilazione coerente dell'esperienza, almeno sulla base del livello di consapevolezza utilizzabile al momento dal soggetto.

Ha inizio in questo modo un periodo metastabile di turbolenza ("*crisi*"), dal quale il soggetto può uscire positivamente solo ampliando le sue capacità di assimilare e riordinare l'esperienza.

Ogni scompenso critico (e, più in generale, ogni fluttuazione dell'esperienza) è correlato, più che a specifici eventi esterni (come se si potesse "oggettivamente" definirne a priori la gravità e la significatività), a come soggettivamente l'individuo percepisce e attribuisce un valore a questa esperienza, cercando di integrarla nel senso di sé.

Il fatto che il soggetto percepisca un evento come discrepante (elaborazione che è generalmente tacita, non consapevole) è quindi intimamente legato all'organizzazione di significato personale, e ciò spiega la molteplicità dei significati che può assumere una crisi e la diversità degli esiti che ne possono derivare.

LA DEPRESSIONE NELL'APPROCCIO COGNITIVO SISTEMICO PROCESSUALE

In precedenti lavori del nostro gruppo è stato messo in rilievo il *valore normativo* delle modalità di fluttuazione del tono dell'umore (sia di tipo depressivo che euforico) sulla *maturazione adolescenziale* e, in particolare, sull'assemblaggio degli schemi emozionali, sull'orientamento in senso attivo (di sfida) o passivo (abbandonico) del comportamento e sullo stile affettivo, con conseguenze che

incideranno su tutto il successivo arco di vita (Nardi et al., 1994; Nardi, 1995; Nardi e Pannelli, 1997ab, 1998).

Tenendo presenti i modelli di attaccamento che sono alla base della maturazione dello stile affettivo e relazionale di ciascun individuo, è utile ricordare che, in accordo con la Ainsworth (1985), la Main (1990, 1992) e la Crittenden (1992, 1994), nell'*attaccamento ansioso evitante* (o *difeso*) all'atteggiamento materno più o meno palesemente distaccato e rifiutante corrisponde un congelamento emotivo del figlio, che opera poi un riavvicinamento parziale, cercando di evitare un rifiuto vissuto quasi come ineluttabile; nell'*attaccamento ansioso resistente* (o *coercitivo*), invece, l'atteggiamento materno intrusivo, insicuro e/o incoerente, si associa ad un atteggiamento ansioso del figlio al distacco (manifestato spesso con pianto protratto) e ad una ricerca del contatto con la madre, che appare non del tutto rassicurante, quando non ambivalente o rivendicativa. Tali modalità di attaccamento esprimono un significato adattivo in situazioni relazionali a bassa empatia e possono portare anche, nei casi di evoluzione fisiologica, a modelli integrativi di sé nei quali le *esperienze di distacco e di perdita* vengono gradualmente inquadrare come strategie conoscitive autonome e creative, nelle quali il senso di parziale inaccessibilità della realtà viene comunque accettato e integrato nella propria visione della vita.

D'altra parte, i processi di maturazione che hanno il loro fulcro nella costruzione dell'*identità* si articolano caratteristicamente, nel corso dell'adolescenza, attraverso momenti fisiologici di instabilità, che comportano anche bruschi e transitori abbassamenti del tono dell'umore (cosiddetta "*depressione fisiologica*"), espressione di riassetto critici dell'equilibrio interno, in rapporto alle modalità soggettive di assimilare e di riferire a sé l'esperienza vissuta (Cesari, 1990; Nardi, 1995). Il distacco dai riferimenti ideo-affettivi e culturali che avevano supportato nel corso dell'infanzia i processi conoscitivi e il bisogno di ridefinire, a partire dall'immagine di sé, un nuovo e più personale universo di conoscenze, più articolate e complesse, può infatti favorire la comparsa di atteggiamenti depressivi, specie quando i rapidi e imprevedibili cambiamenti corporei e i mutati ruoli relazionali perturbano un senso di sé ancora precario e instabile, senza che siano disponibili, nell'ottica dell'adolescente, riferimenti alternativi percorribili (Chandler, 1975; Kaplan, 1984; Braconnier, 1993; Nardi, 1995). Pertanto, nel corso della preadolescenza e dell'adolescenza, fisiologiche variazioni del tono dell'umore rivestono un ruolo fondamentale nella maturazione psico-relazionale e, quindi, nella strutturazione della personalità, modulando le capacità individuali, più o meno flessibili, di assimilare l'esperienza, anche quando essa consista in eventi perturbanti sotto il profilo emotivo e relazionale (Reda e Liotti, 1984; Nardi, 1995).

Tali modulazioni del tono dell'umore, più o meno brusche intense e durature, sebbene costituiscano comunque, sul piano fenomenologico, momenti di "*crisi*", intesi come rotture irreversibili dell'equilibrio intrapsichico ("*symmetry breaking*

process", Prigogin
e, quindi, maturat
integrato), sia di t
attraverso disturb
Braconnier, 1993)
"patologia" si con
si faccia riferimen
operino confronti
Il concetto di *crisi*
momenti la cresci
momenti presenta
riscontrabili sia ne
I principali mome
consapevolezza di
non si è accuditi;
abbandonati dalle
di iniziare ad esp
come modo di ve
fare qualcosa di c
queste crisi è stre
nella relazione di
Nell'*adolescenza*
(che comporta un
rilettura in chiave
esprime attraverso
incontrate nella co
In altri termini, s
individuo è unico
può accettare inte
crisi dell'adolesc
tenendo conto che
interni e le richie
contrasto. Come
cambiamenti psic
sia *processi di i*
atteggiamenti di sf
(esibizionistici, tra
di sperimentarsi (l
nella prima infanz
avviati con la pube
di riferimento e a s
essere. In questi pr

process", Prigogine, 1973), possono dare luogo ad esiti diversi, sia di tipo adattivo e, quindi, maturativo (conseguimento di un nuovo equilibrio, più complesso e integrato), sia di tipo disadattivo, con oscillazioni metastabili che si esprimono attraverso disturbi psicopatologici di vario tipo e gravità (Chandler, 1975; Braconnier, 1993). Il passaggio da condizioni di "normalità" a quelle di franca "patologia" si configura, come si è detto, senza soluzioni di continuità, sia che si faccia riferimento a momenti diversi della maturazione personale, sia che si operino confronti tra soggetti diversi o tra gruppi (Nardi, 1995).

Il concetto di *crisi* nel ciclo di vita è importante perché, come si è detto, in certi momenti la crescita ha un *andamento* più regolarmente *lineare*, mentre in altri momenti presenta *cambiamenti improvvisi*. Questi cambiamenti critici sono riscontrabili sia nel bambino che nell'adolescente e nell'adulto.

I principali momenti di crisi dell'*infanzia* accompagnano la comparsa della consapevolezza di sé come individuo separato dalla madre (crisi di pianto se non si è accuditi; paura dell'estraneo intorno al 7-8 mese; timore di essere abbandonati dalle figure di accudimento; esigenza, spesso associata a timore, di iniziare ad esplorare il mondo; scoperta del "no" all'inizio del linguaggio come modo di verificare se è consentito o meno dalle figure di accudimento fare qualcosa di diverso rispetto alle loro richieste). La capacità di superare queste crisi è strettamente legata alle modalità di adattamento che emergono nella relazione di attaccamento.

Nell'*adolescenza* la crisi è strettamente legata all'emergere del pensiero astratto (che comporta una relativizzazione dell'immagine di sé e del mondo e una rilettura in chiave personale di tutte le conoscenze fino ad allora acquisite) e si esprime attraverso molteplici aspetti, tutti comunque riconducibili alle difficoltà incontrate nella costruzione dell'identità.

In altri termini, se le crisi dell'*infanzia* consentono di realizzare che ogni individuo è unico e diverso dagli altri (anche se si può sentire simile a loro e ne può accettare integralmente le regole e i modi di vivere, facendoli propri), le crisi dell'*adolescenza* pongono il problema della scelta di come si vuole essere, tenendo conto che il pensiero astratto fa mettere a fuoco il fatto che i bisogni interni e le richieste esterne possono non coincidere e a volte risultano in contrasto. Come ha messo in evidenza Cesari, le insicurezze legate ai cambiamenti psico-fisici e relazionali dell'*adolescenza* possono allora attivare sia *processi di isolamento e ripiegamento* verso il mondo interno, sia *atteggiamenti di sfida*, ricercando attraverso comportamenti anche provocatori (esibizionistici, trasgressivi, oppositivi, etc.) risposte esterne al proprio bisogno di sperimentarsi (lo stesso bisogno che è stato alla base della scoperta del "no" nella prima infanzia) e di capire quanto si valga. Di fronte ai rapidi mutamenti avviati con la pubertà, l'instabilità adolescenziale porta a cercare nuove figure di riferimento e a specchiarsi negli altri cercando conferme a ciò che si crede di essere. In questi precari e transitori equilibri raggiunti sono i rischi di un periodo

cruciale della vita in cui si cambia in maniera radicale e tumultuosa e nel quale si perdono il rassicurante aspetto infantile e le certezze fornite dal pensiero concreto e si evolve (spesso in modo disarmonico e non sincrono) verso qualcosa di cui, anche sotto il profilo fisico, non si intravedono bene i contorni. L'instabilità fisiologica degli adolescenti si esprime così anche nell'oscillare e nel sovrapporsi di due bisogni opposti: quello di cercare una propria indipendenza e una propria progettualità e quello, ugualmente pressante, di sentirsi confermati e condivisi in questo cammino da parte degli altri.

La crisi adolescenziale, inoltre, implica sempre una dimensione temporale, cioè una rottura della concezione simmetrica del tempo, tipica del bambino, centrata quasi esclusivamente sul presente, con il passaggio ad una visione temporale dinamica tripartita (passato-presente-futuro); può comunque persistere in concreto una sorta di "illusione" di immortalità.

Numerosi contributi, come quelli di Brown e Harris (1978), Diener e Dweck (1980), Adam (1982), hanno confermato che gli scompensi depressivi adolescenziali conseguono a eventi vissuti come perdita (separazioni minacciate o realizzate, rivelazioni che portano a rivedere in negativo l'immagine e il rapporto con una persona significativa, malattie gravi o perdita di una persona cara, sradicamenti sociali e cambiamenti di residenza, fallimenti scolastici o lavorativi, problemi economici, etc.).

Il senso di svalutazione e di disperazione appresa, descritto nei contributi di Selingman (1975) e Diener e Dweck (1980), comporta non solo la sottostima dei successi ottenuti, ma anche la sopravvalutazione dei fallimenti, fino ad attivare scompensi sia di tipo nevrotico che psicotico (questi ultimi con tematiche deliranti a sfondo di rovina).

Gli scompensi si manifestano con un senso di disperazione che tende ad essere generalizzata e che coinvolge tutti i settori dell'esperienza fino a comprendere l'intera esistenza passata, presente e futura.

Il controllo inadeguato della rabbia, che caratterizza questi scompensi, fa oscillare il soggetto tra autoimputazioni e autocommiserazione e lo può spingere a mettere in atto comportamenti autodistruttivi (talvolta associati anche ad azioni eterodistruttive: ad es., omicidio-suicidio) e a far uso di sostanze anestetizzanti come alcol e droghe.

Nel corso dello sviluppo e, in particolare, nell'adolescenza, la difficoltà a livello tacito di tollerare le proprie fantasie distruttive nei confronti dei genitori porta ad un riordinamento esplicito nel quale il soggetto si viene a sentire ostacolato, danneggiato, abbandonato, odiato dal genitore; anzi, spesso questa percezione si estende fino a considerare la società ed il mondo nel complesso come ostili e persecutori (Kaplan, 1984). Ciò porta a chiudersi in sé e, a volte, a rivolgere su di sé la volontà di distruzione, autosvalutandosi, danneggiandosi (anche attraverso comportamenti inadeguati o pericolosi), elaborando fantasie e pensieri suicidi con un coartato senso del reale, per cui è possibile il passaggio all'atto.

Questo si può real
che esprimono al te
veri e propri, a vol
dissimulati e masch
comunque ad un
disinvestimento d
atteggiamenti amb
tanto radicali quant
a vivere come dram
un rimprovero, un
considerazione og
supporto all'ambie
L'inibizione psicom
come avverso e me
di impotenza e di d
In caso di esito po
dell'esperienza di
mano che l'evento c
ad un equilibrio a r
nuove e anche min
Il continuo fluire d
integrando progres
di una propria iden
come qualcosa di
molteplici possibili
le spiegazioni dell'e
i quali ciò che è ac
essere quindi integ
Guidano, 1988, 19
che si selezionano
deve la tendenza a
che questi rinforzin
il fatto di percepir
accettati, incapaci d
ad amare, in colpa
robot o deafferentat
progressivamente c
alla quale non pos
hanno imparato a p
Alla luce di quanto
processuale, vanno
dato forma in ch

Questo si può realizzare sia attraverso azioni dimostrative (*"tentati suicidi"*) che esprimono al tempo stesso protesta e richiesta di aiuto, sia attraverso *suicidi* veri e propri, a volte annunciati più o meno esplicitamente, a volte fortemente dissimulati e mascherati dietro una apparente "normalità" e "serenità", associate comunque ad un ripiegamento sul sé, ad una coartazione affettiva, ad un disinvestimento dalle scelte e dagli interessi finora avuti e, talvolta, ad atteggiamenti ambivalenti. Del resto, l'instabilità adolescenziale, con fluttuazioni tanto radicali quanto brusche (tipo "tutto o niente", "bianco o nero"), può portare a vivere come drammatico e senza speranza un fallimento scolastico o affettivo, un rimprovero, una qualsiasi delusione. Occorre pertanto prendere in seria considerazione ogni disagio evolutivo, dando parallelamente il necessario supporto all'ambiente relazionale nel quale vive il soggetto.

L'inibizione psicomotoria porta a sentirsi impotenti di fronte ad un fato percepito come avverso e meritato; il senso di inutilità dei propri sforzi accresce il senso di impotenza e di disperazione.

In caso di esito positivo, lo scompenso si risolve attraverso una elaborazione dell'esperienza di delusione, con un maggior controllo sull'esperienza, man mano che l'evento discrepante si allontana nel tempo, anche se spesso si giunge ad un equilibrio a margini ristretti, che espone al rischio di recidive di fronte a nuove e anche minime percezioni di delusione e perdita.

Il continuo fluire dell'esperienza, che viene riferito a sé (*"autoreferenzialità"*) integrando progressivamente la costruzione sempre più complessa e articolata di una propria identità (*"autopoiesi"*), nel corso dello sviluppo viene percepito come qualcosa di oggettivamente univoco e definito, e non come una delle molteplici possibilità di raccontarsi la propria storia. In questa trama narrativa, le spiegazioni dell'esperienza utilizzano anche *pattern di autoinganno*, attraverso i quali ciò che è accaduto viene reso coerente con il senso di sé in corso per essere quindi integrato a livello consapevole (Maturana e Varela, 1987, 1988; Guidano, 1988, 1992). Proprio alle modalità abituali di riferirsi l'esperienza, che si selezionano gradualmente a partire dalla relazione di attaccamento, si deve la tendenza a mantenere costanti i temi di negatività, nonostante il fatto che questi rinforzino una immagine svalutata di sé. Negli adolescenti depressi, il fatto di percepirsi come portatori di una negatività personale (sentirsi non accettati, incapaci di fare bene con gli altri, impotenti, non amati o impossibilitati ad amare, in colpa per avere deluso fortemente qualcuno, insensibili come un robot o deafferentati, etc.), pur comportando un disagio personale e relazionale progressivamente crescente, viene vissuto come una realtà ineludibile, di fronte alla quale non possono fare nulla, e non come la modalità abituale con cui hanno imparato a percepirsi.

Alla luce di quanto precedentemente esposto, nell'ottica cognitiva sistemico-processuale, vanno presi in esame sia gli eventi che negli adolescenti hanno dato forma in chiave disadattiva alla crisi e, quindi, allo scompenso

psicopatologico, sia l'andamento nel tempo di questa fase metastabile di disequilibrio nel ciclo di vita, attraverso le modificazioni delle modalità soggettive di assimilare e di autoriferirsi le esperienze vissute.

Mediante l'approccio sistemico-processuale, sono state da noi distinte *tre diverse forme di depressione adolescenziale*, associate a *differenti stili di attaccamento*.

- 1) **Depressione di Tipo I (forma con evitamento dell'esporsi)**; è associata ad una personalità dai confini incerti e indefiniti, con tendenza ad evitare ogni confronto emotivamente significativo con l'altro (depressione a lettura esterna, corrispondente ad uno stile di *attaccamento ansioso resistente o coercitivo*).
- 2) **Depressione di Tipo II (forma con senso di inutilità)**; si connota per un primitivo e marcato senso di inadeguatezza e di fallimento per ogni iniziativa personale (depressione a lettura interna, corrispondente ad uno stile di *attaccamento ansioso evitante o difeso*).
- 3) **Depressione di Tipo III**. Costituisce una *categoria residuale* e comprende:
 - a) forme, più numerose, con caratteristiche comuni ai due tipi precedenti o con aspetti atipici, non inquadrabili in uno di essi; corrispondono generalmente ad uno stile di *attaccamento ansioso resistente* con aspetti anche di tipo *evitante* (**Tipo III-a: forme miste, con evitamento del confronto e senso di negatività personale**);
 - b) forme, meno frequenti ma sufficientemente omogenee, caratterizzate da una lettura di sé antitetica e spiccatamente interna (**Tipo III-b: forme ambivalenti**), con senso di negatività personale legata all'incapacità di rispondere ad una perfezione interna tanto cercata, quanto vissuta come irraggiungibile; corrispondono ad uno stile di *attaccamento difeso* di tipo *genitoriale o coercitivo* (Nardi et al., 1994; Nardi, 1995; Nardi e Pannelli, 1996, 1997ab, 1998).

La sintomatologia depressiva osservata negli adolescenti è stata inquadrata nell'ambito della nostra classificazione sopra riportata; il quadro sintetico dei soggetti finora osservati, con il relativo disturbo depressivo presentato, è riportato nella Fig. 1.

Come si può notare dalla figura, le forme con evitamento (*depressione di Tipo I*) sono le più rappresentate, mentre quelle con primario senso di negatività (*depressione di Tipo II*) sono meno frequenti anche delle forme miste o atipiche (*depressione di Tipo III*); infine, nell'ambito del Tipo III, le forme caratterizzate da senso di ambivalenza (Tipo III-b) costituiscono una minoranza da un punto di vista numerico, pur rivestendo un notevole rilievo sul piano clinico per l'intervento specifico richiesto, dato che sono tutte associate ad una organizzazione di significato personale "tipo ossessivo".

In sintesi, facendo riferimento al concetto guidaniano di "organizzazione di significato personale", le *forme depressive di Tipo I* si riscontrano in una *organizzazione di significato personale "tipo disturbi alimentari psicogeni"*

Tipo III-a (Forme miste)

Tipo II (N= di inutilità)

Fig. 1 - Tipi di depressione in accordo con

(DAP), mentre le "depressive" (DEP) "organizzazione mista" (organizzazioni "tipo depressivo" ("tipo ossessivo" (C nessun adolescente "fobico" (FOB), ne depressivo nel cor somatizzazioni a ca di veri e propri att Per quanto riguarda nei casi di depression di abbassamenti c categorie di esperienze realmente, sia anche famiglia di origine, scolastico o lavorat sé centrata su mo irrealistiche di perfe specie sotto il profilo esse si presentano di perturbanti possono

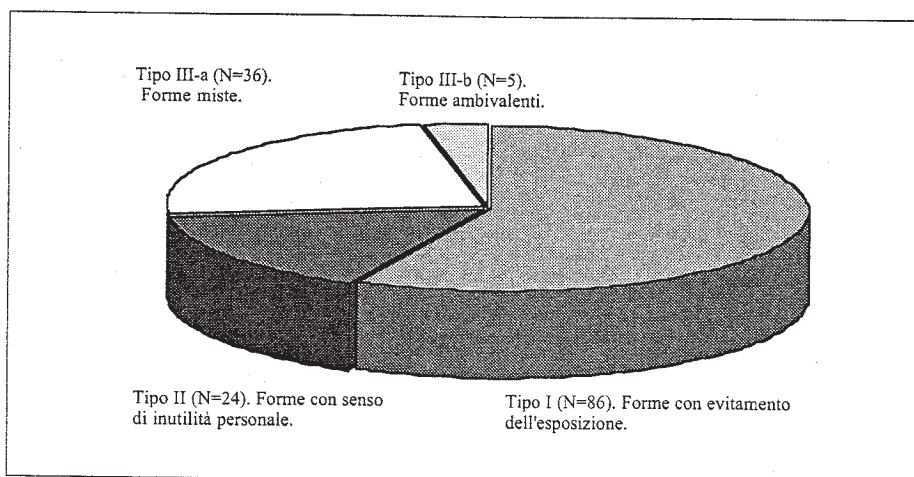


Fig. 1 - Tipi di depressione adolescenziale osservata nei soggetti sottoposti a psicoterapia in accordo con i criteri di Nardi e Pannelli (1-5).

(DAP), mentre le forme di Tipo II si associano ad una *organizzazione "tipo depressivo"* (DEP). Le forme di Tipo III-a si osservano in adolescenti con *organizzazione mista*, talora con prevalenza di tratti "tipo disturbi alimentari psicogeni" (organizzazioni DAP-DEP), talora invece con prevalenza di tratti "tipo depressivo" (organizzazioni DEP-DAP). Infine, nelle forme di Tipo III-b, la sintomatologia depressiva rappresenta uno scompenso di una *organizzazione "tipo ossessivo"* (OSS), spesso con tratti anche delle due forme precedenti. In nessun adolescente depresso è stata osservata sinora una *organizzazione di "tipo fobico"* (FOB), nella quale sono molto rari scompensi manifesti di tipo depressivo nel corso dell'adolescenza, mentre si osservano frequentemente somatizzazioni a carico di vari distretti ed apparati somatici, talora nell'ambito di veri e propri attacchi di panico, con o senza agorafobia.

Per quanto riguarda gli *eventi perturbanti* e le *modalità di scompenso* (Tab. I), nei casi di depressione di Tipo I gli eventi perturbanti correlati con la comparsa di abbassamenti clinicamente rilevanti del tono dell'umore consistono in categorie di esperienza vissute soggettivamente come *disconferme*, sia avvenute realmente, sia anche solo temute o percepite come ineluttabili (nell'ambito della famiglia di origine, del gruppo dei pari, del rapporto affettivo, del curriculum scolastico o lavorativo). Il senso di disconferma si associa ad un'immagine di sé centrata su modelli formali o ideali, conforme ad aspettative a volte irrealistiche di perfezione, mentre precaria appare la capacità di mettere a fuoco, specie sotto il profilo emozionale, il mondo interno e le proprie esigenze, quando esse si presentano disgiunte o in contrasto con atteggiamenti esterni. Agli eventi perturbanti possono corrispondere quadri clinici estremamente diversificati (a

PREZZO L. 3500

Tab. I. - *Eventi perturbanti e relative modalità di scompenso riscontrate negli adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva.*

Depressione	Eventi perturbanti	Modalità di scompenso
Tipo I	Disconferme in ambito familiare, affettivo, scolastico lavorativo	<p>Vedere tutto diverso (nulla ha più significato). Sentirsi isolati, non accettati dal mondo. Sentirsi attaccati da più parti, traditi dall'appoggio. Non riuscire più a dimostrare qualcosa a qualcuno. Sentirsi usati a propria insaputa. Avere timore di fare peggio, di sbagliare e poi pentirsene. Sentire di avere deluso, di essersi mostrati un bluff. Scoprirsi anonimi, diversi, impacciati, brutti, imbranati. Avere paura di fare errori evitando i contatti con gli altri. Sentirsi impotenti, lasciarsi andare e non fare nulla. Avere paura di perdersi e di non trovarsi più. Sentirsi sfuggire la vita senza poterci fare nulla. Temere di non riuscire a riprendere i contatti con gli altri. Sentirsi in colpa per aver deluso fortemente qualcuno. Pugnalata: scoprire che un amico non si fida di loro. Avere la sensazione di non andare bene a nessuno. Sentirsi diversi, estraniarsi, non pensare, non uscire. Guardare come un automa gli altri che fanno le cose. Sentirsi confusi se gli altri parlano con loro. Attaccarsi fortemente a qualcuno ma non riuscire a starci.</p>
Tipo II	Ulteriore perdita abbandono, sconfitta	<p>Sentirsi impotenti, incapaci di reagire. Sentire di non avercela fatta "nemmeno lì". Cercare di toccare il fondo sperando poi di risalire. Sentire che è colpa propria non essere amati Vedersi in un tunnel, con la luce sempre più fioca, lontana. Cercare di non sentire niente, come persone insensibili. Avere paura di affezionarsi a qualcuno o qualcosa. Essere sorpresi se qualcuno si affeziona a loro. Cercare di non chiedere nulla a nessuno. Se gli altri non si ricordano di me non posso farci niente. Pensare a sé è liberarsi degli altri, togliersi di mezzo.</p>
Tipo III-a	Misti	Modalità simili ai due Tipi precedenti.
Tipo III-b	Perdita del controllo su di sé o sul mondo	<p>Ritenere inconcepibile fare qualcosa per se stessi. Cercare di sopportare il dolore finché è sostenibile. Non riuscire a coltivare amicizie senza motivi logici. Sentirsi un manichino imperfetto, un robot che cammina. Sentire di aver tradito le promesse ("quel che si era"). Sentirsi superflui se non per proteggere qualcuno. Non provare piacere per non far accadere cose irreparabili. Dovere rimuovere con rituali ogni pensiero negativo.</p>

volte anche nello
senso di sé confuso
speranza di un cam
futuro remoto ed u
Nella depressione
dell'umore vengon
perdita, di abband
caratterizzate tut
inemendabile) sen
sforzo compiuto c
viene riferito a col
esterno (come si c
empatico da parte
propria negatività
un senso sempre p
Nella depressione
sintomatologia trov
di modalità di scom
mai del tutto inqua
Viceversa, nel Tip
corrispondente, co
tipo "ossessivo"), g
totale e assoluto
imprescindibile lin
scompenso sono c
evento anche lim
percepito come in
reiterato sempre pi
ossessivo-compuls
una incapacità di
serie di dettagli, r
stereotipata, fino a
Nella Tab. II sono
emozioni perturba
osservabili nelle de
Come si può notar
passivo, a controllo
esporsi a fallimen
confermati), corris
centrate sulla verg
coerenza interna l
significative.

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).

Nella depressione di Tipo II gli eventi perturbanti correlati con l'abbassamento dell'umore vengono vissuti, sul piano soggettivo, con un senso di ulteriore *perdita*, di abbandono o di sconfitta, trovando riscontro in modalità di scompenso caratterizzate tutte da un marcato (a volte sentito come ineluttabile e inemendabile) senso di negatività personale. Il vissuto di impotenza, di grande sforzo compiuto cui corrispondono solo modesti, parziali e precari risultati, viene riferito a colpe proprie più che alla mancanza di supporto o di sostegno esterno (come si osserva nel Tipo I): se mai, la mancata risposta sul piano empatico da parte di altri viene percepita come una ulteriore conferma della propria negatività personale, dapprima sospettata o temuta, quindi vissuta con un senso sempre più marcato di rabbiosa o rassegnata certezza.

Nella depressione di Tipo III-a le *caratteristiche miste od atipiche* della sintomatologia trovano riscontro in una notevole varietà di eventi perturbanti e di modalità di scompenso, in parte simili a quelle dei due tipi precedenti, sebbene mai del tutto inquadrabili in uno di essi.

Viceversa, nel Tipo III-b, caratterizzato da un *senso ambivalente* di sé (e corrispondente, come si è detto, ad una organizzazione di significato personale tipo "ossessivo"), gli eventi perturbanti compromettono il bisogno di *controllo totale e assoluto* di sé e della realtà, vissuto da questi soggetti come una imprescindibile linea guida della propria esistenza. In questi casi, le modalità di scompenso sono caratterizzate da un senso di sconfitta totale, 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*, che finisce con il determinare una incapacità di gestire i vari aspetti della propria vita, frammentati in una serie di dettagli, non più associabili in una visione d'insieme non rigida e stereotipata, fino ad arrivare ad un generalizzato senso di sconfitta e di resa.

Nella Tab. II sono riportati i *temi di negatività personale*, le corrispondenti *emozioni perturbanti* e le conseguenti *alterazioni della coerenza interna* osservabili nelle depressioni adolescenziali.

Come si può notare, nella depressione di Tipo I, ad un atteggiamento di base passivo, a controllo esterno (evitamento di situazioni significative per timore di esporsi a fallimenti, pur mostrando al tempo stesso il bisogno di essere confermati), corrisponde 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.

Tab. II. - *Andamento nel tempo dei temi di negatività personale e "reframing" negli adolescenti sottoposti a psicoterapia cognitiva.*

Depressione	Atteggiamento	Emozione di base	Reframing
Tipo I	Passivo a controllo esterno	Vergogna	Intolleranza alla disconferma, con evitamento dell'esposizione in situazioni significative.
Tipo II	Passivo da negatività interna	Colpa	Intolleranza al distacco come riprova di un destino di solitudine e sconfitta.
Tipo III-a	Passivo esterno/interno	Vergogna, Colpa	Intolleranza a disconferme esterne e interne al distacco per negatività personale
Tipo III-b	Passivo da imperfezione interna	Escluse dalla consapevolezza	Intolleranza alla perdita di controllo su parti della realtà, con ambivalenza.

Nella depressione di Tipo II, l'atteggiamento passivo (associato ad un senso più o meno evidente di dolore, fino alla disperazione) si alterna in genere con momenti di reazione anche rabbiosa e violenta, espressione entrambi di una negatività più interna che legata alla considerazione esterna. 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, nonostante gli sforzi compiuti in tal senso), esprime una coerenza interna centrata sull'intolleranza al distacco, percepito come riprova del proprio destino di sconfitta, di solitudine e di rovina.

Nella depressione di Tipo III-a, sono osservabili *caratteristiche intermedie o atipiche* delle due forme precedenti, con una alterazione della coerenza interna nella quale l'intolleranza alla disconferma da parte di figure significative e l'intolleranza al distacco trovano entrambe espressione, con prevalenza di una delle due variabile da soggetto a soggetto.

Infine, nella depressione di Tipo III-b, all'atteggiamento passivo di imperfezione e di negatività interna fa riscontro una marcata tendenza ad escludere le emozioni dalla consapevolezza, riducendole ad argomentazioni logiche. 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.

Come emerge da quanto precedentemente riportato, la messa a fuoco in moviola ("reframing") degli episodi significativi consente di evidenziare sia i meccanismi "taciti", attraverso i quali viene colta l'esperienza immediata, sia le spiegazioni

di tale esperienza. L'esperienza vissuta personale da aspetti soggettive di ordine (depressione di Tipo I) disconferma/non (depressione di Tipo II) significato personale. Pertanto, nell'adimensione transpersonale degli individui, a presenza tale presenza ricomunemente sono manifesti, per dell'organizzazione depressivi conflitti fondamentale per l'accettazione di sé come ad esempio (1997).

Le possibili evoluzioni del disturbo depressivo adattive, con le quali autoriferite ed interprevisionali di sé "sicuro" non esprimono nell'interazione transpersonale (1994; Lambruschini) processuale della conseguire un equilibrio una condizione apparentemente illusoria), di scegliere, di vivere (Maturana e Varela) specie quando esprime crescita individuale. I temi depressivi e la dinamicità delle esperienze soggettive (Villeggi) strutturato di schemi. Le esperienze disconfermate all'osservazione sono

di tale esperienza, operate tramite processi logico-analitici che portano a riferirsi l'esperienza vissuta. E' così possibile spostare la percezione della negatività personale da *aspetti di sé vissuti come oggettivi ed immutabili, a modalità soggettive di ordinare l'esperienza*, in rapporto al significato di disconferma (depressione di Tipo I), di non valore personale (depressione di Tipo II), di disconferma/non valore (depressione di Tipo III-a, forme miste), di imperfezione (depressione di Tipo III-b, forme con ambivalenza) legato all'organizzazione di significato personale di ciascun soggetto.

Pertanto, nell'adolescenza, la presenza di temi depressivi rappresenta *una dimensione trans-organizzazionale*, che può comparire sostanzialmente in tutti gli individui, a prescindere dalla organizzazione di significato personale (sebbene tale presenza ricorra più frequentemente nelle organizzazioni depressive, sia comunemente sostituita da altri sintomi nelle organizzazioni fobiche e si manifesti, per ogni organizzazione, con modalità peculiari proprie dell'organizzazione stessa). La diffusione trans-organizzazionale dei temi depressivi conferma come la loro elaborazione rappresenti un elemento fondamentale per la maturazione ideo-affettiva, la costruzione dell'identità e l'accettazione di sé, analogamente a quanto avviene per altre funzioni psichiche, come ad esempio l'ansia (Galimberti, 1983; Cesari, 1990; Nardi, 1995; Borgna, 1997).

Le possibili evoluzioni, positive (maturative) o negative (involutive) di un disturbo depressivo adolescenziale, sono legate alle modalità, più o meno adattive, con le quali le esperienze immediate a tonalità depressiva vengono autoriferite ed integrate nel senso di sé, dando luogo ad ulteriori modelli previsionali di sé e del mondo. In ogni caso, come l'attaccamento cosiddetto "sicuro" non esprime né l'unica né (in certi casi) la migliore modalità adattiva nell'interazione tra il bambino e le figure che lo accudiscono (Crittenden, 1992, 1994; Lambruschi e Ciotti, 1995), così una lettura in chiave evolutiva e sistemico-processuale della depressione adolescenziale evidenzia l'importanza, per conseguire un equilibrio psico-comportamentale flessibile ed adattivo, non di una condizione aprioristicamente "serena" e "senza problemi" (tanto superficiale quanto illusoria), ma della capacità di valutare la realtà nei suoi chiaro-scuro e di scegliere, di volta in volta, i significati e le strade che appaiono più "viabili" (Maturana e Varela, 1987, 1988; Guidano, 1988, 1992) sul piano soggettivo, specie quando esperienze perturbanti si affacciano ineludibili sul cammino della crescita individuale.

I temi depressivi adolescenziali evidenziano inoltre la processualità e la dinamicità delle modalità di costruzione personale delle "trame narrative" soggettive (Villegas, 1993, 1994), denotando quindi un nucleo non ancora ben strutturato di schemi emozionali e di costruzioni cognitive ad essi correlate.

Le esperienze discrepanti all'origine della perturbazione critica che ha portato all'osservazione sono consistite in situazioni percepite come espressioni di: a)

CASA EDITRICE L. TREVISINI - MILANO
PREZZO L. 3500

conflittualità familiare; b) fallimento o perdita affettiva; c) evento di lutto scarsamente elaborato; d) fallimento scolastico; e) fallimento lavorativo; f) delusione da parte di una figura significativa.

La Tab. III mostra le emozioni perturbanti, sia primarie che secondarie, osservate all'inizio della terapia. Tra le più frequenti sono risultate le seguenti: a) paura; b) rabbia; c) tristezza; d) sorpresa; e) disgusto; f) disperazione; g) vergogna; h) colpa; i) imbarazzo; l) rammarico; m) collera; n) disprezzo; o) ambivalenza.

In particolare, relativamente ai soggetti con depressione Tipo I, si è rilevata una prevalenza di vergogna, colpa e disperazione; nei soggetti con depressione tipo II si sono osservate soprattutto attivazioni emotive di rabbia, tristezza, disgusto, disperazione, colpa, rammarico e collera; nei soggetti con depressione tipo III-a sono emerse attivazioni emotive comuni alle due forme precedenti; i soggetti con depressione tipo III-b, infine, hanno presentato in particolare contenuti di ambivalenza, disprezzo, disgusto e colpa.

Nella Tab. IV sono riportate le principali caratteristiche cliniche presentate all'inizio della terapia, così come sono emerse nelle trame narrative dei pazienti trattati.

Il grado di flessibilità è apparso scarso soprattutto nei soggetti con depressione Tipo II e Tipo III-a; un discreto rapporto concretezza/astrazione si è osservato in tutti i soggetti, ma in particolare in quelli con depressione Tipo III-b; il livello di complessità è apparso basso nei soggetti con depressione Tipo I e III-a e più elevato nei soggetti con depressione Tipo III-b; un tasso di somatizzazione particolarmente elevato, infine, ha caratterizzato le trame narrative di soggetti con depressione Tipo I.

Tab. III. - Emozioni presenti nei vari tipi di depressione osservate all'inizio della terapia in maniera elevata (+++), moderata (++) o modesta (+)

	Tipo I	Tipo II	Tipo III-a	Tipo III-b
Paura	+	+	+	++
Rabbia	+	+++	++	+
Tristezza	++	+++	++	++
Sorpresa	++	+	+	+
Disgusto	+	+	+	+++
Disperazione	+	+++	++	++
Vergogna	+++	+	++	+
Colpa	+++	+++	++	+++
Imbarazzo	+++	+	++	+
Rammarico	++	+++	++	++
Collera	++	+++	++	+
Disprezzo	+	+	+	+++
Ambivalenza	+	+	+	+++

Tab. IV. - Caratteristiche cliniche osservate all'inizio della terapia in maniera elevata (+++), moderata (++) o modesta (+)

Grado di flessibilità
Rapporto concretezza/astrazione
Livello di complessità
Tasso di somatizzazione

In definitiva, le caratteristiche cliniche risultate, nel complesso, sono quelle che caratterizza questa forma di depressione. Più in dettaglio, la depressione Tipo I è connessa con l'ossessione, la riformulazione della condizione fondata sulla base di tale premessa rivestono un significato quanto piuttosto acuto di riordinamento e di chiarimento delle specifiche organizzative.

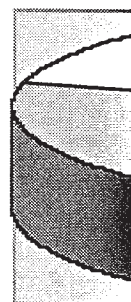


Fig. 2 - Modalità di presentazione della depressione (Pannelli, 1998)

Tab. IV. - *Caratteristiche cliniche presentate all'inizio della terapia, valutate secondo la seguente scala: livello elevato (+++), livello intermedio (++), livello basso (+)*

	Tipo I	Tipo II	Tipo III-a	Tipo III-b
Grado di flessibilità	++	+	+	+
Rapporto concretezza/astrazione	++	++	++	+++
Livello di complessità	+	++	+	+++
Tasso di somatizzazione	+++	+	++	+

In definitiva, le capacità di integrazione del sé negli adolescenti depressi sono risultate, nel complesso, discrete, pur tenendo conto della fisiologica instabilità che caratterizza questa fase della vita.

Più in dettaglio, la modalità di lettura del sé (Fig. 2) è risultata strettamente connessa con l'organizzazione di significato personale e quindi con la riformulazione del problema, presentato in termini di internalità/esternalità, condizione fondamentale al successivo sviluppo del lavoro terapeutico.

Sulla base di tale premessa, emerge evidente che gli eventi di scompenso non rivestono un significato oggettivo e univoco, valido per tutti i soggetti depressi, quanto piuttosto acquistano valenze diverse in relazione alle modalità soggettive di riordinamento dell'esperienza vissuta. Tale modalità soggettiva è apparsa chiaramente correlata con i pattern di attivazione emozionale che connotano le specifiche organizzazioni di significato personale di ciascun soggetto.

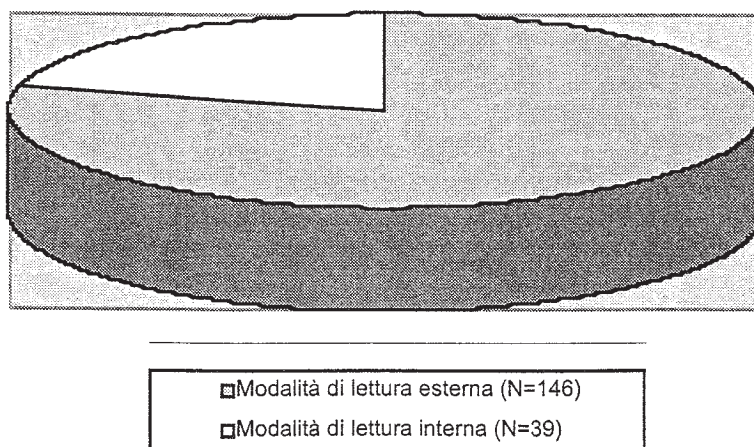


Fig. 2 - *Modalità prevalente di lettura del sé negli adolescenti depressi (da Nardi e Pannelli, 1998)*

CASA EDITRICE L. TREVISINI - MILANO
PREZZO L. 3500

A questo proposito, la trama narrativa, che a livello esplicito si esprime sotto forma di spiegazioni razionali enunciate nel discorso secondo criteri di ordinamento dialogico-deduttivo, nasconde una notevole complessità dell'organizzazione individuale del sé. Infatti, dalla ricostruzione delle esperienze significative che la connotano, come emerge durante il lavoro terapeutico, è possibile risalire alle componenti tacite di ordinamento dell'esperienza e alle corrispondenti attivazioni emozionali.

Per quanto riguarda, infine, l'evoluzione dei principali aspetti clinici, anch'essi strettamente correlati con il tipo di depressione (e quindi con la sottesa organizzazione di significato personale), è possibile individuare in generale aspetti prognostici positivi in un alto grado di flessibilità, di astrazione e di complessità. Ovviamente, l'espressione di tali potenzialità, cioè di una più adattiva modalità di riordinare l'esperienza vissuta dall'adolescente, è subordinata ad un adeguato lavoro terapeutico.

La possibilità di riconoscere e riferire a sé aspetti delle tonalità emotive prima del tutto (o in parte) ignorati può pertanto consentire un graduale cambiamento nelle modalità di percepire la propria negatività, passando da una visione di sé percepita come *oggettivamente* data e irreversibilmente determinata (per costituzione o per destino), alla messa a fuoco delle proprie *modalità soggettive* (abituale ma non uniche o irreversibili) di riordinare la propria esperienza, come in una trama narrativa (Villegas, 1993, 1994), attribuendo loro di volta in volta significati, come si è detto, di disconferma personale (depressione di Tipo I), di non valore personale (depressione di Tipo II), di disconferma/non valore (depressione di Tipo III-a, forme miste), di imperfezione (depressione di Tipo III-b, forme con ambivalenza).

CONCLUSIONI

In accordo con quanto precedentemente riportato, la psicoterapia cognitiva sistemico-processuale consente un approccio particolarmente utile alla depressione adolescenziale, condotto tenendo presente la specifica organizzazione cognitiva di significato personale, nel cui ambito si articolano i temi di negatività sulla base dei pattern emozionali peculiari di ciascun soggetto. A questo proposito, l'individuazione di forme diverse di depressione adolescenziale (la cui sintomatologia costituisce pertanto una espressione trans-organizzazionale) permette una lettura mirata dei vari sintomi e dei temi di negatività in un'ottica evolutiva, partendo dai modelli di attaccamento e ponendo l'accento sull'organizzazione di significato personale.

Muovendo dagli eventi perturbanti e dalle modalità di scompenso (viste rispetto a come l'adolescente si propone soggettivamente il suo problema), è possibile operare infatti una riformulazione clinica della sintomatologia depressiva,

fornendo una chiara delle emozioni per dell'esperienza che E' possibile in tal m che tenga conto c progressiva acquisi più "viabile" sul p organizzazione cog Gli eventi experien il profilo emoziona con strumenti conc mondo interno ed depressivo aveva, a Attraverso il lavor valore di crescita di dell'umore caratte processo maturativ una messa a fuoco stesso dai miti illu tipo "tutto-o-nulla"

BIBLIOGRAFIA

- Adam K.S.: Loss, suici of Attachment in Hum
- Ainsworth M.D.S.: Pat Bulletin of the New Yo
- Bartlett F.C.: La Mem (Edizione originale: 19
- Borgna E.: Le Figure d
- Braconnier A.: Dépress 214 A10, 1-4, 1993.
- Brent D.A., Holder D., A clinic psychotherapy therapy. Archives of Ge
- Brown G.W., Harris T.
- Cesari G.: La triade ad Familiare Bolognese, E
- Chandler M.J.: Relativ 18, 171-180, 1975.

fornendo una chiave di lettura che permetta una messa a fuoco consapevole delle emozioni perturbanti e delle modalità di spiegazione e di autoattribuzione dell'esperienza che vengono vissute come disadattive e disfunzionali.

E' possibile in tal modo conseguire un nuovo e più complesso equilibrio interno, che tenga conto dei processi maturativi in corso (e, in particolare, della progressiva acquisizione delle capacità logiche astratte) e che consenta una lettura più "viabile" sul piano soggettivo di ciò che accade, nell'ambito della specifica organizzazione cognitiva di significato personale di ciascuno.

Gli eventi esperienziali pregressi, attuali e futuri, vissuti come discrepanti sotto il profilo emozionale, possono essere così colti secondo angolature diverse e con strumenti conoscitivi nuovi, con una più duttile ed ampia messa a fuoco del mondo interno ed esterno, liberando potenzialità e risorse che lo scompenso depressivo aveva, a volte drammaticamente, bloccato e represso.

Attraverso il lavoro psicoterapeutico, (che permette di recuperare l'intrinseco valore di crescita di una visione "anche" depressiva di sé e del mondo), il disturbo dell'umore caratterizzante la crisi adolescenziale può allora risolversi in un processo maturativo, favorendo l'acquisizione di un nuovo senso di realtà, con una messa a fuoco dell'esperienza articolata nei chiaro-scuri, distante al tempo stesso dai miti illusori propri dell'infanzia e da una visione adulta ma rigida, tipo "tutto-o-nulla", dell'esistenza.

BIBLIOGRAFIA

Adam K.S.: Loss, suicide and attachment. In: Parkes C.M., Stevenson-Hinde J. (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*. Tavistock, London, 1982.

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.

Bartlett F.C.: *La Memoria: Studio di Psicologia Sperimentale e Sociale*. Angeli, Milano, 1974 (Edizione originale: 1932).

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.

Brent D.A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C., Iyengar S., Johnson B.A.: A clinic psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885, 1997.

Brown G.W., Harris T.: *Social Origins of Depression*. Tavistock, London, 1978.

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

Chandler M.J.: Relativism and the problem of epistemological loneliness. *Human Development*, 18, 171-180, 1975.

- 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.
- Diener C.I., Dweck C.S.: An analysis of learned helplessness, 2, The processing of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 940-952, 1980.
- Galimberti U.: Il Corpo. Feltrinelli, Milano, 1983.
- Garrison C.Z., Addy C.L., Jackson K.L., McKeown R.E., Waller J.L.: Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Journal of Epidemiology*, 135(7), 792-802, 1992.
- Greenberg L.S., Safran J.D. (Eds.): *Emotions in Psychotherapy*. Guilford, New York, 1987.
- 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).
- Guidano V.F., Liotti G.: *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford, New York, 1983.
- Kaplan L.J.: *Adolescence. The Farewell to Childhood*. Touchstone, New York, 1984.
- Lambruschi F., Ciotti F.: Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia. *Età Evolutiva*, 52, 109-124, 1995.
- Lewinsohn P.M., Rohde P., Klein D.N., Seeley J.R.: Natural course of adolescent major depressive disorder: Continuity into young adulthood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 56-63, 1999.
- Mahoney M.J.: *Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions*. Plenum Press, New York, 1980.
- Mahoney M.J.: *Human Change Processes. The Scientific Foundation of Psychotherapy*, Basic Books, New York, 1991.
- Main M., Solomon J.: Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (Eds.), *Attachment in the Preschool Years*. Chicago, University of Chicago Press, 1990.
- Main M., Hesse E.: Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammanniti M., Stern D. (Ed.): *Attaccamento e Psicoanalisi*. Laterza, Bari, 1992.
- Maturana H., Varela F.: *Autopoiesis and Cognition. The Realization of the Living*. Reidel, Dordrecht, 1980 (Ed. it.: *Autopoiesi e Cognizione*. Marsilio, Venezia, 1988).
- Maturana H., Varela F.: *The Tree of Knowledge*. Shambhala, Boston, 1987 (Ed. it.: *L'Albero della Conoscenza*. Garzanti, Milano, 1987).
- Morin E.: *Introduction a la Pensée Complexe*. Seuil, Paris, 1990.
- Nardi B.: La depressione. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. IRS L'Aurora, Ancona, 1995.
- Nardi B., Pannelli G.: Adolescent depression: New perspectives according to a cognitive post-rationalist approach. In: X World Congress of Psychiatry. World Psychiatric Association, Madrid, 1996.

- Nardi B., Pannelli G.: L'adolescenza in un'ottica cognitivista.
- Nardi B., Pannelli G.: Adolescenza e Complessità & Cambiamenti.
- Nardi B., Pannelli G.: Adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia.
- Nardi B., Pannelli G.: L'adolescenza cognitivista post-razionista.
- Neimeyer G.J., Lyddon J.: *Cognitive Psychotherapy*.
- Olsson G.I., Von Knorring L.: Depressed students. *Acta Psychiatrica*.
- Prigogine I.: *Irreversibilità*.
- Reda M.A.: *Sistemi Cognitivi*.
- Reda M.A., Liotti G., Ugo A.A.V.V. (Eds.), *La Cognizione*.
- Scrimali T., Grimaldi L.: *La Cognizione*.
- Seligman M.E.P.: *Hearts of Men*. San Francisco, 1975.
- Van den Berg O., Eelen W. (Eds.), *Cognitive Psychology*.
- Villegas M.: *La entrevista*.
- Villegas M.: *Costruzione della Persona*, 25, 1994.
- Weimer W.B.: *Notes on the Development of the Self*.
- Weiner M.I.: *Cognitive Psychology*. New York, 1985.
- Zeleny M. (Ed.): *Autopoiesis*. 1981.

- 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, 1997a.
- Nardi B., Pannelli G.: Approccio cognitivo, sistemico-processuale, alla depressione adolescenziale. *Complessità & Cambiamento*, 6(2), 42-52, 1997b.
- Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Rivista di Psichiatria*, 33(6), 277-286, 1998.
- Nardi B., Pannelli G., Poletti F., Marchesi G.F.: La depressione adolescenziale nell'approccio cognitivistico post-razionalista. *Neurologia Psichiatria e Scienze Umane*, 14 (6), 995-1009, 1994.
- Neimeyer G.J., Lyddon W.J.: Constructivist psychotherapy: Principles into practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(3), 155-157, 1993.
- Olsson G.I., Von Knorring A.L.: Adolescent depression: Prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 324-331, 1999.
- 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., Liotti G.: Un modello cognitivo della depressione. Aspetti teorici e sperimentali. In: A.A.V.V. (Eds.), *La Condizione Depressiva*. Masson, Milano, 1984.
- Scrimali T., Grimaldi L.: *Sulle Tracce della Mente*. Angeli, Roma, 1991.
- Seligman M.E.P.: *Helplessness: On Depression, Development and Death*. Freeman, San Francisco, 1975.
- Van den Berg O., Eelen P.: Unconscious processing and emotions. In: Reda M.A., Mahoney M.J. (Eds.), *Cognitive Psychotherapies*. Ballinger, Cambridge (Mass.), 1984.
- Villegas M.: La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 38-87, 1993.
- Villegas M.: Costruzione narrativa dell'esperienza e psicoterapia. *Psicobiettivo*, 14(1), 31-41. 25, 1994.
- Weimer W.B.: *Notes on Methodology of Scientific Research*. Erlbaum, Hillsdale, 1979.
- Weiner M.I.: *Cognitive-Experiential Therapy: An Integrative Ego Psychotherapy*. Brunner-Mazel, New York, 1985.
- Zeleny M. (Ed.): *Autopoiesis: A Theory of Living Organization*. North Holland Press, New York, 1981.

Giorgio Pannelli

LA PSICOTERAPIA COGNITIVA SISTEMICO PROCESSUALE NEI DISTURBI DEPRESSIVI ADOLESCENZIALI

INTRODUZIONE

L'adolescenza rappresenta una fase delicata e talora estremamente problematica dello sviluppo di un individuo. Accanto ai profondi mutamenti corporei innescati dalla pubertà, si assiste anche ad altrettanto profondi cambiamenti in ambito sociale e relazionale (crisi adolescenziale) (Nardi, 1995).

L'emergenza del pensiero astratto determina e accompagna una radicale quanto brusca trasformazione delle interazioni ambientali dell'adolescente (riarrangiamento completo): si modificano le regole e il tenore del controllo esercitato dai genitori; avvengono i primi distacchi e le prime delusioni nei confronti dell'ambiente familiare; ha inizio la lotta per l'autonomia, con la conseguente relativizzazione dell'immagine delle figure parentali con tutto il loro carico di difetti e di problemi; il passaggio dalla Scuola Elementare (vista come una sorta di prolungamento della famiglia di origine) alla Scuola Media segna l'ingresso dell'adolescente in un mondo di nuovi e più complessi rapporti con gli altri (gruppo dei pari, prime relazioni affettive etc.), per cui l'adolescente si vede costretto a cimentare quotidianamente le proprie competenze con le continue e nuove sollecitazioni e perturbazioni ambientali (Nardi, 1995; Cesari, 1990).

Appare evidente, quindi, come tale fase di sviluppo possa fisiologicamente essere punteggiata da più o meno intensi e prolungati vissuti di tipo depressivo, così come appare altrettanto evidente che difficoltà nel riarrangiamento e nella gestione delle esperienze che caratterizzano questo periodo possano porre le basi per l'instaurarsi di una modalità depressiva di elaborazione e di autoriferimento dell'esperienza francamente patologica e disadattiva (Reda e Liotti, 1984; Nardi e Pannelli, 1996; Nardi e Pannelli, 1997a; Nardi e Pannelli, 1997b; Nardi e Pannelli, 1998).

Diversi studi indicano un'incidenza di depressione adolescenziale stimabile tra il 3% e il 13%, con una scarsa efficacia dei trattamenti psicofarmacologici normalmente impiegati negli adulti (percentuali di remissione intorno al 30%) (Brent e coll., 1997).

Pertanto risultano di fondamentale importanza tanto un tempestivo inquadramento diagnostico del problema quanto un precoce ed adeguato

approccio psico
un maggior grad
più adattiva in te

IL MODELLO

Negli ultimi ven
e radicale evoluz
dei sistemi com
1987; Maturana
ed autorganizzar
da una prospet
oggettivamente c
(modello cogniti
costruzione della
afferma un prima
giusta e di una co
dall'organismo c
percorso che sta
In quest'ottica, l'
di essere al mo
dell'organismo e
conoscenza deve
prospettiva del so
Varela, 1988; Gu
Più in dettaglio,
immediata (livell
stessi) e process
(livello razionale
emergere da un
spiegazione dell
coerenza interna
(Guidano, 1988;
In accordo con G
di significato pe
sottendenti l'elab
individuo, pur sp
di vita, mantiene s
A partire dalle sp
sperimentate nei
Solomon, 1990;

approccio psicoterapeutico, che permetta all'adolescente il conseguimento di un maggior grado di flessibilità interna e quindi una riorganizzazione personale più adattiva in termini interni ed emozionali.

IL MODELLO CONGNITIVO SISTEMICO PROCESSUALE

Negli ultimi vent'anni il pensiero cognitivista è andato incontro ad una profonda e radicale evoluzione. In accordo con le recenti riflessioni proposte dalla teoria dei sistemi complessi e dagli studi di Maturana e Varela (Maturana e Varela, 1987; Maturana e Varela, 1988; Maturana, 1993) sulle capacità autopoietiche ed autorganizzantesi dei sistemi viventi, il focus dell'osservazione si è spostato da una prospettiva razionalista ed empirista, che presuppone una realtà oggettivamente data e conoscibile come tale, ad una prospettiva post-razionalista (modello cognitivo sistemico processuale), che si interroga sulle modalità di costruzione della conoscenza umana (rivoluzione epistemologica) e in cui si afferma un primato della soggettività: non si può più parlare di una conoscenza giusta e di una conoscenza sbagliata perché questo giudizio può provenire solo dall'organismo che conosce e che può decidere e valutare quanto sia viabile il percorso che sta compiendo (Bocchi e Ceruti, 1985; Watzlawik, 1988).

In quest'ottica, l'ordine in cui viviamo coesiste con noi e con la nostra esperienza di essere al mondo. La conoscenza rappresenta pertanto l'attività base dell'organismo e conoscere significa esistere; pertanto, lo stesso significato di conoscenza deve essere considerato da una prospettiva ontologica, cioè dalla prospettiva del soggetto che la possiede (Maturana e Varela, 1987; Maturana e Varela, 1988; Guidano, 1988; Guidano, 1992; Maturana, 1993).

Più in dettaglio, si possono distinguere due possibili livelli di esperienza: immediata (livello emotivo della percezione del vivere, del sentire di essere se stessi) e processo e necessità di riferire a sé e spiegare l'esperienza vissuta (livello razionale, peculiare dell'essere umano). I contorni del Sé risultano così emergere da una continua dialettica tra esperienza immediata (tacita) e spiegazione dell'esperienza (esplicita), finalizzata al mantenimento della coerenza interna e alla gestione delle perturbazioni provenienti dall'ambiente (Guidano, 1988; Guidano, 1992).

In accordo con Guidano, è così possibile proporre il concetto di "organizzazione di significato personale" come "lo specifico assemblaggio dei processi sottendenti l'elaborazione del significato personale grazie al quale ciascun individuo, pur sperimentando numerose trasformazioni nel corso del suo ciclo di vita, mantiene sempre il suo senso di unicità personale e di continuità storica". A partire dalle specifiche modalità di attaccamento con le figure genitoriali sperimentate nei primi anni di vita (Bowlby, 1972; Ainsworth, 1985; Main e Solomon, 1990; Main e Hesse, 1992; Crittenden, 1994; Holmes, 1994;

Lambruschi e Ciotti, 1995) e dalla conseguente graduale selezione delle tonalità emotive di base che caratterizzano l'esperienza immediata, l'organizzazione di significato personale si viene delineando come la soggettiva modalità, peculiare di ciascun individuo, di costruirsi un senso e di dotare di senso la realtà esterna (Galimberti, 1987; Guidano, 1988; Guidano, 1992; Borgna, 1997).

Partendo da queste premesse, si sono individuate quattro principali organizzazioni di significato personale (Guidano, 1988; Guidano 1992). L'organizzazione "tipo disturbo alimentare psicogeno" è tipica di soggetti che, sulla base di un attaccamento ambiguo, hanno strutturato un Sé dai contorni vaghi e indefiniti, costantemente dipendente da una realtà esterna percepita come in grado di confermare o disconfermare la autostima e amabilità del soggetto. Pertanto, ogni input esterno percepito o temuto come disconfermante innesca vissuti emotivi di vergogna e inferiorità con conseguenti comportamenti di evitamento e/o di chiusura.

Nell'organizzazione "depressiva", conseguenza di un'esperienza di attaccamento con genitori evitanti e freddi, il Sé si struttura intorno ad un tema centrale di perdita e di solitudine, di ineluttabile fallimento esistenziale, con attivazioni emotive oscillanti fra le polarità della rabbia e della disperazione.

L'organizzazione "fobica" si osserva in soggetti che hanno sperimentato un pattern di attaccamento ansioso ed iperprotettivo. Il Sé si struttura pertanto sul tema centrale del controllo rispetto a due bisogni antitetici: quello di prossimità fisica ad una figura percepita come protettiva e quello del mantenimento di una adeguata distanza da essa che consenta il necessario senso di libertà personale. La perdita di tale controllo si associa ad attivazioni emotive di paura o di costrizione.

Nell'organizzazione "ossessiva", infine, tipica di soggetti con pattern di attaccamento ambivalente, i contorni del Sé oscillano tra la costante ricerca di adesione ad un modello interno di perfezione e l'incapacità di conseguire tale obiettivo, con tendenza ad una rigida esclusione dei pattern di attivazione emotiva e ad analitiche spiegazioni razionali dell'esperienza.

Come detto, l'adolescenza rappresenta, nell'arco del ciclo di vita, un momento particolarmente critico di perturbazione del senso di Sé, cui il soggetto risponde sulla base della specifica organizzazione di significato personale e del grado di flessibilità e astrazione raggiunti dal sistema. In precedenti studi è emerso come scompensi depressivi caratterizzino soprattutto adolescenti con organizzazione tipo "disturbo alimentare psicogeno", con organizzazione "depressiva", e con organizzazione mista, con aspetti comuni agli altri due tipi, assumendo in ciascuno di essi caratteristiche precise e diagnosticamente riconoscibili e distinguibili.

In questo senso la depressione adolescenziale rappresenta un ambito patologico in cui un adeguato intervento psicoterapeutico secondo il modello descritto può consentire un cambiamento del sistema, con incremento della flessibilità interna

e conseguente sviluppo emotivamente perturbato.

L'INTERVENTO

Riformulazione

Le prime sedute rapide del lavoro terapeutico ad orientarsi fin dall'inizio del soggetto, presentando il problema presentato. In un contesto del terapeuta e paziente "saggio illuminato" e/o preoccupato ci focalizzare l'attenzione convinzioni; in altre di ricercare, oltre i disturbi, i pattern riferisce e si spiega. In questo senso, il primo intervento terapeutico di sintomi, cioè del problema significativo all'internalità; si è ancora messo a fuoco mettendolo in relazione. Pertanto, piuttosto che il terapeuta comincerà a permettere l'emergere coinvolgente. Relativamente alla specifica organizzazione come tipici eventi familiari, delusioni, attivazioni emotive, disperazione e paure stalli esistenziali. Fin dalle prime sedute della sua attenzione

e conseguente sviluppo di più adattivi pattern di gestione delle esperienze emotivamente perturbanti.

L'INTERVENTO TERAPEUTICO

Riformulazione del problema e strutturazione del setting

Le prime sedute rappresentano il momento più delicato e anche il più importante del lavoro terapeutico. E' di fondamentale importanza per il terapeuta riuscire ad orientarsi fin dall'inizio sul tipo di organizzazione di significato personale del soggetto, premessa indispensabile ad una corretta riformulazione del problema presentato.

In un contesto definibile essenzialmente come *cooperazione esplorativa* tra terapeuta e paziente, il terapeuta, lungi dall'assumere un atteggiamento da "saggio illuminato", deve evitare attentamente qualsiasi atteggiamento critico e/o preoccupato circa i problemi presentati dal paziente. Al contrario, egli deve focalizzare l'attenzione del paziente sulle modalità con cui egli elabora le proprie convinzioni; in altri termini, l'obiettivo principale del lavoro deve essere quello di ricercare, oltre l'apparente ineluttabilità ed estraneità delle emozioni disturbanti, i pattern di coerenza interna e il senso ultimo con cui il paziente si riferisce e si spiega l'esperienza immediata.

In questo senso, una corretta riformulazione del problema rappresenta già un primo intervento terapeutico. Il paziente presenta il suo problema sotto forma di sintomi, cioè di disturbi con caratteristiche di esternalità. Riformulare il problema significa, quindi, ricondurre il/i sintomi al senso di Sé, ricondurli all'internità; significa porre il problema come un aspetto, non chiaro e non ancora messo a fuoco, del proprio modo di essere, un aspetto che va ricostruito mettendolo in relazione al modo di sentirsi del soggetto in questione.

Pertanto, piuttosto che indagare sulla validità e veridicità dei contenuti esposti, il terapeuta comincia a ricercare il loro significato complessivo, così da permettere l'emergere di un punto di vista allo stesso tempo alternativo e coinvolgente.

Relativamente alla depressione adolescenziale e facendo riferimento alla specifica organizzazione di significato personale del soggetto, appare evidente come tipici eventi quali fallimenti scolastici, delusioni affettive, conflittualità familiare, delusione da parte di una figura significativa, etc., possano indurre attivazioni emotive di vergogna, colpa, senso di inadeguatezza personale, rabbia, disperazione e paura, e tradursi in temi di scompenso depressivo e di potenziale stallo esistenziale.

Fin dalle prime sedute il terapeuta deve orientare il paziente a spostare il focus della sua attenzione dalle spiegazioni razionali che egli offre del proprio problema

(recriminazioni e rivendicazioni sugli altri, senso di ineluttabile incapacità e fallimento personale, etc.) a come l'esperienza immediata del soggetto ha preso forma durante lo svolgersi dei fatti riferiti, operando continui passaggi da un livello all'altro. L'obiettivo è quello di permettere al paziente di comprendere e valutare le differenze esistenti tra il fluire dell'esperienza immediata e le sue modalità di autoriferimento e spiegazione.

In questo modo, si viene strutturando un setting terapeutico centrato su una *procedura di autoservazione*: il paziente viene gradualmente guidato a ri-orientare la propria attenzione non solo analizzando come racconti a sé e agli altri i propri eventi di vita e le proprie emozioni, ma anche mettendo a fuoco la struttura della propria esperienza emotiva nella situazione. Elemento centrale di questo lavoro è far capire al paziente che è importante non tanto il "perché" di una certa situazione (spiegazione razionale e attribuzione esterna), quanto il "come" era fatto ciò che si è provato nella situazione (gli "ingredienti" che hanno dato forma a quell'esperienza emotiva, e cioè scenari immaginativi, tonalità emotive di base, senso di Sé, etc.). Questo significa porre gradualmente il paziente (cioè il soggetto che esperisce, conosce e organizza la propria conoscenza in una trama narrativa coerente) al centro della propria vita, non più come un individuo passivo in balia degli altri e di eventi esterni oggettivi, ma come un protagonista attivo della propria esistenza.

Riordinamento dell'esperienza immediata

Rappresenta la seconda fase del trattamento e occupa generalmente i primi 4-7 mesi di terapia. Una volta istruito il paziente circa il metodo di autoservazione, il lavoro terapeutico vero e proprio consiste nel ricostruire tutta l'esperienza immediata.

Si chiede al paziente di annotare su un taccuino tutti gli episodi critici della settimana, cioè quegli episodi individuati come significativi sulla base della riformulazione del problema presentato.

In seduta, poi, si procede ad una ricostruzione dettagliata di tali avvenimenti, istruendo il paziente nella tecnica del "*panning*" cinematografico: la scena va smontata in fotogrammi disposti in successione cronologica e ripercorsa avanti e indietro al rallentatore ("*ricostruzione alla moviola*"), andando a mettere a fuoco gli aspetti peculiari di ciascun fotogramma (personaggi presenti, caratteristiche dell'interazione, postura, mimica e linguaggio non verbale, etc.), così da far emergere di volta in volta dettagli nuovi, inizialmente passati inosservati. Tali dettagli vengono quindi inseriti nella scena cosicché questa si modifica, assumendo nuove connotazioni le quali, a loro volta, fanno emergere ancora altri particolari e così via ("*reframing*").

Il soggetto, inoltre, impara a ricostruire il fotogramma secondo due diversi punti di vista: soggettivo ("*zooming in*": egli è il protagonista della scena e deve

ricostruire ciò che
egli è uno spettato
scena si sentono ri
acquisisce una p
comportamento pu
di sé, ma anche e
comporta così, com
Con il reframing d
differenziare ciò ch
dell'esperienza) e
ricostruirsi.

E' durante questa f
al paziente il "perch
è fatta una certa e
incremento della ca
ricostruzione il so
coerenza interna (c
delle proprie modal
Questo continuo lav
essa venga spiegata
del soggetto, comp
paziente riesce a ve
sue molteplici sfu
l'emergenza contin
connesse al cambia
emozioni e in assen
Il progressivo miglio
aumento del beness
dal fatto che, mano a
capacità di autosser
anche ad altri settor
una modalità usuale

Analisi della storia

L'ultima fase del l
sviluppo. dalla nasc
scompenso che ha c
Questo momento, c
soggetto, di norma c
paziente a ricostru
strutturato quella o

ricostruire ciò che sente in quella data immagine) e oggettivo (*"zooming out"*: egli è uno spettatore esterno e deve inferire come gli altri protagonisti della scena si sentono rispetto a ciò che egli dice e fa). In questo modo, il paziente acquisisce una progressiva capacità di demarcarsi dagli altri, il cui comportamento può ora essere letto non più o non solo come informazione su di sé, ma anche e primariamente come informazione sull'altro ("chi è se si comporta così, come si vede, come vede il mondo?").

Con il reframing degli episodi critici il paziente apprende progressivamente a differenziare ciò che sente (esperienza immediata) da ciò che pensa (spiegazione dell'esperienza) e acquista un nuovo punto di vista rispetto al vedersi e al ricostruirsi.

E' durante questa fase del lavoro che risulta indispensabile evitare di chiedere al paziente il "perché" e riorientare continuamente la sua attenzione sul "come" è fatta una certa esperienza. L'effetto terapeutico è dovuto al progressivo incremento della capacità di autosservazione: attraverso il costante esercizio di ricostruzione il soggetto acquisisce maggior flessibilità nell'ambito della coerenza interna (come mantenere un adeguato e stabile livello di autostima) e delle proprie modalità di conoscenza (conoscenza della conoscenza).

Questo continuo lavoro di messa a fuoco dell'esperienza immediata e di come essa venga spiegata, del proprio modo di sentirsi, in una parola del Senso di Sé del soggetto, comporta una ricodificazione continua del range emotivo, che il paziente riesce a vedere sempre più precisamente e sempre più articolato nelle sue molteplici sfumature. Tutto ciò, inoltre, comporta, durante le sedute, l'emergenza continua di nuove tonalità emotive che sono strutturalmente connesse al cambiamento del soggetto: solo le emozioni possono cambiare le emozioni e in assenza di emozioni non sembra possibile alcun cambiamento.

Il progressivo miglioramento del paziente è testimoniato, oltre che dal soggettivo aumento del benessere (riduzione dei sintomi presentati), anche e soprattutto dal fatto che, mano a mano che egli va acquisendo maggiore flessibilità e migliore capacità di autosservazione, comincia spontaneamente ad estendere il lavoro anche ad altri settori dell'esperienza, cosicché questa sembra essere diventata una modalità usuale di riflettere sulle cose.

Analisi della storia di sviluppo

L'ultima fase del lavoro terapeutico è finalizzata alla analisi della storia di sviluppo, dalla nascita all'adolescenza, fino al ricongiungimento con la fase di scompenso che ha condotto il paziente in terapia.

Questo momento, comunque facoltativo e lasciato alla scelta e all'interesse del soggetto, di norma occupa circa 3-6 mesi di lavoro e ha l'obiettivo di aiutare il paziente a ricostruire l'itinerario di sviluppo in relazione al quale egli ha strutturato quella organizzazione di significato personale emersa durante la

seconda fase.

La ricostruzione della storia di sviluppo rappresenta la fase operativamente più complessa. Le difficoltà sono legate principalmente alla mancanza di quella ricchezza di dati, disponibile invece nelle altre due fasi del lavoro.

Ricostruire la storia di sviluppo significa dover andare a indagare, in modo particolare, gli anni della fanciullezza e della prima infanzia (1°-2° elementare - 6-7 anni) ed è ovvio che i ricordi sono quanto mai scarsi, vaghi e grossolani. Nella seconda infanzia (3°-5° elementare - 8-10 anni) l'emergenza del pensiero astratto permette di avere dati mnesici quantitativamente e qualitativamente migliori. Comunque, da 0 a 9 anni, non si può parlare di veri e propri episodi, quanto di immagini, di flash, di fotogrammi, che devono essere utilizzati per una sorta di ricostruzione quasi archeologica dei primi anni di vita del paziente, badando a non trascurare neanche il più piccolo dettaglio.

Un altro aspetto che rende questa fase diversa dalla precedente è rappresentato dal contenuto emotivo collegato a tali ricordi: infatti, mentre durante la ricostruzione del repertorio di vita attuale le emozioni sono espresse in modo sostanzialmente consoni a ciò che viene raccontato e il paziente non si meraviglia di ciò che dice, durante la ricostruzione della storia di sviluppo le emozioni emergono in maniera del tutto inattesa da parte del paziente. Tali contenuti emotivi risultano, cioè, assolutamente impreveduti e incontrollabili, inconsistenti, non in sintonia con il contenuto del racconto.

Gli episodi più importanti da ricostruire risultano essere proprio quelli in cui l'emozione correlata appare o particolarmente intensa o del tutto discrepante con il contenuto dell'episodio.

Il tema conduttore da seguire durante la ricostruzione deve tener conto di due fenomeni di sviluppo che avvengono simultaneamente: quello del bambino e quello del medium in cui vive il bambino (storia familiare). Infatti, durante la primissima parte della vita, la storia familiare, la struttura narrativa familiare, è tutt'uno con la narrativa personale che il bambino va sviluppando. Man a mano che si procede avanti nel tempo, il processo di individuazione comporterà inevitabilmente lo sviluppo di un intreccio narrativo personale svincolato, anche se dipendente, da quello familiare.

Il primo passo è quello di studiare la composizione del nucleo familiare al momento della nascita del paziente, con una breve descrizione dei personaggi della storia globale. Quindi, si cerca di cogliere i fili della narrativa familiare, dal momento che ogni famiglia "si" racconta sempre: come si sono incontrati i genitori, come è andato il fidanzamento, come sono arrivati al matrimonio, cosa ne pensavano i nonni, quali sono stati gli eventuali cambiamenti e le difficoltà incontrate, etc. In questo caso, è interessante cogliere le fonti di informazione del soggetto ed eventualmente confrontare le varie versioni; si noterà come, nella grande maggioranza dei casi, le fonti sono sempre femminili (la madre, le nonne -funzione di tramandare la tradizione- i padri, di solito, non raccontano

quasi mai nulla, dell'andamento dei significativi.

Si arriva così all'evolu-
ricostruire come tale.

Il passo successivo
le prime "immagini"
i 3 anni). In definiti-
nero, che può essere
altri. Già qui si po-
genitoriali. Le prime
successione cronolo-
e della coloritura em-
si possono evidenzia-
immagini che sono
Si passa, quindi, ai
a fuoco del contesto
familiari.

I ricordi, di solito,
fase dell'ingresso
l'atteggiamento dei
con spavento), l'im-
in maniera sufficien-
funzionano o no co-
autogestione del be-
con disciplina inter-
Alcuni genitori so-
apprende il controllo
e rimproveri, di me-
A questo punto, si
casa, chi va a ripre-
con coetanei conse-
domeniche, le vacan-
l'anno "tipo". Que-
storia familiare. Tra
i "rapporti a tu per
e con la figura di a-
Si arriva così al p-
ricordato, il primo
richieste in termini
come il bambino è
il maestro, come si

quasi mai nulla, a meno che non diventano nonni): La ricostruzione dell'andamento del rapporto dei genitori può offrire molti spunti e riferimenti significativi.

Si arriva così all'evento "nascita del soggetto": si dovrà ovviamente cercare di ricostruire come tale fatto venga raccontato, "vissuto", in famiglia.

Il passo successivo consiste nell'andare a cercare quando il paziente localizza le prime "immagini di vita" (di solito queste si collocano verso i 2 o, più spesso, i 3 anni). In definitiva, il periodo da 0 a 2-3 anni è un vero e proprio periodo nero, che può essere ricostruito solo attraverso informazioni e racconti fatti da altri. Già qui si possono cogliere modalità di sincronizzazione con le figure genitoriali. Le prime immagini di vita vanno disposte quanto più possibile in successione cronologica; quindi, si procederà alla messa a fuoco del fotogramma e della coloritura emotiva che ad esso si accompagna. Da queste prime immagini si possono evidenziare i "basic feelings" (non a caso, sono quelle e non altre le immagini che sono rimaste in memoria).

Si passa, quindi, ai primi ricordi, di solito grossolani, semplici, con scarsa messa a fuoco del contesto, ma già questo basta per ricostruire la dinamica dei rapporti familiari.

I ricordi, di solito, cominciano ad essere più strutturati in corrispondenza con la fase dell'ingresso all'Asilo. Si dovranno valutare: le modalità del distacco, l'atteggiamento dei genitori, l'esperienza del nuovo ambiente (se è o no ricordato con spavento), l'impatto con i coetanei, etc. Il livello degli skills sociali ricalca in maniera sufficientemente adeguata lo stile della relazione con i genitori (se funzionano o no come base sicura): ad esempio, è utile verificare la capacità di autogestione del bambino (se, cioè, è capace di gestire il suo tempo fuori casa con disciplina interna oppure se è uno che va sempre a "piangere dalla maestra"). Alcuni genitori sono capaci di dare spiegazioni al bambino, cosicché egli apprende il controllo interno, mentre altri sanno procedere solo con ingiunzioni e rimproveri, di modo che il bambino diventa il classico "piagnone".

A questo punto, si ricompone l'andamento della "settimana tipo": le uscite da casa, chi va a riprendere il bambino, quali sono i giochi consentiti, i rapporti con coetanei consentiti, l'andamento delle serate, i riti familiari; e poi ancora le domeniche, le vacanze estive, i rituali festivi, etc., fino a ricostruire il mese e l'anno "tipo". Questo rappresenta anche il periodo di massimo sviluppo della storia familiare. Tra gli aspetti su cui è più utile soffermarsi, vanno menzionati i "rapporti a tu per tu", così da cogliere il tipo di reciprocità tra i vari personaggi e con la figura di attaccamento.

Si arriva così al passaggio alla scuola Elementare. E' necessario valutare, se ricordato, il primo giorno di scuola. In questa fase emergono nuove e ben precise richieste in termini di rendimento e capacità personali. E' importante ricostruire come il bambino è stato preparato all'evento, come si stabilisce il rapporto con il maestro, come si struttura il rapporto con i coetanei sia sul piano del rendimento

scolastico che su quello del tempo libero. In casa inizia il tema dei compiti: si deve valutare chi, come, quando e quanto se ne occupa e l'effetto che questo provocava. In questa fase il bambino comincia ad individuarsi.

Il periodo della scuola Elementare va opportunamente diviso in due fasi: i primi tre anni (prima fanciullezza; dispiegarsi del pensiero concreto) e ultimi due. Infatti, durante la IV-V Elementare la qualità dei ricordi migliora sensibilmente, emerge il pensiero astratto, compare una visione più strutturata del tempo e cambia il modo di percepire gli altri: ad esempio, il comportamento dei genitori non è più letto alla luce di fatti contingenti, ma comincia ad essere inserito all'interno di una "loro" storia familiare. Questo permette al bambino di iniziare a ricavarsi un proprio ruolo all'interno di tale storia, e quindi di iniziare una sorta di individuazione personale, (il senso di Sé). Tale fase rappresenta la punta massima dell'organizzazione interna della storia familiare, pur senza alcuna articolazione (massimo sviluppo di coerenza interna). E' comunque sempre importante continuare a seguire l'andamento del tema dei compiti (fase in cui si struttura una forma di controllo) e del connesso vissuto emotivo del paziente (valutare l'eventuale comparsa di un processo di demarcazione). Anche qui, alla fine, si ricostruisce la settimana, il mese e l'anno "tipo". Il passaggio alla Scuola Media rappresenta il preludio alla rivoluzione adolescenziale. La Scuola Media rappresenta la rottura di una continuità che era durata fino a quel momento: aumentano gli insegnanti e cambiano le esigenze non solo da parte degli altri, ma anche da parte degli stessi bambini, che ora, sentendosi più adulti, pretendono di più da se stessi. Nei bambini equilibrati si avverte il maggior sforzo finalizzato a mantenere un adeguato rendimento scolastico. Se, invece, il rendimento subisce un calo rispetto alle Elementari, si può assistere ad un vero e proprio dramma familiare. Inoltre, il periodo delle Medie coincide con la pubertà, di solito più precoce nelle bambine. I maschietti risultano abbastanza svantaggiati a causa del ritardo del loro sviluppo, con vissuti di inadeguatezza rispetto alle compagne, e spesso i temi di non amabilità/non proponibilità cominciano a strutturarsi proprio in questa fase. La pubertà è contrassegnata dalle grosse trasformazioni corporee ed è importantissimo valutare come queste vengono vissute in famiglia. Altrettanto importante è confrontare quanto accade in pubertà con la sessualità dei primi anni di vita, indagando sui primi atti masturbatori e sull'effetto che ne conseguiva. La masturbazione rappresenta l'unico modo per appropriarsi (conoscere) di questa emergente modalità sensoriale e la scoperta fatta in modo autonomo è talora indice di una buona organizzazione di personalità.

Comunque, l'intero assetto familiare tende a modificarsi. Di solito, il genitore di sesso opposto diventa più controllante: nelle femminucce, i padri, fino ad allora completamente assenti, diventano improvvisamente -talora, già il giorno dopo il menarca- onnipresenti, tirannici e censori, mentre la mamma, dal canto suo, tende ad divenire più simmetrica, assumendo il ruolo della confidente privilegiata (ma al tempo stesso questo può innescare atteggiamenti più

competitivi); nel controllo, con atteggiamenti frequenti, mentre bensì con battute sempre avvertite unità e coerenza, tratteggiare l'andricostruire anche l sessualità: rapporto comportamento se. Con l'adolescenza forma l'individuaco adolescenziale familiare e ridefinetc., altro non sonoeffettua della storiamessa in discussione (ribellione). E' moquesta ridefinizioimplicito). Di solito anche del fatto che cor più complicatandare a ricostruimaggior libertà e. In generale, tutto q anche il periodo i. Particolare attenz questi segnano ve netto alla prima a. Alla fine del lavor di sviluppo al mon chiarito il suo pers di organizzare e raggiunto un ulterio genitoriali con la Sé.

ESEMPIO CLINICO

Roberta giunge al (le due sorelle mag

competitivi); nel caso dei maschietti è la mamma ad assumere il ruolo di controllo, con atteggiamenti svalutanti nei confronti delle compagne che il figlio frequenta, mentre il padre diventa il confidente, ma mai in maniera esplicita, bensì con battute allusive, barzellette spinte, occhiate d'intesa, etc. La pubertà è sempre avvertita come perturbante, in quanto preannuncia la rottura di quella unità e coerenza interna che avevano caratterizzato le fasi precedenti. Nel tratteggiare l'andamento dello sviluppo psico-sessuale, risulta importante ricostruire anche l'atteggiamento generale tenuto dai genitori nei confronti della sessualità: rapporto uomo/donna esistente tra i genitori, dati relativi al comportamento sessuale tra loro, istruzioni date sul versante educativo, etc.

Con l'adolescenza, grazie al pensiero astratto, dovrebbe sempre più prendere forma l'individuarsi come portatore di una storia personale: si verifica il distacco adolescenziale (evento tanto temuto dai genitori) con l'impugnare la storia familiare e ridefinirla. Tutti i problemi legati agli orari, alle opinioni politiche, etc., altro non sono se non l'espressione di questa rilettura che l'adolescente effettua della storia propria e della sua famiglia. Inevitabilmente si arriva alla messa in discussione dei ruoli, che dovranno pertanto essere rinegoziati (fase di ribellione). E' molto importante valutare come avvengono questa rilettura e questa ridefinizione (anche se è molto difficile, in quanto tutto avviene a livello implicito). Di solito tale fase ha una durata limitata a 2-3 anni (si tenga conto anche del fatto che le modificazioni culturali e di competitività hanno reso ancor più complicato il distacco dalla famiglia). In questa fase sarà anche utile andare a ricostruire le modalità con cui vengono portate avanti le richieste di maggiore libertà ed autonomia e come reagisce la famiglia.

In generale, tutto questo accade durante gli anni del Liceo, anni che rappresentano anche il periodo in cui si comincia a strutturare un progetto di vita personale. Particolare attenzione va posta al momento degli Esami di Maturità, in quanto questi segnano veramente la conclusione di un ciclo di vita, con il passaggio netto alla prima adultità.

Alla fine del lavoro terapeutico, con l'avvenuto ricongiungimento della storia di sviluppo al momento dello scompenso psicopatologico, il soggetto ha ormai chiarito il suo personale itinerario evolutivo, ha riconosciuto come la sua modalità di organizzare e strutturare l'esperienza sia progressivamente emersa e ha raggiunto un ulteriore livello di flessibilità interna e di demarcazione dalle figure genitoriali con la conseguente acquisizione di una maggiore competenza del Sé.

ESEMPIO CLINICO

Roberta giunge alla mia osservazione all'età di 15 anni. E' l'ultima di tre figlie (le due sorelle maggiori sono studentesse universitarie e quindi non sono presenti

all'interno del nucleo familiare se non nei fine settimana). La madre di Roberta è una casalinga, mentre il padre, piccolo imprenditore, è sempre fuori per lavoro. Roberta è sempre stata una studentessa modello, con un eccellente rendimento scolastico e, al momento di iniziare la terapia, sta frequentando il II anno del Liceo Linguistico.

Mi viene inviata dal suo Medico di famiglia per un problema insorto alcuni mesi prima. Sul finire del precedente anno scolastico, Roberta aveva cominciato a sviluppare ingravescenti crisi di ansia e angoscia, con frequenti momenti di pianto e anomali contenuti di pensiero. In particolare, Roberta avvertiva una sorta di incombente minaccia esterna come di un qualcuno che potesse impossessarsi di lei e renderla cattiva, farle commettere azioni riprovevoli verso Dio o verso i genitori anche contro la sua volontà. Talvolta descriveva esplicitamente tali azioni: innamorarsi di una persona anziana o malata di mente, bestemmiare, o più genericamente fare arrabbiare la mamma. Nei periodi intercritici Roberta parlava con distacco e ironia di queste paure, minimizzandole e riconoscendole come illogiche ed irrazionali. Tale quadro, apparentemente risoltosi durante le vacanze estive, si era ripresentato all'inizio del successivo anno scolastico.

Fin dalle prime sedute, ho chiesto a Roberta di cominciare ad annotare su un foglio l'andamento quotidiano delle crisi ed è subito emerso come la loro frequenza fosse indubbiamente maggiore nel pomeriggio, che lei trascorrevva in casa a fare i compiti, con conseguente difficoltà a concentrarsi e a studiare. Durante le ore scolastiche, Roberta di solito avvertiva un più lieve stato di ansia che però riusciva a gestire e, solo raramente, comparivano veri e propri momenti di angoscia. E' anche emerso che la fondamentale modalità con cui Roberta superava questi momenti consisteva nel cercare la madre e nel farsi assicurare ripetutamente circa l'impossibilità che potesse diventare cattiva e commettere azioni malvagie.

E' stato quindi possibile cogliere il senso profondo delle crisi di Roberta nell'ottica di una organizzazione di significato personale tipo "disturbo alimentare psicogeno". Risultava infatti evidente una estrema insicurezza di Roberta rispetto alle proprie doti e capacità, e con una lettura del Sé totalmente esternalizzata (al punto di spiegarsi le proprie emozioni come la possibilità di essere posseduta); anche le rassicurazioni che chiedeva alla madre apparivano coerenti con un bisogno profondo di definirsi sull'esterno.

Roberta concordava sul fatto di essere una ragazza molto timida e spesso in difficoltà nei rapporti con gli altri, soprattutto i coetanei. La riformulazione del problema è stata quindi focalizzata sulla necessità di indagare come fosse fatta questa sua insicurezza e in relazione a quali episodi tendesse ad accentuarsi.

Attraverso il lavoro di autosservazione portato avanti nell'arco di 4-5 mesi, con panning e reframing dei momenti di crisi, Roberta ha potuto accorgersi di come ogni momento di scompenso fosse in relazione a precisi atteggiamenti della

madre (o talora del padre).
è riuscita quindi a
conseguenti Sensi
inferiorità, senso
riducendosi di fre
controllo della pro
del sintomo), ma
Senso di Sé impr
progressivamente
mentre si proced
vedeva delinearsi
una donna ansios
esterno. Anche r
maggiore consap
incociliabili qual
e viceversa. Di c
gestionali con de
Infine, nell'ultim
l'inizio dello sco
scolastico Robert
nella necessità d
senza però riusci
uno stato di prec
dello studio) che
Senso di Sé posit
Tale ricostruzione
con il Senso di S
personale trama

CONCLUSIONI

Alla luce di quan
dello sviluppo o
modalità disada
perturbanti, inne
gravemente anch
Pertanto, un prec
adolescenziale ap
mirato e risolutiv
Come evidenzia
cognitiva rappres

madre (o talora dei compagni di scuola), vissuti come disconfermanti. Roberta è riuscita quindi a ricondurre i suoi pensieri (spiegazioni) a precise emozioni e conseguenti Sensi di Sé discrepanti ed intollerabili (senso di inadeguatezza e di inferiorità, senso di colpa, vergogna, etc.). In questo modo, le crisi, che andavano riducendosi di frequenza e di intensità, non erano più descritte come perdita di controllo della propria volontà e paura di essere posseduta (caratteri di esternalità del sintomo), ma come momenti di emergenza di emozioni negative e di un Senso di Sé improponibile ed inaccettabile. Nelle fasi successive, Roberta ha progressivamente acquisito una crescente capacità di demarcazione dall'esterno: mentre si procedeva alla ricostruzione in moviola delle scene critiche Roberta vedeva delinearsi sempre più nitidamente l'immagine di sua madre come di una donna ansiosa e a sua volta insicura, costantemente preoccupata del giudizio esterno. Anche nei confronti dei coetanei Roberta ha acquisito una sempre maggiore consapevolezza delle proprie difficoltà relazionali, legate a bisogni incociliabili quali apparire adeguata al gruppo dei pari senza deludere la madre e viceversa. Di conseguenza ha sviluppato più flessibili e adattive capacità gestionali con definitiva scomparsa delle crisi.

Infine, nell'ultima fase del lavoro terapeutico è stato anche possibile ricostruire l'inizio dello scompenso psicopatologico: verso la metà del precedente anno scolastico Roberta aveva cambiato l'insegnante di Matematica e si era trovata nella necessità di "farsi riconoscere" come studentessa intelligente e zelante, senza però riuscirci. I primi insuccessi scolastici avevano quindi determinato uno stato di preoccupazione in famiglia rispetto all'unico tema (l'andamento dello studio) che fino ad allora aveva permesso ad Roberta di mantenere un Senso di Sé positivo e adeguato alle aspettative della madre.

Tale ricostruzione ha consentito a Roberta di rileggere in modo unitario e coerente con il Senso di Sé gli ultimi avvenimenti della sua vita e di inserirli in una personale trama narrativa di cui ora riusciva a sentirsi attiva protagonista.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto detto, l'adolescenza rappresenta una fase quanto mai delicata dello sviluppo ortogenetico dell'individuo, durante la quale è possibile che modalità disadattive di funzionamento del Sé, associate ad eventi critici perturbanti, inneschino scompensi psicopatologici in grado di ripercuotersi gravemente anche nella successiva vita adulta.

Pertanto, un precoce ed adeguato inquadramento diagnostico della depressione adolescenziale appare assolutamente necessario al fine di definire un intervento mirato e risolutivo delle problematiche in questione.

Come evidenziato anche da altri studi (Brent e coll.; 1997), la psicoterapia cognitiva rappresenta la modalità di approccio più efficace e, in questo ambito,

i moderni orientamenti proposti dal modello post-razionalista sistemico processuale (Guidano, 1988; Guidano, 1992) risultano quanto mai promettenti e suggestivi. La rivoluzione epistemologica, introdotta da Maturana e sviluppata dalla corrente costruttivista fino alla recente teoria proposta da Guidano, offre una prospettiva nuova da cui guardare l'individuo e i suoi problemi. L'essere umano, sistema autopoietico ed autorganizzantesi, caratterizzato da una sua peculiare "organizzazione di significato personale", posto di fronte ad una realtà non più oggettivamente data, diviene un soggetto che attivamente produce senso e costruisce la sua realtà, coerentemente con il proprio grado di flessibilità interna (Bocchi e Ceruti, 1985; Galimberti, 1987; Maturana e Varela, 1987; Maturana e Varela, 1988; Watzlawick, 1988; Guidano, 1988; Guidano, 1992; Maturana, 1993; Borgna, 1997).

In questo senso, l'intervento psicoterapeutico, consentendo un progressivo aumento di consapevolezza del Sé, permette all'adolescente un nuovo percorso maturativo, più duttile e articolato: *"la piena conoscenza dell'incertezza, della casualità, della tragedia in tutte le cose umane è ben lungi dall'avermi condotto alla disperazione. Al contrario, è corroborante barattare la sicurezza mentale con il rischio perché così si guadagna la potenzialità"* (Morin, 1974).

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.
- Bocchi G., Ceruti M. (Eds.): La Sfida della Complessità. Feltrinelli, Milano, 1985.
- Borgna E.: Le Figure dell'Ansia. Feltrinelli, Milano, 1997.
- Bowlby J.: Attaccamento e Perdita. Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- Brent D.A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Roth C., Iyengar S., Johnson B.A.: A clinic psychotherapy trial for adolescent depression compared cognitive, family and supportive therapy. Archives of General Psychiatry, 54(9), 877-885, 1997.
- Cesari G.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): Adolescenza e Trasgressione. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.
- Crittenden P.M.: Nuove Prospettive sull'Attaccamento. Teria e Pratica in Famiglie ad Alto Rischio. Guerini, Milano, 1994.
- Galimberti U.: Psichiatria e Fenomenologia. Feltrinelli, Milano, 1987.
- Guidano V.F.: La Complessità del Sé. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F.: Il Sé nel suo Divenire. Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Holmes J.: La Teoria dell'Attaccamento. Cortina, Milano, 1994.
- Lambruschi F., Ciotti F.: Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia. Età Evolutiva, 52, 109-124, 1995.

Main M., Solomon
Ainsworth strange s
in the Preschool Yea

Main M., Hesse E.: A
dei genitori. In: Amr

Maturana H.: Autoc

Maturana H., Varela

Maturana H., Varela

Morin E.: Il Paradig

Nardi B.: La depress
Ancona, 1995.

Nardi B., Pannelli C
rationalist approach.

Nardi B., Pannelli G
in un'ottica cognitiv

Nardi B., Pannelli G
Complessità & Cam

Nardi B., Pannelli G
depressi sottoposti a

Reda M.A., Liotti G
A.A.V.V. (Eds.), La

Watzlawick P (Ed.):

Main M., Solomon J.: Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: Greenberg M., Cicchetti D., Cummings M. (Eds.), Attachment in the Preschool Years. University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Main M., Hesse E.: Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammanniti M., Stern D. (Eds.), Attaccamento e Psicoanalisi. Laterza, Bari, 1992.

Maturana H.: Autocoscienza e Realtà. Cortina, Milano, 1993.

Maturana H., Varela F.: Autopoiesi e Cognizione. Marsilio, Venezia, 1988.

Maturana H., Varela F.: L'Albero della Conoscenza. Garzanti, Milano, 1987.

Morin E.: Il Paradigma Perduto. Che cos'è la Natura Umana. Bompiani, Milano, 1974.

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

Nardi B., Pannelli G.: Adolescent depression: New perspectives according to a cognitive post-rationalist approach. In: X World Congress of Psychiatry. WPA, Madrid, 1996.

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., 1997a.

Nardi B., Pannelli G.: Approccio cognitivo sistemico processuale alla depressione adolescenziale. Complessità & Cambiamento, 6(2), 42-45, 1997b.

Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. Rivista di Psichiatria, 33(6), 277-286, 1998.

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

Watzlawick P (Ed.): La Realtà Inventata. Feltrinelli, Milano, 1988.

PSICOTERAPIA COGNITIVA SISTEMICO PROCESSUALE E TRATTAMENTO FARMACOTERAPICO NELLA DEPRESSIONE ADOLESCENZIALE

INTRODUZIONE

Per poter mettere a punto un protocollo terapeutico individuale, quindi il trattamento più utile, è importante anzitutto pervenire ad una diagnosi mirata della depressione adolescenziale.

Tale aspetto è tanto più importante se si considera che ogni anno circa 5000 giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni si suicidano (National Mental Health Association) con stime che si sono triplicate rispetto al 1960, rendendo la depressione la terza causa di morte tra gli adolescenti e la seconda tra i giovani.

A questo proposito i recenti contributi nell'orbita dell'epistemologia cognitiva hanno consentito un inquadramento dei vari tipi di depressione nell'ambito della storia personale dell'adolescente, facendo specifico riferimento alle organizzazioni di significato personale (Guidano, 1988, 1992). Tale classificazione assume rilevanza in quanto consente anche di distinguere la fase di depressione a lettura prevalentemente interna da quella di depressione a lettura prevalentemente esterna (Nardi et al., 1994; Nardi, 1995; Nardi e Pannelli, 1996, 1997ab, 1998).

Le tecniche di psicoterapia cognitiva si sono dimostrate fondamentali nell'ambito di ogni strategia terapeutica che miri a sviluppare gradualmente un processo di consapevolezza personale. L'obiettivo di tale strategia è di consentire al paziente di prevedere e considerare maggiori variabili nella propria organizzazione cognitiva e di imparare a fare riferimento a se stesso anche riguardo ai temi di base su cui era precedentemente confuso o bloccato (Liotti e Reda M.A., 1993).

D'altra parte, i recenti progressi nel settore delle neuroscienze hanno consentito di mettere a fuoco diversi meccanismi del funzionamento cerebrale che svolgono un ruolo importante su attività mentali quali lo stato d'ansia, la depressione o l'abbassamento del tono dell'umore, l'aggressività, la paura, etc.

In tale ottica, l'approccio cognitivo e quello biologico possono essere visti come modalità diverse nei presupposti e nelle modalità operative, ma non in conflitto tra loro, che agiscono a livelli diversi e che sono finalizzate entrambe alla comprensione del funzionamento mentale e quindi delle sue espressioni comportamentali. Infatti mentre la psicoterapia mira anzitutto al riassetto della

conoscenza emozionale che alla base sia del disturbo, colare, sono state studiate l'umore e sull'azione di vari neurotrasmettitori e neuromodulatori regolata median- triciclici (TCA), della ricaptazione di Norepinephrine (noradrenalina) e noradrenalina). Quindi se necessario d'ansia troppo alta alla psicoterapia farmacoterapia i

INDICAZIONI

Di fondamentale importanza sono i venti molto selezionati effetti collaterali. Il fine è quello di intervenire in modo da ridurre gli effetti che possono essere dannosi per il gruppo dei pari. La scarsa comparsa di presenza di effetti quali sedazione, tachicardia, difetti con l'avvento delle zie alla loro buona. Il principale "ben- neurotrasmettitori tendono tutti i co- dei neurotrasmet- elettrica dei neur- terzi messaggeri. Tali farmaci infatti senza gli effetti possiedono una l

conoscenza emozionale, la farmacoterapia agisce su alcune variabili biologiche alla base sia dei processi affettivo-emotivi che di quelli cognitivi. In particolare, sono state messe a punto numerose molecole che agiscono sul tono dell'umore e sull'ansietà, aspetti di base delle attività mentali, a loro volta legati all'azione di vari neurotrasmettitori (noradrenalina, serotonina, dopamina, etc.) e neuromodulatori. L'attività svolta da questo sistema neurochimico può essere regolata mediante l'impiego di varie classi di farmaci antidepressivi quali: triciclici (TCA), SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors; inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), nonché gli ultimi SNRI (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors; inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina) come Milnacipram, Venlafaxina.

Quindi se necessario, l'utilizzo della terapia farmacologica (regolando i livelli d'ansia troppo alti e modulando il tono dell'umore), migliora la compliance alla psicoterapia evidenziando i vantaggi di una azione integrata psicoterapia-farmacoterapia in determinati soggetti.

INDICAZIONI E LIMITI DEL TRATTAMENTO FARMACOTERAPICO

Di fondamentale importanza risulta nell'adolescenza l'effettuazione di interventi molto selettivi, duttili, possibilmente limitati nel tempo e privi o quasi di effetti collaterali.

Il fine è quello di non medicalizzare quanto e come possibile l'adolescente, intervenendo in ambito non ospedaliero specie in istituti o centri specifici per adolescenti, e di utilizzare farmaci altamente specifici ed il più possibile privi di effetti che possano interferire con le attività e la vita relazionale (scuola, gruppo dei pari, etc.) (Nardi e Vincenzi, 1995).

La scarsa compliance alla terapia farmacologica nell'adolescente, dovuta alla presenza di effetti collaterali conseguenti all'uso dei farmaci triciclici (TCA) quali sedazione ed azione anticolinergica (secchezza delle fauci, stipsi, tachicardia, difetti dell'accomodazione ecc.), è stata notevolmente migliorata con l'avvento degli SSRI (inibitori selettivi del reuptake della serotonina) grazie alla loro buona tollerabilità (Smeraldi et al., 1997).

Il principale "bersaglio" neurobiologico degli SSRI è costituito dal sistema neurotrasmettitoriale serotoninergico. Per sistema neurotrasmettitoriale si intendono tutti i componenti ad esso correlati: sintesi, liberazione e ricaptazione dei neurotrasmettitori, auto ed eterorecettori per i neurotrasmettitori, attività elettrica dei neuroni, proteine G, secondi messaggeri, fosforilazione proteica, terzi messaggeri ed espressione genica.

Tali farmaci infatti, inibiscono selettivamente la ricaptazione della serotonina, senza gli effetti collaterali tipici degli antidepressivi triciclici (TCA) in quanto possiedono una bassissima affinità per i recettori aminergici ed istaminergici.

Sono inoltre ben tollerati e sicuri rispetto ad altri farmaci antidepressivi risultando, per la loro scarsa tossicità, utili nel trattamento di pz. impulsivi (condotte suicide).

La nausea rappresenta l'effetto collaterale più frequente e comune a diversi SSRI, ed una delle cause di interruzione del trattamento. Per tale motivo è importante sottolineare che esiste una correlazione tra la comparsa della nausea e la dose iniziale prescritta e che un graduale e progressivo incremento del dosaggio riduce notevolmente l'incidenza del sintomo.

Ulteriori effetti collaterali a livello gastroenterico possono essere: diarrea, xerostomia e riduzione dell'appetito.

Riportata inoltre la possibilità di comparsa di disfunzioni sessuali (diminuzione del desiderio, impotenza, ritardo dell'eiaculazione, dismenorrea, anorgasmia) in entrambi i sessi.

La cefalea si presenta con un'incidenza stimata al 20%.

In un 10% circa di soggetti si verificano disturbi del sonno (soprattutto con l'uso di fluoxetina), correggibili con la modificazione dell'ora di assunzione del farmaco. Ansia, agitazione e nervosismo sono effetti collaterali più comuni in corso di trattamento con fluoxetina e paroxetina, mentre sertralina e fluvoxamina sembrano essere responsabili di sedazione ed astenia.

Infine è stata riportata la possibilità di comparsa di effetti extrapiramidali (acatisia, tremori), in corso di trattamento con fluoxetina e paroxetina.

La sindrome serotoninergica, eventualità rara, ma grave, è in genere dovuta ad una reazione tossica conseguente alla somministrazione di alte dosi di farmaci ad azione serotoninergica o all'interazione tra diverse classi di antidepressivi (IMAO, RIMA, Triciclici, SSRI).

Tra i farmaci della classe SSRI, una segnalazione particolare merita la molecola Citalopram dotata di una selettività più alta per il sistema serotoninergico, di un basso rischio di interazioni farmacologiche (utilizzabile quindi nella depressione in comorbidità), di un'elevata tollerabilità e di un esordio d'azione più rapido. Quest'ultimo può incidere positivamente su uno dei problemi più rilevanti della terapia antidepressiva, ovvero il periodo di latenza tra l'inizio del trattamento e l'effetto clinico, migliorando ulteriormente la compliance del pz. E' importante, comunque, limitare l'utilizzo dei farmaci antidepressivi ai casi di sindrome depressiva franca, in particolare quando esista un rallentamento psicomotorio. Il ruolo della farmacoterapia non è infatti trascurabile quando il rallentamento psicomotorio e l'effetto depressivo di base impediscono del tutto o in parte di stabilire una relazione.

La scelta degli antidepressivi deve in questo caso basarsi su un precedente trattamento del pz. o della famiglia, in caso di sindrome depressiva maggiore, nonché sulle caratteristiche del farmaco come: al rapidità di azione, la limitatezza degli effetti collaterali, l'effetto ansiolitico da essi posseduto ed i loro bersagli psicofarmacologici ipotizzabili (noradrenergici, serotoninergici,

dopaminergici e
Di fondamentale
piego, tenendo p
l'adulto dovuta a
filtrazione glome
una rapida elimi
elevate del farma
La terapia farma
minimi (per ossa
che vanno poi pr
consigliati: Paro
150-200 mg/die;
Smeraldi, 1998).
Il ricorso all'util
giustificato in pr
dei farmaci neur
inquadrate in co
Il trattamento co
ne tenendo pres
gli SSRI, necess
affinchè l'effeto
Per anni questo
beta-adrenergici
centrazioni delle
le monoammino
via diversi nuov
cono la desensibi
che dubbio sulla
Partendo da ques
è rappresentato c
dei recettori 5-H
E' stato infatti n
mente ad un au
terminale sinapt
vazione degli au
l'attività di scari
proseguo del tra
somatodendritic
A questo propo
desensibilizzazi
alla comparsa de
Un altro punto

dopaminergici ecc.).

Di fondamentale importanza risultano: i giusti dosaggi ed i giusti tempi di impiego, tenendo presente la diversa farmacocinetica dell'adolescente rispetto all'adulto dovuta ad un più rapido metabolismo a livello epatico, all'aumentata filtrazione glomerulare ed al minor quantità di tessuto adiposo che determinano una rapida eliminazione, con la conseguente necessità di utilizzare dosi/Kg più elevate del farmaco.

La terapia farmacologica dovrebbe essere sempre iniziata utilizzando i dosaggi minimi (per osservare la compliance ed eventuali effetti collaterali), dosaggi che vanno poi progressivamente incrementati fino al raggiungimento di quelli consigliati: Paroxetina 20-40 mg/die; Fluoxetina 20-40 mg/die; Fluvoxamina 150-200 mg/die; Sertralina 50-100 mg/die; Citalopram 20-60 mg/die (Lucca e Smeraldi, 1998).

Il ricorso all'utilizzo dei Sali di Litio sia in fase acuta che a scopo preventivo è giustificato in presenza di indicatori di bipolarità, mentre l'eventuale utilizzo dei farmaci neurolettici (Buspirone) come per i farmaci ansiolitici, deve essere inquadrato in condizioni di comorbidità.

Il trattamento con farmaci antidepressivi deve protrarsi per almeno 4-6 settimane tenendo presente che tutte le molecole ad attività antidepressiva, compresi gli SSRI, necessitano di un tempo di latenza prolungato (circa 2-3 settimane) affinché l'effetto clinico sia evidente.

Per anni questo è stato messo in relazione alla down-regulation dei recettori beta-adrenergici, fenomeno che si verificava in seguito all'aumento delle concentrazioni delle amine dovuto all'inibizione del loro uptake o dell'attività delle monoamminoossidasi da parte dei farmaci ad attività antidepressiva. Tuttavia diversi nuovi antidepressivi, tra cui la maggior parte degli SSRI, non inducono la desensibilizzazione dei recettori beta-adrenergici, sollevando così qualche dubbio sulla plausibilità di questa ipotesi.

Partendo da questi presupposti, il dato più interessante fornito negli ultimi anni è rappresentato dai risultati ottenuti dalla cosomministrazione di un antagonista dei recettori 5-HT^{1A} ed un SSRI.

E' stato infatti mostrato che la somministrazione acuta di SSRI porta inizialmente ad un aumento dei livelli extracellulari di serotonina, non a livello del terminale sinaptico, bensì a livello somatodendritico. Questo determina l'attivazione degli autorecettori somatodendritici 5-HT^{1A} e quindi la riduzione dell'attività di scarica del neurone serotoninergico nelle aree di proiezione. Con il proseguo del trattamento si verifica la desensibilizzazione degli autorecettori somatodendritici 5-HT^{1A} e quindi il ristabilirsi della normale attività di scarica. A questo proposito, è interessante notare che il tempo necessario alla desensibilizzazione degli auto-recettori 5-HT^{1A} corrisponde a quello necessario alla comparsa degli effetti terapeutici degli SSRI.

Un altro punto di interesse riguarda la conoscenza delle possibili interazioni

degli SSRI a livello dei citocromi P450. Infatti, mentre fino ad alcuni anni fa questo aspetto non era tenuto in debita considerazione, oggi è di fondamentale importanza tenere presenti, oltre agli effetti farmacodinamici di una molecola a livello del sistema nervoso centrale, anche quelli a livello dei citocromi, siano essi epatici o cerebrali. Questo influenza infatti non solo la farmacocinetica per sé, ma anche gli eventi farmacodinamici.

Quindi risulta riduttivo e generico considerare gli SSRI una classe omogenea di farmaci e ovvia la necessità di una corretta conoscenza delle caratteristiche farmacologiche tipiche di ciascun composto che deve essere di complemento alla psicofarmacologia clinica (Smeraldi et al., 1997).

La risposta terapeutica negli adolescenti varia comunque notevolmente rispetto agli adulti in quanto pochi pz. rispondono al trattamento con psicofarmaci.

ASSOCIAZIONE PSICOTERAPIA CON FARMACOTERAPIA

In accordo con quanto già detto nell'introduzione, diversi lavori hanno messo in evidenza che, nell'adolescenza, i migliori risultati si possono ottenere utilizzando la psicoterapia cognitiva ed a volte associando alla psicoterapia la farmacoterapia, in quanto agendo a livelli diversi del sistema nervoso centrale le due terapie non sono in opposizione fra loro (Marcelli e Braconnier, 1996). Attualmente, dopo un periodo di relativa incomunicabilità fra mondo farmacologico e mondo psicoterapico, finalmente ci si sta rendendo conto delle possibilità tecniche che si aprono rispetto alle sinergie già sperimentate o ipotizzabili. Esiste una sempre più vasta e recente letteratura sul rapporto medico-paziente che analizza gli aspetti interazionali, linguistici e comunicativi all'interno dei quali la conversazione acquista senso (Bara, 1994), comprese quindi le implicazioni della prescrizione e dell'assunzione dei farmaci. I quesiti che ci si deve porre rispetto l'abbinamento psicofarmacologia-psicoterapia sono i seguenti: a) se tale abbinamento possa interferire con il processo terapeutico, e b) in caso affermativo in quale modo.

La risposta a queste domande ha direttamente a che fare con l'universo dei significati personali sia del terapeuta che del paziente e delle persone significative che gli stanno intorno. Importante è evitare che si instaurino condizioni di dipendenza psichica dal farmaco con atteggiamenti talvolta di vero arroccamento da parte dell'adolescente a questa soluzione esterna che gli è stata proposta e che, in seguito, ostacola ogni altro tipo di approccio. Appare inoltre fondamentale, laddove risulti possibile, l'attivazione di uno stile francamente cooperativo tra il terapeuta e l'adolescente al fine di stimolare la responsabilizzazione personale del soggetto.

Essenziali da questo punto di vista risultano essere le informazioni sui farmaci prescritti (nome, effetti attesi, effetti indesiderati e come farvi fronte, tempi di

assunzione, interazioni). L'inserimento del farmaco prattutto nelle fasi di assunzione colarmente elevata re il soggetto stesso nella terapia.

Qualsiasi trattamento deve essere valutato in termini di rischio/beneficio. È importante che il terapeuta sia presente che il terapeuta che gestisce la terapia quando il paziente è in terapia perché spinto ma non è un trattamento farmacologico. È un conflitto generato dal conflitto psichico dell'adolescente che col mascherare o con il mascherare e Braconnier, 1996). Gli ansiolitici come il clonazepam sono il farmaco di riferimento nella relazione con il paziente. Invece di casi si può dire che l'ansiolitico utilizzato non ha bisogno neanche di farmaci usati a scopo terapeutico. Per quanto concerne l'approccio con l'adolescente ai ragazzi ed agli adolescenti. Attraverso il lavoro con il terapeuta il valore di crescita del soggetto è il disturbo dell'umore e un processo maturo con una messa a punto dello stesso da parte del terapeuta rigida, "tipo tutto o niente". Da un ampio studio (1997) mettendo in evidenza la familiarità e la terapeuticità del comportamento di remissioni: il terapeuta della terapia di sostegno alla terapia di sostegno allo studio sottoli-

assunzione, interazioni con alcool, effetti sulla guida di autoveicoli, ecc.).

L'inserimento della farmacoterapia, risulta comunque particolarmente utile soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento, in soggetti con livelli d'ansia particolarmente elevati o con presenza di rallentamento psicomotorio, sia per rendere il soggetto stesso accessibile alla psicoterapia sia per tranquillizzare la famiglia.

Qualsiasi trattamento deve essere inoltre preceduto da un'analisi del rapporto rischio/beneficio che dovrà essere spiegato ai famigliari. Bisogna infatti tenere presente che il diretto interlocutore del medico è il parente non il pz., è il genitore che gestisce la somministrazione del farmaco, che decide di interrompere la terapia quando il pz. sembra stare meglio, che è ricorso all'aiuto del medico perché spinto magari dalla insegnante e non perché convinto. Tra l'altro il trattamento farmacologico con i problemi che comporta può venire a sostituirsi ad un conflitto genitore-adolescente, la cui risoluzione è necessaria all'equilibrio psichico dell'adolescente stesso; la prescrizione farmacologica finisce allora col mascherare o focalizzare su di sé le interazioni genitore-adolescente (Marcelli e Braconnier, 1996).

Gli ansiolitici costituiscono la classe farmacologica in cui il significato simbolico dell'assunzione in se stessa della medicina ed il modo in cui essa si iscrive nella relazione con i genitori giocano un ruolo essenziale. In un numero rilevante di casi si è visto infatti che l'adolescente inizia con usare lo stesso ansiolitico utilizzato regolarmente o occasionalmente da uno dei genitori. Non bisogna neanche dimenticare che gli ansiolitici vengono al primo posto tra i farmaci usati a scopo suicidiario.

Per quanto concerne il trattamento psicoterapico, quello ad indirizzo cognitivo con l'approccio a breve termine, attivo e centrato sugli obiettivi, si adatta bene ai ragazzi ed agli adolescenti.

Attraverso il lavoro psicoterapeutico, (che permette di recuperare l'intrinseco valore di crescita di una visione "anche" depressiva di sé e del mondo), il disturbo dell'umore caratterizzante la crisi adolescenziale può allora risolversi in un processo maturativo, favorendo l'acquisizione di un nuovo senso di realtà, con una messa a fuoco dell'esperienza articolata nei chiaro-scuri, distante al tempo stesso dai miti illusori propri dell'infanzia e da una visione adulta ma rigida, "tipo tutto-o-nulla", dell'esistenza (Nardi e Pannelli, 1998).

Da un ampio studio effettuato presso l'Università di Pittsburgh, da Brent et al. (1997) mettendo a confronto la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia familiare e la terapia di supporto, è stato evidenziato come la terapia cognitivo-comportamentale determini le risposte più rapide e con la maggior percentuale di remissioni: il 65% dei pz. rispetto al 38% della terapia familiare ed al 40% della terapia di supporto. La stessa opinione dei genitori era inoltre più favorevole alla terapia cognitivo-comportamentale rispetto agli altri trattamenti. Questo studio sottolinea anche la difficoltà di ottenimento della compliance da par-

te dei pz. demotivati. La casistica utilizzata non comprendeva adolescenti con comportamenti suicidi che richiedono trattamento farmacologico ed ospedalizzazione.

Nel trattamento della depressione adolescenziale non va infine dimenticato il ruolo fondamentale che può essere svolto dalla prevenzione.

L'intervento sull'ambiente può infatti contrastare efficacemente la tendenza al cedimento che è insita nel clima depressivo vissuto dall'adolescente e dai suoi parenti. Tale intervento può essere di diversa natura: cambiamento di scuola o di sezione, allestimento di un luogo di vita diverso da quello dell'infanzia, una ospedalizzazione affinché i conflitti possano esprimersi ed essere elaborati senza essere agiti ripetitivamente, ricerca di un ambiente terzo, istituzionale o no. Scopo di tale intervento deve essere quello di creare le condizioni poiché si realizzi un processo di separazione-individuazione o si compia l'elaborazione del lutto e tale intervento deve essere collocato all'interno della cornice allestita in funzione del lavoro psicoterapeutico (Marcelli e Braconnier, 1996).

CONCLUSIONI

In conclusione, nei soggetti in età adolescenziale una precoce, mirata diagnosi di depressione ed il conseguente protocollo terapeutico individuale, risultano essere fondamentali.

La psicoterapia cognitiva sistemico-processuale consente un approccio particolarmente utile alla depressione adolescenziale, condotto tenendo presente la specifica organizzazione cognitiva di significato personale, nel cui ambito si articolano i temi di negatività sulla base dei pattern emozionali peculiari di ciascun soggetto.

L'intervento farmacologico, risulta comunque utile soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento, in soggetti con livelli d'ansia particolarmente elevati o con presenza di rallentamento psicomotorio, sia per rendere il soggetto stesso accessibile alla psicoterapia sia per tranquillizzare la famiglia. A questo proposito i farmaci antidepressivi della classe SSRI risultano essere sicuramente i più specifici, maneggevoli e ben tollerati attualmente a disposizione.

Nei casi in cui si riscontra una specifica (anche se fortunatamente rara) processualità su base genetico-costituzionale, un intervento psicoterapeutico ed eventualmente psicofarmacologico precoce e specifico riveste un duplice valore prognostico: da un lato, può consentire una risoluzione, anche rapida, del problema attuale; dall'altro, favorisce la liberazione del potenziale maturativo di crescita (prevenzione primaria della patologia mentale adulta con riduzione del rischio di cronicità).

Fondamentalmente l'essenza della psicoterapia con gli adolescenti depressi consiste nel fornire un contatto umano coerente e coinvolgente. Il contatto umano

coinvolgente nei momenti della comprensione

BIBLIOGRAFIA

Bara B. G.: Manual

Baumann P., Larsen
Pharmacotherapy, 6

Beck A. T., Cognition
Principi di Terapia C

Beck A.T., Rush A.
New York, 1979 (Ed

Blackman M.: You
1995.

Brent DA., Holder D.
clinical psychothera
therapy. University o
Psychiatry. 1997, 54

Braconnier A.: Dépr
1993.

Cionini L.: Psicoter

Current Therapeutics
Milano, 1998.

Cesari G.: La triade
Familiare Bolognes

Guidano V.F.: Comp
Bollati Boringhieri.

Guidano V.F.: The S
Bollati Boringhieri.

Institute For Clinica
Depression. Email:

Lamarine R.J.: Child

Liotti G., Reda M.
Utet, Torino, 1993.

Lucca A., Smeraldi

Marcelli D., Bracon

Miller HL., Delgado
Clinical end biochem

coinvolgente (passare veramente il proprio tempo con il soggetto ed ascoltarlo nei momenti di disagio) ha infatti un profondo effetto terapeutico che va al di là della comprensione e delle nostre conoscenze.

BIBLIOGRAFIA

- Bara B. G.: *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Baumann P., Larsen F.: The pharmacokinetics of citalopram. *Review of Contemporary Pharmacotherapy*, 6, 287-295, 1995.
- Beck A. T., *Cognitive therapy and emotional disorders*. Int. Univ. Press., New York, 1976 (Ed. it.: *Principi di Terapia Cognitiva*. Astrolabio, Roma, 1984).
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.: *Cognitive Therapy of Depression*. Guidolf Press, New York, 1979 (Ed. it.: *Terapia Cognitiva della Depressione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987).
- Blackman M.: You Asked About Adolescent Depression. *The Canadian Journal of CME*, May 1995.
- Brent DA., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C., Ivengar S., Johnson BA.: A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, U.S.A. *Archives of General Psychiatry*. 1997, 54(9), 877-885.
- Braconnier A.: Dépression à l'adolescence. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie*, 37-214-A-10, 1-4, 1993.
- Cionini L.: *Psicoterapia Cognitiva*. NIS, Roma, 1991.
- Current Therapeutics: Nella Depressione e nelle Psicosi Correlate. ADIS Internatinal Limited, Milano, 1998.
- Cesari G.: La triade adolescenziale. In: Cesari G. (Ed.): *Adolescenza e Trasgressione*. Consultorio Familiare Bolognese, Bologna, 1990.
- 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*. Guildford, New York, 1991 (Ed. it.: *Il Sé nel suo Divenire*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Institute For Clinical Evaluative Sciences: *Diagnosis and Treatment of Adolescent and Geriatric Depression*. Email: <http://www.ices.on.ca/docs/fb2111.htm>
- Lamarine R.J.: *Child and Adolescent Depression*. Email: rlamarine@oavax.csuchico.edu
- Liotti G., Reda M.A.: La psicoterapia cognitivo-comportamentale. In Reda G.C.: *Psichiatria*. Utet, Torino, 1993.
- Lucca A., Smeraldi E.: *La Diagnosi e la Terapia della Depressione*. Mosby Italia, Milano, 1998.
- Marcelli D., Braconnier A.: *Adolescenza e Psicopatologia*. Masson, Milano, 1996.
- Miller HL., Delgado PL., Solomon RM., BermanR., Krystal JH., Henninger GR., Charney DS.: Clinical end biochemical effects of catecholamine depletion on antidepressant-induced remission

of depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 117-128, 1996.

Nardi B.: La depressione. In: Nardi B., Vincenzi R. (Eds.): *Scoprire l'Adolescenza*. IRS L'Auro-ra, Ancona, 1995.

Nardi B., Pannelli G.: Adolescent depression: New perspectives according to a cognitive post-rationalist approach. In: *X World Congress of Psychiatry*. World Psychiatric Association, Madrid, 1996.

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, 1997a.

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

Nardi B., Pannelli G.: Eventi di scompenso ed evoluzione dei temi di negatività in adolescenti depressi sottoposti a psicoterapia cognitiva. *Rivista di Psichiatria*, 33(6), 277-286, 1998.

National Mental Health Association : Adolescent Depression-Helping Depressed Teens. Email: <http://www.nmha.org/infoctr/facsheets/24.cfm>

Preskorn SH.: Clinical pharmacology of serotonin selective reuptake inhibitors. Professional Communications, U.S.A., 1996.

Van Harten J.: Clinical pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. *Clin. Pharmacokinet*, 24, 203-220, 1993.

Zanardi R., Perez J., Smeraldi E.: Uguaglianze e differenze nella farmacologia generale degli SSRI. In: Smeraldi E. et al. (Eds.): *SSRI. Profili Clinici Differenziati*. Mosby Italia, Milano, 1997.